

SAĞLIĞIN GELİŞİMİNDE TOPLUM KATILIMI: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORGULANMASI

Çeviri

Zeliha Ünaldı
Dr. Arzu Köseli
Dr. Nurperli Teker
Dr. Serap Şener
Dr. İ. Ercan Bal



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

SAĞLIĞIN GELİŞİMİNDE TOPLUM KATILIMI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORGULANMASI

Zeliha Ünaldı
Dr. Arzu Köseli
Dr. Nurperi Teker
Dr. Serap Şener
Dr. İ Ercan Bal



Dünya Sağlık örgütü tarafından 1991 yılında Community involvement in health development: Challenging health services adı altında yayınlanmıştır.

Türkçe basımı için çeviri hakları Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü tarafından çeviriden tamamen sorumlu olan Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'ne, Ankara, verilmiştir.

İsteme Adresi: **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü**
Atatürk Bulvarı No: 65 Sıhhiye/ANKARA Tel: (0.312) 435 68 40

Baskı : **PELİN OFSET LTD. ŞTİ.** Mithatpaşa Cad. 62/A
Tel: (0.312) 418 70 93 - 94 ANKARA

Bu yayın T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından bastırılmıştır. Bütün hakları Sağlık Bakanlığı'na aittir. Kaynak gösterilmeksizin yayınlarda kullanılamaz, alıntı yapılamaz.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	III
Sağlığın Gelişiminde Toplum Katılımı Konusunda Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) Çalışma Grubu: Sağlık Hizmetlerinin Sorgulanması.....	V
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışma Grubunun Amaçları	2
2. SAĞLIK GELİŞİMİNDE TOPLUM KATILIMI KAVRAMI (SGTK)	3
2.1. Katılım Nedir?	4
2.1.1 Katılımın Katkı Olarak Yorumu :	4
2.1.2 Katılımın Örgütlenme Olarak Yorumu:	4
2.1.3 Katılımın Güçlendirme Olarak Yorumu:	4
2.2. Katılımın Avantajları :	4
2.3 SGTK'nun Kökeni ve Mantığı:	5
2.4 Ortamın Etkisi	7
2.5 SGTK'yı Yorumlama Yolları	8
3. SGTK NASIL UYGULANIR:	10
3.1 SGTK Metodolojisinin Temel İlkeleri:	11
3.2 SGTK Uygulamasında Anahtar Öğeler:	13
3.3 SGTK Yaklaşımları:	14
3.4 Kolaylaştırma Mekanizmaları:	16
3.5 SGTK Uygulamalarında Göz Önünde Bulundurulması Gereken Faktörler:	17
4. SGTK İÇİN SAĞLIK PERSONELİNİN EĞİTİMİ.....	19
4.1. Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Yaklaşımı Bilgisi:	19
4.2 SGTK'nın Teorik ve Pratik Eğitim:	20
4.3 Bölgesel Düzeyde SGTK Eğitimi:	21
4.4 SGTK Eğitimi İçin Yapılacak Değişiklikler:.....	22
4.5 Mevcut Durum:	23
4.6 Hizmet İçi Eğitim (HİE):	24

4.7 Alternatif Eğitim Yöntemleri:.....	25
4.8 Değişik Yaklaşımlarla Eğitim:	25
5. SGK İÇİN TOPLUMLARIN GÜÇLENDİRİLMESİ:.....	28
5.1 Toplum.....	29
5.2 SGK İçin Toplamların Güçlendirilmesinde Eğitim :.....	30
5.3 Toplamları Güçlendirmek İçin Yöntemler:.....	32
5.4 Eğitimin Yürütülmesi:	34
6. SGK'nin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	36
6.1 Konular ve Yaklaşımlar	37
6.1.1 SGK'nin Amaçlarını Kim Belirler?	37
6.1.2 Ne Ölçülecek?	38
6.1.3 SGK Nasıl Ölçülecek?	39
6.1.4 SGK'yı kim izleyip değerlendirecek? Sağlık personeli mi, toplum mu?	41
6.2 Değerlendirme Metodoljileri	41
6.3 Eğitim ve Destek	43
7. SONUÇLAR.....	44
8. ÖNERİLER	45
8.1 Ülkelere Öneriler	45
8.2 Dünya Sağlık Örgütüne Öneriler	46
REFERANSLAR	48
EK TOPLUMLARA MESAJ	52

Önsöz

Sağlığın Gelişiminde Toplum Katılımı kitabı Dünya Sağlık Örgütü, Teknik Raporlar Serisinden yayımlanmış "Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services" adlı raporun çevirisidir.

Temel sağlık hizmetlerinin gelişiminde toplum katılımının gündeme gelmesi iki evrensel akımın artan etkisi ile yakından ilgilidir. Birincisi, artan bir şekilde katılım ve sivil toplumun gelişimi olarak tanımlanmaya başlayan demokratikleşme süreci ile ilgilidir. Bu süreç, bireylerin toplumsal hayatın her kademesine doğrudan veya dolaylı katılımını teşvik etmekten, temel hak ve hürriyetlerin yeniden tanımlanması ve korunmasını olmazsa olmaz koşu! olarak koymaktan başka, geleneksel bilme ve bilgi toplama biçimlerini sorgulamamıza ve insanların kendi hayatlarına ve geçmiş tecrübelerine dair bilgi üretimine doğrudan ve aktif katılımını ve bunun değişim ve kalkınma sürecinin planlamasında kullanımını gerekli kılmıştır. Sağlık sisteminin de böyle bir sürecin dışında kalamayacağı açıktır.

İkincisi, Özel olarak geleneksel temel sağlık hizmetleri tanımının ve sunumunun sorgulanmaya başlanması sürecidir. Sağlık, temel sağlık hizmetleri ve toplum katılımını yeniden tanımlayan 1978 Alma-Ata Bildirgesi ve bu bildirge kapsamında Dünya Sağlık Örgütüne üye tüm devletlerin kabul edip uygulamaya koyduğu "2000 yılına kadar herkes İçin sağlık, sağlık için herkes (Health for all, all for health by the year of 2000)" prensibi bu sorgulama sürecinin köşe taşlarından. Bildirge, sağlığın "hastalık olmayışı" şeklinde yapılan tanımını "bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak yeniden formüle etmiş ve bunun temel bir insan hakkı olduğunu vurgulamıştır. Amacı tüm üye ülkelerde temel sağlık hizmetlerini geliştirmek olan Alma-Ata Bildirgesi "tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlamaları ve yürütmesi işlerine katılmaları hakları ve ödevleridir" düşüncesinden hareketle temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde toplum katılımını tanımlamıştır. Bu tanıma göre toplum katılımı, bireyler ve ailelerin, kendileri ve toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk üstlenmeleri ve katkıda bulunmalarıdır.

Yukarıda tartışılan her iki akımın da toplum katılımı konusunda dolaylı veya doğrudan vurguladığı iki önemli boyutu vardır. Birincisi sağlığın gelişiminin diğer kalkınma sektörlerinden ayrı düşünülmemeyeceği, ikincisi de toplumun bu kalkınma sürecine planlama için bilgi üretiminden, faaliyetlerin tasarlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine kadar her aşamasına pasif alıcılar olarak değil aktif, gerçek, yaşayan katılımcılar olarak kabul edilmesi gerekliliğidir. Katılımın biçimleri farklı farklıdır. Toplum kendi gücü ve algıları içerisinde katılım biçimini belirlemelidir.

Bugüne kadar geleneksel sağlık hizmetleri içerisinde pasif hizmet alıcı olarak tanımlanan toplumların sağlık hizmetlerine katılımı, doktorların verdikleri tedaviyi uygulamakla sınırlı kabul edilmiştir. Oysa sağlığın gelişimine ve genel olarak toplumsal gelişime katılım her aşamada olabilir. Katılımın biçiminin ne olacağının ve nasıl olacağının merkezi sistem ya da sağlık personeli tarafından tanımlanması da bizi uzman odaklı tepeden aşağıya örgütlenen merkeziyetçi sağlık sunumu modellerinden fazla uzağa götüremez. Sağlık Bakanlığı olarak temel sağlık hizmetlerinde öncelikli hedeflerimizden biri de sağlığın gelişiminde toplum katılımı anlayışını yaygınlaştırmak ve sürdürülebilir uygulama modelleri yaratabilmek için gerekli alt yapı çalışmalarını yapmaktır. Sizlere çevirisini sunduğumuz bu raporun toplum katılımının temel ilke ve prensiplerini yaygınlaştırmak bağlamında kaynak el kitabı olabileceğine inanıyoruz. Toplum katılımı konusunda çalışmalarımızın ve bu çalışmalarımızın bir parçası olarak da bu kitabın temel sağlık hizmetlerinin gelişimine katkıda bulunmak açısından faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Dr. S. Haluk ÖZSARI

Müsteşar Yardımcısı

Sağlık Projesi Genel Koordinatörü

SAĞLIĞIN GELİŞİMİNDE TOPLUM KATILIMI KONUSUNDA DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (D.S.Ö) ÇALIŞMA GRUBU: SAĞLIK HİZMETLERİNİN SORGULANMASI

Cenevre, 11-18 Aralık 1989

Üyeler

Dr. A. A. Abdullatif, Yönetici, Temel Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı Bakanı, Aden, Demokratik Yemen Cumhuriyeti

Dr. B. Drame, Şef, Temel Sağlık Hizmetleri Bölümü, Halk Sağlığı Bakanlığı, Dakar, Senegal.

Dr. T. Hongvivatana, Yönetici, Sağlık Politikaları Çalışmaları Merkezi, Mahidol Üniversitesi, Nakhon Pathom, Tayland (Raportör)

Professor Z. Jaksic, Dekan, Zagreb Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zagreb, Yugoslavya (Başkan).

Dr. A. Joseph, Bölüm başkanı, Halk Sağlığı Bölümü, Christian Tıp Koleji, Vellore, Hindistan.

P. A. Martin, Danışman, Rockville, MD, Amerika Birleşik Devletleri.

Dr E. Nangawe, Temel Sağlık Hizmetleri Danışmanı, Sağlık Bakanlığı, Birleşik Tanzania Cumhuriyeti

M.R. Osei, Başkan, Sağlık Eğitimi Bölümü, Sağlık Bakanlığı, Accra, Gana (Başkan yardımcısı)

Dr. Rodgers, Sağlık işleri Müsteşarı, Sağlık Bakanlığı ve Tıp Hizmetleri, Honiara, Solomon Adaları

Dr. M. H. Davies de valdia, Danışman, Kalkınma Birlikleri, Arlington, VA, Amerika Birleşik Devletleri

Diğer Örgüt Temsilcileri

Christian Medical Commission (Hristiyan Tıp Komisyonu)

Dr E. Senturias, Program Sekreteri, Hristiyan Tıp Komisyonu, Dünya Kiliseler Konseyi, Cenevre, İsviçre.

Cooperazione Internazionale

Dr.M.G. Pedrazzi, Yönetici, Sağlık Bölümü, Cooperazione Internazionale, Milan, İtalya.

International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

H. Morrow, Danışman, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Cenevre, İsviçre

International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)

P. Egger, Kırsal İstihdam Politikaları Şubesi (Rural Employment Policies Branch), Cenevre, İsviçre.

The World Bank (Dünya Bankası)

B. Woods, Kıdemli İletişim Uzmanı (Senior Communication Specialist) Dünya Bankası, Washington, DC, Amerika Birleşik Devletleri

Sekreteryä

Dr. H. M. Kahssay, **Bilimadamı**, Sağlık Hizmetlerini Güçlendirme Bölümü (Division of Strengthening Health Services), D.S.Ö, Cenevre, İsviçre (Sekreter)

Dr P. Oakley, Kıdemli Öğretim Elemanı (Senior Lecturer), Tarımsal Yayım ve Kırsal Kalkınma Bölümü, Reading Üniversitesi, Reading, İngiltere (Danışman)

Dr K. Oyebugite, Sağlık Bakanlığı Danışmanı, Federal Sağlık Bakanlığı, Lagos, Nijerya (geçici danışman)

1. Giriş

"Sağlığın gelişiminde toplum katılımı: sağlık hizmetlerinin sorgulanması ve alternatiflerin aranması" konusunda çalışmalarda bulunmak üzere bir D.S.Ö çalışma grubu 11-18 Aralık 1989 tarihleri arasında Cenevre'de toplanmıştır. D.S.Ö'ü Genel Direktörü adına açılışı yapan, Genel Direktör Yardımcısı Dr. Hu Ching Li; bireylerin, ailelerin ve toplumların kendi sağlıklarını geliştirme ve sağlıklarını koruma konusunda sorumluluk almalarının geniş çapta kabul görmesinin önemini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda bir çok ülke temel sağlık hizmetlerinde toplum katılımının gerekliliğini kabul eden politikalar benimsemişlerdir, "Herkes İçin Sağlık stratejilerinin ilk evrensel değerlendirmesinde D.S.Ö üye ülkelerinin %70'inden fazlası ülkelerinde sağlık gelişiminde toplum katılımı (SGTK) mekanizmalarının var olduğunu bildirmişlerdir. Tüm bu olumlu eğilimlere rağmen SGTK konusunda yapılacak çok şey vardır. Sağlık hizmetleri, uygun örgütsel ve operasyonel değişiklikleri kurumsallaştırmada, uygun nakit ve zaman yatırımlarını yapmakta ve sağlık gelişimini toplumların, sağlık sektörünün ve kalkınma ile ilgili diğer sektörlerin ortak kaygısı haline getirmekte yeterince hızlı olamamıştır.

Sağlık gelişiminde tersine bir etki yapan son yılların ekonomik güçlükleri toplum katılımının bu yavaş ilerleyişine katkıda bulunan etkenlerden sayılabilir. Aslında, bu yavaş ilerleyişin daha temel bir sebebi vardır; toplum katılımı konusunda yapılması gereken değişiklikler ve harcanması gereken çaba azımsanmış ve hatta yanlış anlaşılmıştır. Örneğin; toplum katılımı konusunda ilk çabalar neredeyse sadece "toplumu nasıl katarız" sorusu üzerine yoğunlaşmıştır. Toplum katılımının anlamı, tanımı, artıları ve eksileri çokça tartışılmıştır. Promosyon ve eylem çabaları çoğunlukla katılımın, sağlık ve kalkınma boyutları ve katılımın kapsamı yerine, katılımın "toplum" boyutunda yoğunlaşmıştır. Toplumlar kendilerinin seçmedikleri ve esnek olmayan sağlık hizmetlerine katılmaları için örgütlendirilmiş, harekete geçirilmiş ve karar alma veya sorumluluk paylaşmalarını teşvik eden ortamlar yaratılamamıştır. Şimdilerde biriken deneyim ve çalışmalar sağlıkta toplum katılımının kolaylıkla ve çabucak yerleştirilecek birşey olmadığını göstermiş, sağlık ve diğer kalkınma sektörlerinde insanların kendi sağlıklarının gelişimine katılımlarını sağlamak için önemli değişikliklerin yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

D.S.Ö'nün yirmiden fazla ülkeyi kapsayan vaka çalışmaları toplum katılımı konusunda durumun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmuştur. Aslında, belki de bu konuda dönüm noktası 1985 yılında Yugoslavya'nın Brinovi adasında yapılan bölgelerarası bir toplantı olmuştur. Söz konusu toplantı SGTK uygulamaları konusunda çok Önemli birkaç konuyu gündeme getirmiştir(1), Toplantıyı takiben D.S.Ö bu konuları derinlemesine inceleyen bir yayın yapmıştır(2). Toplumun katılımını sağlamak için olası araçlardan olan toplum sağlık çalışanları konusunda D.S.Ö tarafından yapılan çalışma, konuyu aydınlatır nitelikte olmuştur (bkz. referans 3).

Dr. Hu Ching-Li, konuşmasını bitirirken, SGTK'nın bugünkü konumunun 'söylemden eyleme geçiş' dönemi olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir. D.S.Ö sağlıkta toplum katılımına yüksek bir ilgi ve isteğin bulunduğu inancındadır. Ulusal politikalar toplum katılımını desteklemiş, toplumlar da istemiştir ve bir çok ülkede toplum katılımını geliştirmek için dikkate değer, fakat ne yazık ki (koordinasyonun yeterli olmadığı), girişimlerde bulunulmuştur.

Bununla beraber, "Temel Sağlık Hizmetleri" prensibini ve "Herkes İçin Sağlık" hedefini kabul etmiş tüm ülkelerde toplumların katılımını sağlamak için sistematik ve düzenli Önlemler alınması gerekmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin, özellikle de sağlık personelinin yüz yüze kaldığı önemli bir sınavdır.

1.1. Çalışma Grubunun Amaçları

SGTK üzerine ilk defa D.S.Ö tarafından bir Çalışma Grubu düzenlenmiştir. Çalışma, D.S.Ö'de ve diğer ilişkili alanlarda yıllardır yürütülmekte olan dikkate değer çalışmaların ardından, toplum katılımı konusunda, birçok tecrübenin halihazırda edinilmiş olduğu ve kayda değer çoklukta dokümantasyonun oluşturulduğu bir döneme denk gelmiştir. Dolayısıyla da Çalışma Grubu'nun önündeki iş, güç bir işti. Grup, birikmiş tecrübeleri analiz ederek, toplum katılımının başarısının önündeki önemli problemleri tanımlamalı ve D.S.Ö Üye Devletlerinin sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin söylemden eyleme geçebilmeleri için gerekli sonuç ve önerilerle ortaya çıkabilmeliydi. Daha açık olarak belirtilecek olursa Çalışma Grubunun amaçları şöyle sıranabilir:

1. SGTK anlayışını ve farklı sosyal, ekonomik ve siyasal ortamlarda SGTK uygulamalarını netleştirmek,
2. SGTK'nın farklı taraflarını -eğitim, metodoloji ve değerlendirme- detaylıca incelemek,
3. Bir sağlık gelişimi stratejisi olarak SGTK uygulamalarının artırılabilmesi için tavsiyelerde bulunmak.

SGTK pratiği farklı birçok görüş açısından değerlendirilebilir, Çalışma Grubu tarafından kabul edilen görüş açısı sağlık hizmetleri bakış açısıdır. Daha önce de belirtildiği gibi, geçmişteki çabalar ve denemeler, gereğinden fazla bir şekilde, toplumun katılımını sağlamanın yollarına odaklanmıştır. SGTK'nın bir sağlık gelişimi prensibi olarak uygulanmasında meydana gelecek önemli gelişmeler, ancak sağlık hizmetlerinin SGTK'nın değerini tam olarak anlaması ve onun meydan okuyuşuna karşı koymaya hazırlıklı olması ile mümkün olabilir.

2. Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı Kavramı (SGTK)

Sağlığın gelişimi, izole bir aktivite değil, genel toplumsal gelişmenin bir kaç önemli boyutundan bindir. Bu nedenle sağlık gelişimini diğer sektörlerin gelişiminden ayırmak olanaksızdır. Kalkınma konusunda düşünce ve kararlardaki herhangi bir değişimin, sağlığın gelişimini de etkilemesi kaçınılmazdır.

Geçtiğimiz on yıl içerisinde kalkınma stratejilerinin yeniden gözden geçirilmesi, katılımın, gelecekteki çalışmalara yeni bir yön verecek merkezi bir kavram olarak ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Kalkınma sürecinde insani gelişmenin, binalar inşa etmek ve fiziksel olarak yeniden yapılanmanın yanında marjinal kaldığı, bir tarafa itildiği iddia edilir. Şüphesiz bu tür bir fiziksel yaklaşım bir kısım insanın hayatını iyileştirmiştir, fakat özellikle gelişmekte olan ülkelerde çoğunluğun hayatına pek fazla katkıda bulunamamıştır. İnsan odaklı olmayan bu anlayış kalkınma sürecinde insanlara merkezi bir rol verecek kapasite gelişimine pek fazla katkıda bulunamamıştır. Kalkınmanın insan odaklı olması demek, gelişim sürecinde insanları pasif kabul ediciler olarak görmek yerine, onları aktif katılımcılar haline getirmek demektir. Tarım, sağlık, kaynakların korunması, su kaynakları gibi farklı kalkınma sektörleri bölge halkının aktif katılımını teşvik ederek daha anlamlı ve kamuoyu desteğini arkalarına alabilen projeler ve programlar yürütebilmelidirler.

Dünyadaki toplumların sağlık hizmetlerine düzenli ve güvenli bir şekilde ulaşamadığına dair bir çok kanıt vardır. İnsanlar kısıtlı gıda ve finans kaynaklarının yanı sıra, kısıtlı devlet yardımı yüzünden hastalıklarla karşı karşıyadır. Gelişmekte olan bir çok ülkede resmi sağlık hizmetleri toplumun küçük bir bölümünden fazlasına ulaşamamaktadır. Bütün bunlara ek olarak, uluslararası borçlar ve ulusal paranın değer kaybetmesi ile hükümetlerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları pay kesintiye uğramaktadır. Bu nedenle milyonlarca insan yaşamak ve sağlıklı kalabilmek için, çok az destek alarak, kendi bilgi ve kaynakları dahilinde çaba göstermektedir.

Toplum katılımı, içeriği tamamen farklı da olsa, gelişmiş ülkeler için de önemlidir. Bu ülkelerde de yeterli halk sağlığı hizmetleri sağlanmalı, bireylerin ve ailelerin kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk almaları teşvik edilmelidir. Özellikle çoğulcu (pluralist) toplumların sosyal problemlerine eğilinilmeli (ilaç kullanımı, sigara kullanımı, işsizlik, çevre kirliliği, sosyal soyutlanma) insanların daha sağlıklı bir yaşam tarzına kavuşturulması gerekmektedir. Dünya Sağlık Asamblesi tarafından 1977'de kabul edilen ve 1978 Alma Ata Bildirgesinde(4) ifade edilen "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" yükümlülüğü, D.S.Ö üye devletleri tarafından evrensel olarak kabul edilmiş ve günümüzde de sağlık politikalarını ve kalkınmaya temel teşkil eder hale gelmiştir. Herkes İçin Sağlık stratejisinin dünya çapında kabul görmüş önemli bir parçası, halkın, katılımının sadece uygulama aşamalarına destek olmakla sınırlı kalmayıp, daha da önemlisi, sağlık önceliklerinin belirlenmesi ve kaynak dağılımı konusunda da söz sahibi olması gerekliliğidir. "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşabilmek ancak, sağlık hizmetlerinde, sağlık hizmetlerinin halkın hizmetleri olarak gelişmesine izin veren, insanların sadece sağlığa ve gelişmeye dair ihtiyaçlarına cevap vermekle sınırlı kalmayan, sadece sağlık personelinin insiyatifi ile yapılandırılmamış ve yalnızca tıbbi bakım üzerine odaklaşmamış radikal bir değişiklik yapılması ile mümkün

olabilecektir. Herkes İçin Sağlığın Önündeki temel engeller, tıbbi bilimler dışında aranmalıdır, çünkü bu engeller insanların içlerinde varolma savaşı verdikleri ekonomik ve politik koşullar tarafından yaratılmaktadır.

2.1. Katılım Nedir?

SGTK kavramı ile ilgili bir tartışmayı anlamlı kılabilmek için kalkınmaya katılımın ne anlama geldiğinin netleştirilmesi gerekmektedir. 'Katılım' tek bir yoruma bağlı kalmayı reddeder. 1970'lerin sonundan beri katılımın tanımı, anlamı hakkında çok sayıda literatür birikmiştir. Literatürün çeşitliliği katılım kavramının tek bir cümlede tanımlamayı neredeyse imkansız kılmıştır. Artık zamanımızda katılımcı olmayan bir kalkınma stratejisi önermek tepkiyle karşılanmakta; kalkınma sürecinin tüm aşamalarını (araştırma, planlama, ve değerlendirme) daha katılımcı kılabilmek için bir yeniden değerlendirme ve yapılandırma söz konusu olmaktadır.

Katılımın, sağlık dahil bir çok sektörde uygulaması gözden geçirildiğinde, katılımın üç farklı yorumu ortaya çıkmıştır: katkı, örgütlenme ve güçlendirme.

2.1.1 Katılımın Katkı Olarak Yorumu :

Kalkınma projelerinde katılım genellikle, Önceden belirlenen program veya projelere gönüllü veya diğer katkılar olarak görülmektedir. Sağlık, su kaynakları, ormancılık, altyapı, kalkınma ve doğal kaynakların korunması gibi bir çok projede katkı, başarıyı sağlayan katılım olarak anlaşılmaktadır. Katkı, maddi yardım veya gönüllü işgücü sağlamak yoluyla olabilir.

2.1.2 Katılımın Örgütlenme Olarak Yorumu:

Her tür kalkınma faaliyetinde uygun örgütsel yapı, katılım için temel oluşturmaktadır. Bu görüşe karşı çıkanlar bulunsun da gerekli örgütsel yapı ulusal veya yerel özelliklere uygun olarak oluşturulmalıdır. Bununla beraber toplumun ilgi ve isteklerinin temsil edilmesi, katılımı sağlayan örgütsel yapının türünden daha önemlidir.

2.1.3 Katılımın Güçlendirme Olarak Yorumu:

Geçtiğimiz 5 yılda, katılım insanları güçlendirme aracı olarak kabul görmüş ve geniş destek bulmuştur. Güçlendirme, kalkınma sözlüğünde kabul edilen bir kavram haline gelmiştir, buna rağmen bu kavramı tanımlamak oldukça zordur. Bazıları güçlendirmeyi bilgi, beceri kazandırma yolu ile insanların kalkınma meselelerine daha etkili yaklaşımlarının sağlanması, gruplar ve kurumlarla pazarlık kapasitelerinin geliştirilmesi ve kalkınmaya bu yolla katkılarının sağlanması olarak algırlar. Başka bir grup da güçlenmeyi temel olarak, kişilerin kendi gelişimleri için inandıkları ve istedikleri konuda karar vermek ve faaliyette bulunmak için güçlendirilmesi olarak kabul etmektedir.

2.2 Katılımın Avantajları :

Aşağıdakiler halkın kalkınma projelerine katılımı üzerine en çok gündeme getirilen ve tartışılan konulardır:

Kapsam-Ulaşılabilirlik (Coverage) :

Bir çok hükümet veya kuruluş tarafından yürütülen veya desteklenen kalkınma projeleri, çok az sayıda ve genellikle ayrıcalıklı kişilere ulaşabilmektedir. Dolayısıyla toplumun ancak çok az bir kısmı hizmetin kapsamına girebilmektedir. Katılım, bu kapsamı arttıracak ve daha çok kişi kalkınma faaliyetlerinden faydalanabilecek; sağlık ve benzeri hizmetler için daha fazla halk desteği bulunabilecektir.

Etkinlik (Efficiency) :

Planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmeye ilgili tüm tarafların gönüllü katılımları ile kaynakların, faaliyetlerin ve çabaların koordinasyonunda bir artış mümkün olabilecektir. Koordinasyonun düzenlenmesi, gösterilen çabalar ve kullanılan kaynaklarda gereksiz tekrarları azaltacak aynı zamanda da faaliyetlerin bir kaç alanda fakat sürekli bir şekilde yoğunlaşmasını sağlayacaktır.

Etkililik (Effectiveness) :

Önceliklerin belirlenmesinden sonra ilgili alanlarda çalışanlar, birarada çalışarak eyleme yönelik, amaç, hedef ve stratejileri belirleyecek, ve yerel bilgi ve kaynaklardan yararlanma imkanını artıracaklardır.

Hakkaniyet (Eguity) :

Kalkınma projelerine katılım yolu ile, toplum üyeleri sorumlulukları paylaşarak ve dayanışmayı sağlayarak, en çok ihtiyacı olan ve en büyük risk altında olana öncelikli hizmet vererek, henüz gerekli kaynak ve hizmetlere ulaşma imkanı olmamış milyonlarca kişiye daha sağlıklı olabilme imkanı sağlayabilecek, dolayısıyla da hakkaniyeti artıracaktır.

Kendine Güven (Self-reliance) :

Katılım, kişilerin kendilerinin farkında olmalarını sağlar ve kendilerine güvenlerini artırarak, kişilerin kendi sorunlarını irdelemelerine ve çözümler konusunda olumlu düşünmelerine yol açar. Toplumsal düzeyde katılım, kişilerin hayatlarını etkileyen olayları kontrolleri altında tutabilme hissini geliştirecek ve faaliyetleri planlama ve uygulamayı öğrenmelerine yardım ederek, uzun vadede toplum üyelerini bölgesel ve hatta ulusal düzeylerde katılıma hazırlayacaktır.

2.3 SGK'nın Kökeni ve Mantığı :

Son 10 yılda, sağlık gelişimi uygulaması, katılım kavramından giderek daha fazla etkilenmeye başlamıştır. Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı (SGTK) kavramının varlığı bu konuya ilginin işaretidir ve sağlık stratejilerine, kalkınma söylemindeki yeniden yapılanmanın dahil edilmesini temsil eder. SGK'nın kökeni 1970'lerin ortalarında başlayan, 'kalkınmayı daha insan odaklı kılma' çabalarına dayanır ve insanların kendi düşünce ve faaliyetlerini temel alır. "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" prensibinin D.S.Ö üye ülkelerince genel hedef olarak kabul edilmesinden bu yana, SGK bu hedefe ulaşmak için zemin kabul edilmiş ve toplumun çoğunluğunun ulaşabileceği sağlık hizmetlerini hızla iyileştirebilmek için bir yol olarak benimsenmiştir.

Bir çok sağlık gelişimi stratejisinin, SGK' nın gelişimine yeterli etki yapmamasının dört ana nedeni vardır :

1. Sağlık geliştirme stratejileri bireyleri kendileri için düşünmek ve faaliyete geçmek için yeterince cesaretlendirememiş, çözüm ve yönlendirilmeler için harici kaynaklara bağımlı kılmışlardır.
2. Söz konusu stratejiler sürdürülebilirlik sorununu yeterince dikkate almamış ve kurulan sağlık hizmetlerinin yöre halkı tarafından yürütülememesi sonucu ile karşı karşıya kalmıştır. Bunun nedeni halka yeterli eğitimin verilmemesi, sağlık ve kalkınma hizmetlerinin yapılandırılması sürecinde yerel bilgi ve kaynakları kullanmak konusundaki gönülsüzlüktür.
3. Bireyler emek veya diğer kaynaklar aracılığı ile sağlık programlarına katılmış olsa da, programların tasarım ve uygulamalarına katılamamışlardır. Bunun sonucunda bölge halkı, yerel yaşam ihtiyaçlarını karşılayamayan bu tür sağlık programlarını sahiplenememiştir.
4. Sağlık hizmetleri aracılığı ile belirlenen tıbbi ihtiyaçlar ve toplum tarafından belirlenen sağlık ihtiyaçları (örneğin; ev koşulları, ulaşım, su) arasında bir uyumsuzluk ortaya çıkma eğilimindedir. Bu da, zaman zaman söz konusu iki grup ihtiyaç arasında uyumsuzluğa ve dışarıdan yönlendirilen sağlık programlarına karşı yerel ilgisizliğe yol açmaktadır.

SGTK geçtiğimiz on yıl içerisinde, yukarıda sayılan türden başarısızlıkları göğüsleyebilecek tamamen farklı bir sağlık gelişimi stratejisi olarak ortaya çıkmıştır. SGTK, temel sağlık hizmetlerini (tropikal hastalıkların kontrolü, bağışıklama kampanyaları, aile sağlığı, temiz su kaynaklarının sağlanması ve sanitasyon dahil) ve sağlık programlarının planlanması, yönetimi ve değerlendirilmesini etkilemiştir. SGTK, geniş destek görmüş ve en azından teorik olarak sağlığın gelişimi için temel kabul edilmiştir. Özellikle vurgulanması gereken bir şey vardır, o da SGTK' nın kendi başına bir program olmadığı, fakat vazgeçilmez bir prensip olduğu, yani toplumun katkı ve katılımlarının en yüksek düzeye çıkarılmasını simgelediği gerçeğidir. SGTK ile ilgili görüşler Oakley(2) tarafından aşağıdaki şekilde özetlenmiştir :

- SGTK, herkesin yararlanabilmesi gereken temel bir haktır. Sağlığı etkileyen karar ve faaliyetlere katılım, kişilerin kendilerine güvenlerini ve sorumluluk duygularını artırır. Ülke olarak SGTK, toplumların kalkınmasında toplumdan gelen bir değerdir ve sağlığın gelişmesinde temel bir yaklaşım olarak geliştirilmelidir.

- Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetleri sınırlı kaynaklarla yürütülmektedir. Bu bağlamda SGTK, söz konusu kısıtlı kaynakların, toplumun temel ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilecek hale getirilebilmesi için bir yöntem olarak da kabul edilebilir. Yerel bilgi ve kaynaklar, sağlığa resmi olarak ayrılan kaynakları tamamlayıcı olarak kullanılabilir. Daha da ötesinde SGTK, sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin maliyet-etkililiğinin artmasına ve uzun vade de sağlıkla ilgili yatırımların etkisinin artmasına yol açacaktır.

- SGTK, sağlık programları ve projelerinde toplumdan kaynaklanan ihtiyaçlar ile hizmeti sunanlar tarafından belirlenen tıbbi ihtiyaçların bir araya getirilme olasılığını arttırmaktadır. Sağlık hizmetleri, yöresel sağlık ihtiyaç algıları ile bağlantılandırılabilirdiği ve yerel destekle yönetildiği takdirde daha başarılı olma şansına sahiptir.

-SGTK'nın, sağlığın gelişimini nitelendiren "bağımlılık" düğümünü çözecek, daha geniş

anlamda da, bölge halkının genel olarak kalkınmaya katılma olanakları konusunda bilincini yükseltecektir. Sonuçta SGK, halkı konuşmaya teşvik ederek seslerinin ülkelerindeki diğer kalkınma alanlarında da duyulmasını sağlayacak politik bilincin yaratılmasına yardımcı olacaktır.

2.4 Ortamın Etkisi

SGK bulunduğu ortamdan soyutlanmış bir şekilde işleyemez. Sağlık gelişiminin temel ilkesi olarak SGK, uygulandığı ortamın veya ülkenin özel koşullarından etkilenir. Özellikle ortamın baskın politik ve ekonomik koşulları SGK pratiğini de etkileyecektir. Örneğin, SGK'nın uygulanabileceği iki ayrı durum arasındaki farklılıklar aşağıdaki gibi ayrıştırılabilir:

- Sağlık gelişimi için ayrılan kaynakların göreceli olarak yeterli olduğu ve hem devlet, hem de özel sektör bağlamında tüketicilerin(kullanıcıların) belli bir oranda seçim olanağının bulunduğu durum;
- Sağlık gelişimi için ayrılan kaynakların genellikle kısıtlı olduğu ve insanların seçimlerinin sınırlandığı, dolayısıyla da devletin sunduğu sağlık hizmetlerine bağımlılığın fazla olduğu durum.

Her ülkede, 'Herkes İçin Sağlık' hedefine ulaşma stratejilerinin bir parçası olan SGK' nın uygulanmasını etkileyecek bir çok faktör bulunmaktadır:

- Ülkede toplum katılımı kavramı konusunda politik inancın ve kararlılığın olması. Bu durum özellikle yerleşik çıkarılardan kaynaklanan direnmenin çok etkili olduğu yerel düzey için önemlidir. Politik istek ve taahhütler, sadece doktrinler şeklinde değil, kaynakların dağıtımı, yeni teknolojiler ve gerçek gücün topluma kaydırılması şeklinde de ifade edilebilmelidir.
- SGK uygulanacak bölgelere bürokratik otoritenin delege edilebilmesi için, resmi sağlık ve kalkınma kuruluşlarında yeniden düzenleme yapılması. Buradaki kritik aşama sağlık hizmetlerinin ademi merkezileştirilmesi ve eş zamanlı olarak bölgesel sağlık hizmetlerinde de SGK'ya temel olacak şekilde bir iyileştirmeye gidilmesi gerekliliğidir. Yeniden düzenleme işlemleri, SGK' ya uygun bürokratik ortamı sağlayabilmek için, karar verme, bütçeleme ve personel atamalarını da içermelidir.
- Ülkenin içinde bulunduğu ekonomik durum, sağlığın gelişimine verilen önemi ve ayrılacak kaynakları belirleyen bir faktördür. Bir çok ülkede, ekonomik kaynakların kısıtlılığı sağlık gelişimi çalışmalarını zora sokmaktadır. Diğerlerinde ise, sağlığın öncelikli olmaması ve sağlık bakanlıklarının zayıf olması, sağlığa ayrılan kaynakların az olmasına sebep olmaktadır. SGK uygulamasında, personel, lojistik destek, eğitim materyali gibi özel kaynaklara ihtiyaç duyulur ve bunların sağlanması kaynakların kısıtlı olduğu ve sağlığın öncelikli olmadığı ülkelerde kolay olmayacaktır.
- SGK' na temel olacak yerel yapı ve örgütlerin gelişim derecesi ve toplumun sağlık gelişiminde daha büyük rol almasını sağlayabilecek yönetsel ve diğer becerilerin varlığı. Bu yapı ve becerilerin halihazırda var olduğu durumlarda, SGK daha hızlı etki yapma şansına sahip olabilecektir.

Ülkeler ya da bölgeler arası farklılıklar (kaynakları zengin/ kaynakları sınırlı, kapitalist/sosyalist veya kentsel/kırsal) sağlığın gelişimi için toplum katılımı uygulamalarında etkili olmaktadır.

2.5 SGK'yı Yorumlama Yolları

SGK, sağlık programları uygulamasını ilgilendiren bir çok alanla ilişkilidir. Çalışma Grubu, SGK'yi geliştirmenin birbirinden ayrı iki ana yolu olduğu saptamasında bulunmuştur:

- (a) Sağlık ve sağlık sorunları konusunda bilinçlenilmesi ve daha iyi anlaşılması yolu ile,
- (b) Sağlık hizmetleri veya projeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmak yolu ile.

Öncelikli strateji toplumun, ilerideki aktif katılımına temel hazırlamak amacıyla, sağlık gelişimi ve kötü sağlık koşullarının sebepleri konusunda bilincini yükseltmektir. İkinci aşamada ise, strateji; katılıma temel hazırlamak amacı ile, halkın, varolan ve sağlık personeli tarafından uygulanan sağlık programları veya projelerinden haberdar olmalarını sağlamaktır.

Yukarıdaki yorumlardan sonra, Çalışma Grubu aşağıdaki konular hakkında görüş birliğine varmıştır :

SGK; bireysel ve gruplar halinde insanlara daha iyi sağlık koşulları sağlamak için, uygun sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sürdürülebilir, iyileştirilmiş sağlık koşulları için aktif ve doğrudan rol alma hakkıdır.

Daha da ötesinde SGK; bireyler, gruplar, örgütler ve sağlık çalışanları arasında işbirliğini ve tarafların tümünün sağlık sorununun kökeni ve bunlara yaklaşımı konusunda hemfikir olma durumunu ifade eder. Sağlığın gelişmesi sürecinin her aşamasında tüm taraflar biraraya gelerek, uygun çözümler bulurlar ve uygulamalar konusunda görüş birliğine varırlar.

Sonuçta, SGK (a) bireyler ve gruplar arasında, sadece sağlığın değeri konusunda değil, aynı zamanda gelişimine katılmanın bir hak ve sorumluluk olduğu konusunda bilinçlendirilmelerini, (b) insanlar için daha iyi sağlık hizmetleri sunulmasını, (c) sağlığın gelişimi için, etkililik, hakkaniyet ve bireylerin güçlendirilmesi hedeflerine ulaşmak için kaynakların yönetiminin paylaşılmasını sağlar.

Çalışma Grubu yukarıdaki konular hakkında görüş birliğine vardıktan sonra, SGK'nın mevcut politik ve ekonomik durumların ışığında değerlendirilmesi gerekliliğini vurgulamışlar ve SGK'nın diğer önemli yönlerini aşağıdaki gibi toparlamışlardır:

- SGK en geniş anlamıyla sağlıkla ilgilidir. Sadece sağlık hizmetleri ile sınırlı değildir, aynı zamanda sağlığın gelişimi ile de ilişkilidir. Bu nedenle, kullanımı yalnızca kötü sağlık

¹ Ç.N. Çeviri sırasında "eğitimleri" tanımlamak konusunda sıkıntılar yaşanmıştır. Türkçe'de, İngilizce'deki "education" ve "training" kelimelerini karşılayan tek bir kelime olması nedeni ile toplam için verilecek duyarlılık eğitimleri, sağlık personeli için düzenlenecek hizmet içi eğitimler ve sağlık personelinin mesleki eğitimlerinin tümü "eğitim" olarak geçmiştir. Bu faktör gözönünde bulundurularak eğitimler tanımlanarak ifade edilmiştir.

koşullarının tedavisi ile kısıtlı kalmaz. Kötü sağlık koşullarının nedenleri ile de ilgilenir. Burada "sağlık" sadece tıbbi anlamda değil, D.S.Ö' nün tanımına uygun olarak; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak anlaşılmalıdır.

- Genelde bir çok sağlık sisteminin yapısı, toplumun katılımı için gerekli koşullar açısından uygun değildir. Sadece sağlık personelinin SGK' ya daha uygun tutum ve davranışlar geliştirmeleri için eğitilmeleri yetmemekte, SGK sürecini desteklemek için sağlık sisteminde yapısal değişiklikler gerekmektedir. Bu değişiklikler; planlama, yönetim ve bütçeleme, ademi merkezileştirilmesi, daha destekleyici personel politikaları, lojistik ve ulaşım açısından daha fazla desteği içermektedir.

- SGK politik, ekonomik ve yönetsel engellerle karşılaşabilir. Bu engeller toplumsal düzeyde değişime karşı olumsuz tavır alınması, okur-yazarlığın düşük olması, doğrudan katılımı engelleyen kültürel uygulamaların ve uygun olmayan liderlik ve otorite uygulamalarının varlığı olarak karşımıza çıkabilir.

- Çalışma Grubu SGK'yı sağlık hizmetleri bakış açısından ele almıştır. Bu bakış açısı sağlığı etkileyen ve bölgesel düzeyde varolan diğer bütün hizmet sektörlerini kapsar. Yani sağlık hizmetleri değişik toplumsal gruplardan, hükümet dışı kuruluşlardan (HDK) ve diğer hizmet sektörlerinde varlık gösteren yapılanmalardan oluşan bir sistemin parçasıdır. SGK' nın etkili olabilmesi için toplumsal grupların ve diğer örgütlenmelerin bakış açıları da dikkate alınmalıdır.

- SGK sorumluluğu başkasına yüklemek için geliştirilmiş bir taktik haline getirilmemelidir. Burada sorumluluğun devletten kişilere aktarılması değil, toplumun kendi sağlık ihtiyaçlarını savunmada rol alabilmeleri ve sağlık sisteminin bu tür talepleri karşılayabilir duruma gelebilmesi için, sorumluluğun paylaşılması söz konusudur.

- SGK için devlet, Özel sektör, HDK ve geleneksel sağlık sektörleri arasında daha fazla iletişim ve işbirliğine ihtiyaç vardır.

Geçtiğimiz on yıl içerisinde SGK'dan çok sık bahsedilmesi, SGK uygulamalarının da yaygın olduğu etkisini yaratmaktadır, ki bu her zaman doğru değildir. 1987'de Harare'de düzenlenen ve D.S.Ö tarafından desteklenen bölgesel sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi üzerine bölgelerarası bir toplantıda, SGK'nın (6) aşağıdaki kısıtlamaları gündeme getirilmiştir: .

- Sağlık Personelinin toplum katılımı konusunda eğitimleri¹ için kullanılan yöntemler çok etkin olmamaktadır. Personelin eğitilmiş olması ve "doğru kelimeleri" tekrarlıyabiliyor olmasına rağmen, toplumun katılımına karşı tutan ve dirençleri değişmemektedir.

- Bölgesel düzeydeki sağlık personeli ve ekibi genellikle toplum katılımının değerini anlamamaktadır, dolayısıyla da toplum katılımını teşvik etmek için yeterli motivasyona ve beceriye sahip değildir.

Yukarıda üzerinde durulan konular, 1990' larda SGK' nın uygulanması esnasında karşılaşılabilecek sorunların göstergesi olarak kabul edilebilir.

3. SGTK NASIL UYGULANIR:

Çalışma Grubu, SGTK'yı hayata geçirebilmek için tutarlı bir strateji ve uygulama metodolojisine ihtiyaç duyulduğu saptamasında bulunmuştur. Hükümetlerin sağlık programlarına SGTK'yı başarılı bir şekilde entegre edememelerinin birçok sebebinden biri de uygun bir uygulama metodolojisinin olmaması veya bu konu üzerine derinlemesine düşünülmemesidir. SGTK metodolojisi; SGTK uygulanması sürecini ve bu süreç içerisindeki tüm araç ve ortamları kapsar. Bir süreç olarak SGTK, sağlık hizmetlerinin geleneksel uygulamalarından önemli farklılıklar gösterir, bunun için de uygun yöntemin geliştirilmesi kritik önem taşır ve halkla bağlantılı dikkatli çalışmalar yapmayı gerektirir.

SGTK uygulama biçimlen iki aşırı uç arasında yer alabilir :

- SGTK'nın esas olarak tıbbi ve teknik bir yapıya sahip sağlık programlarının (aşılama, ana çocuk sağlığı, temiz su kaynakları gibi) genel amaçlarının bir ögesi olması durumu: Bu tür programlarda temel faaliyetler dışarıdan belirlenmiştir ve bölge halkının programın uygulanma aşamasına katılımları teşvik edilmektedir.

- SGTK'nın sağlık programlarının temel bir dinamiği olması durumu: Tıbbi ve teknik hedefler ne olursa olsun, programın genel yaklaşımı katılımcıdır. Bu tip programlar yapıları gereği eğitimin Önemli bir yer teşkil ettiği, temel sağlık hizmetleri stratejilerini takip ederler.

Halkın katılımını teşvik etmekte seçilecek yöntem, söz konusu sağlık faaliyetinin planlanmasının dışardan birileri tarafından (harici) yapıp yapılmadığına veya baştan beri toplumun katılıp katılmamasına bağlı olarak farklılık gösterir. Bir kaç gelişmiş ülkenin deneyimlerine dayanarak yapılmış bir çalışma(7), halk sağlığı gelişimi konusunda birbiri ile çelişen iki farklı metodolojik yaklaşım tanımlamıştır (Tablo 1). Toplumu destekleyici yaklaşım, SGTK metodolojisi ile doğrudan ilişkili görünmektedir. Çalışma grubu, bu bağlamda 1985 yılında Yugoslavya/Brioni'de yapılan bölgelerarası toplantının sonucunda ortaya konan, geleneksel sağlık hizmetleri metodolojisi ile SGTK için gerekli metodoloji arasındaki farklılıkları onaylamıştır(1)(Tablo 2).

Tablo : 1 - Halk Sağlığı Gelişimi Konusunda Çelişen (Zıt) Yaklaşımlar

	TOPLUMU DESTELEYİCİ YAKLAŞIM	TOPLUMU BASKILAYICI YAKLAŞIM
Başlangıç Hedefleri	Açık uçlu ve esnek	Kapalı ve önceden belirlenmiş
Toplumsal katılımı teşvik için kullanılan yöntem	Zamanla, sabır ve samimi kaygı (ilgi)	Para ve hediyelerle katılımın satın alınması
Bilgi ve Becerilerin paylaşımı	Doktordan topluma;	Bilginin her düzeyde kıskançlıkla saklanması
Programın Açıklığı ve Gelişmesi	Yeni yaklaşımların desteklenmesi	Katı standardizasyon
Gizli Hedef	Sosyal reform	Dengeyi fazla bozmamak

Tablo 2: Geleneksel Sağlık Hizmetleri ve SGK Metodolojisinin Karşılaştırılması

Geleneksel Sağlık Hizmetleri	Sağlık Gelişiminde Toplum Katılımı
Liderlerin bireysel kullanımı	Gruplar arası kuvvetli ilişkilerin geliştirilmesi
Bilginin dağıtılması şeklinde eğitim	Birlikte bilgiyi araştırarak eğitim
Sağlık çalışanlarının merkezi rollerini sorgulamaksızın kişisel temaslarla çalışması	Grup kaynağı olarak toplum sağlık çalışanları
Bireysel ev ziyaretleri	Sağlık sorunları hakkında atölye çalışmaları ve seminerler
Bireysel Danışmanlık	Katılım mekanizması olarak "Açık Kapı" Danışmanlık
Sözel veya yazılı olarak bilginin iteltilmesi	Sağlık konuları iletmek için oyunlar ve drama gibi katılımcı eğitim yöntemlerinin kullanılması

3.1 SGK Metodolojisinin Temel İlkeleri :

SGK sadece özel durumlarda ve gerektiğinde (ad hoc) uygulanamaz. Bu herhangi bir sağlık programının, basitçe bugünden sonra toplum katılımı temeline göre çalışacağını ilan etmesinden farklı birşeydir. Böylesi bir katılım kendi başına bir süreçtir ve zaman içerisinde geliştirilmelidir. SGK metodolojisine yol gösterecek temel ilkelerin varlığının algılanması da bu süreç içerisinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık sisteminde ve diğer sektörlerdeki uygulamalardan çıkarılan bu temel ilkeler şöylece özetlenebilir:

- Belirli bir sağlık programının anında ve kantitatif olarak ölçülebilir etkisi yerine, katılım sürecine Önem verilmelidir. Toplumun katılımını öngören sağlık projeleri deneysel ve esnek olmalı, Önceden belirlenmiş katı proje amaçlarına bağlanıp kalmamalıdır.

- Toplumun sürekli katılımına temel hazırlayabilmek için, bilinçlendirme faaliyetleri ile sağlık hizmetleri dengeli olarak yürütülmelidir. Katılım, sağlık problemleri ve sağlık hizmetleri konusunda halkın bilinçlendirilmesi yolu ile sağlanabilir; bu yüzden de sağlık hizmetleri faaliyetlerinin bu tür bilinçlendirme sürecini boğmasına izin verilmemelidir.

- SGK için mümkün olduğunca yerel temel oluşturulmalıdır. Bu, hem gelecekteki sağlık gelişimi faaliyetlerine güvenilir bir temel hazırlayacak, hem de dışarıya bağımlılığı azaltacaktır.

Sağlık gelişimi üzerine Peru'da yapılan bir çalışmada, SGK' nın yalnızca insan ve diğer kaynakların harekete geçirilmesi olarak yorumlanmaması gerekliliği vurgulanmıştır. Bunun yerine, SGK bireylerin kendi sağlık durumlarını etkileyen sosyal, politik, ekonomik ve çevresel faktörler üzerindeki kontrollerinin artması süreci olarak anlaşılmalıdır. Söz konusu çalışmada, "doğrudan katılım" (toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi) ve "sosyal katılım" (sağlık programları üzerinde toplumun artan kontrolü) ayrımı yapılmış ve aşağıdaki temel ilkeler toplum katılımını teşvik eden sağlık çalışanlarını yönlendirmesi gereken ilkeler olarak ortaya konmuştur:

Doğrudan Katılım:

- Kişilerin katılabilme yetilerine inanın ve geleneksel sağlık inançları ve uygulamalarına saygı gösterin.
- Bilgi ve teknik becerilerinizi topluma sunun ve sağlık sorunlarının tartışılmasında eleştirel rol alın.
- Sağlık programlarını, sizin yardımınızla toplumun kendi kendine koyduğu toplumsal sağlık tanıları üzerine kurun, sonuçları toplumla tartışın.
- İnsanların anlayabileceği ve kontrol edebileceği sağlık programları sunarak, onların kendi sağlık hizmet-leri üzerinde varolan kontrolünü koruyun.
- Sağlık programlarını yürütürken demokratik olun.

Sosyal Katılım :

- Sağlık sorunlarının geleneksel, biyolojik ve özellikle sosyal nedenlerinin tartışılmasında eleştirel tartışmalara katılın ve katılımı teşvik edin.
- Varolan sağlık hizmetlerinin geleneksel, bilimsel ve yönetsel tüm yönlerinin eleştirel değerlendirilmesini sağlayın. Sağlık sektörünü diğer sektörlerden soyut düşünmeyin, birlikte çalıştığınız halkın genel olarak toplumdaki yerini incelemeye yönelin.

Bu yaklaşımlar, geniş bir metodolojik spektrumun iki aşırı ucunu oluşturmaktadır. Bunlar, SGK uygulanmasını yönlendirecek örnek ilke veya faaliyetler olarak görülmemelidir. SGK, sağlık hizmetleri sunumundan fazla birşeydir ve toplumun sağlık programlarına katılımlarını geliştirme bağlamında, bölge halkı ile sağlık programlarını ilişkilendirmenin özel bir yoludur.

SGK geliştikçe, toplum kendini SGK sürecinin aşağıdaki aşamalarından birinin içinde bulabilir:

- Soyutlanma(İzolasyon) veya gözardı edilme: Toplumların katılım araçlarına ulaşabilirliğinin olmadığı ve hatta kendi kalkınmalarını nasıl sağlayabileceklerini bilmemeleri durumu;
- Faydalanma: Toplumların katılımının, sağlık gelişimi programlarından sadece faydalanmaları ile kısıtlanması ve halkın planlama ve uygulamaya çok az aktif katılımının olması durumu.
- Kaynak Katkısı : Toplumların sağlık programlarına hem maddi, hem de işgücü katkısı ile daha aktif katılımları ve programların yönetilmesinde sorumluluk hissetmeleri durumu.
- Toplumun Kontrolü : Bu aşama, sağlık programlarının önceliklerinin belirlenmesi, planlama, uygulama, izleme ve değerlendirmesi için kontrolün toplumun elinde olduğu ve diğer kuruluşların (devlet veya hükümet dışı kuruluşlar) ise topluma destek verdiği, ulaşabilecek son aşamadır.

3.2 SGK Uygulamasında Anahtar Öğeler:

Çalışma Grubu, şu anda varolan ve toplumun katılımını teşvik eden kalkınma projeleri ve sağlık programları uygulamalarını gözden geçirerek aşağıdaki anahtar öğeleri ortaya koymuşlardır:

Toplumun dışındaki kurumlar (external agency): SGK bağlamında düşünüldüğünde, dış kurumlar, devletin sağlık hizmetleri veya toplum dışında sağlık alanında hizmet veren herhangi bir grup olabilir. Sorun, devletin mi yoksa diğer kurumların mı, SGK'yı geliştirmeye daha uygun olduğu sorunudur. Bunun yanında, uygulamalardan elde edilen sonuçlar gösteriyor ki, sağlık gelişiminde çalışan toplum dışı kurumların yapısı ne olursa olsun, söz konusu kurumların performansını etkileyen iki kritik konu vardır: (a) Kurumun SGK Anlayışı/Algısı: SGK'yı, esas olarak varolan sağlık programlarına destek mekanizması olarak mı algıladığı yoksa halkın sağlık programları için sorumluluk alabilme kapasitelerini geliştirmek için bir süreç olarak mı gördüğü; (b) kurumun kendine biçtiği rolün SGK sürecini doğrudan desteklemek mi yoksa bu süreci kolaylaştırmak (facilitate) mı olduğu.

Toplum sağlık çalışanı veya kalkınma çalışanı: Bu güne kadar yapılmış uygulamalarda toplum sağlık çalışanı veya benzer bir kişinin, bölgesel düzeyde SGK'nın gelişmesinde çok önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Bu tip çalışanlar bir çok adla anılırlar da -animatör, değişim ajanı, kolaylaştırıcı, katalist veya grup organizatörü- esas olanın tüm bu isimlerin söz konusu kişilerin, halkla çalışmak ve katılımlarını sağlamak için kritik öneme sahip olduklarını vurgulamasıdır. Profesyonel sağlık çalışanları da yukarıda sayılan görevleri yerine getirme kapasitesine sahip olsalar da, yerel düzeyde anahtar eleman toplum sağlık çalışanıdır. Metodolojik olarak esas olan SGK'nın yerel düzeyde birilerinin sorumluluğunda olması gereğidir. Anahtar kişi belirlenmeli ve bu kişi uygun bir eğitim sürecinden geçmelidir.

Gruplar oluşturulması: Uygulamalar, kalkınma çalışmalarının veya hedef nüfusunun yeniden değerlendirilmesine neden olmuştur. Kalkınma programları hedef grubunu hala "toplumlar", "köylüler", "çiftçiler" veya "yoksul kırsal kesim" olarak tanımlasa da, son 10 yıldır, program uygulamaları için özel gruplar tanımlanması yönünde bir eğilim vardır. SGK sağlık gelişiminde "toplum" katılımına gönderme yapsa da, "toplum'un geniş bir coğrafi tanımlama olduğu ve SGK'nın yerel düzeyde daha kesin tanımlanmış sosyo-ekonomik veya kültürel grupları temel alması gerekliliği tartışılabilir. Sağlık gelişiminde grupların oluşturulması ve kullanılması, bir kaç konuyu gündeme getirmektedir; grubun temel amacı, grubun üyeliği, grubun toplum sağlık çalışanları ile ilişkileri ve resmi sağlık hizmetleri ile ilişkiye giren grubun yapısı.

Eğitim süreci: Katılım esas olarak bir eğitim sürecidir, dolayısıyla da SGK'nın çok güçlü bir eğitim boyutu olmalıdır. Eğitim iki şekilde olabilir: halkın varolan sağlık program ve projeleri hakkında ve bunlarla nasıl ilgilenebilecekleri konusunda bilgilendirmesi veya sağlık problemleri ve bu problemlerin sebepleri konusunda duyarlılığın artırılması.

Buradan da anlaşılacağı gibi SGK, metodoloji olarak sadece bir sağlık programının uygulanması ile ilgili değildir, daha çok halkın katılımının sürekliliği için bir eğitim sürecinden geçirilerek uygulanması ile ilgilidir.

3.3 SGK Yaklaşımları:

SGTK, değişik aşamaları olan bir süreçtir, yani tek seferlik bir çaba değildir. SGK, zaman içinde değiştiğinden, metodolojisi de aynı eğilimi göstermelidir. SGK'nın sadece varolan sağlık programlarına halkın desteği veya işbirliği olarak algılandığı durumlarda metodoloji daha da karmaşık ve sınırlı zamanda olacaktır; fakat SGK'nın sağlık sorunlarına duyarlılık yaratma ve toplumun sağlık hizmetleri için daha fazla sorumluluk alması olarak algılandığı durumlarda, metodoloji daha çok zaman isteyen ve daha karmaşık olan türden olacaktır. Değişik sektörlerdeki proje uygulamaları toplum katılımı metodolojileri açısından incelendiğinde üç değişik yaklaşım ortaya çıkmıştır; bu yaklaşımlar aşağıdaki gibidir:

Metodolojik olarak, geleneksel proje-planlama yöntemleri kullanan fakat daha katılımcı olmayı isteyen projeler :

Bu tip bir projede katılım konusunda özel bir metodoloji bulmak çok zordur çünkü böyle bir metodoloji yoktur. Bu nedenle, bir çok kalkınma projesi geleneksel yöntemlerde küçük değişiklikler yaparak, ya özel bir grubu hedeflemiş, ya da uygulamalardaki "tepeden-aşağıya" yaklaşımların kötü etkilerini hafifletme yoluna gitmiştir. Bu konuda bir araştırma olmamasına rağmen var olan sağlık gelişim program ve projelerinin çoğunun bu grupta olduğu sanılmaktadır.

Metodolojik olarak, dışarıdan yönetilen kalkınma projelerine, toplumu katmayı isteyen projeler :

Bu yaklaşımın SGK'nın etkisinin hidsedilmeye başlandığı yerlerde benimsendiği söylenebilir. Bugün bir çok program ve proje, bilinçli olarak programın değişik aşama ve faaliyetlerine halkın katılımı için uğraş vermektedir. Bazı durumlarda bu katılım, projenin faaliyetleri ve uygulanması hakkındaki kararlara toplumun aktif katılımına yol açmaktadır. Buna rağmen projeler esas olarak dışarıdan belirlenip yönetilmektedir. Sri Lanka'daki bir hükümet dışı kuruluş bu yaklaşımı aşağıdaki şekilde kullanmıştır:

- Köyün sağlık ihtiyaçlarının araştırılması,
- Köy düzeyinde sağlık eğitimi,
- Köy liderlerinin sağlık eğitimi,
- Sağlık sorunlarının toplum tarafından kavranmasının sağlanması,
- Yapılacak faaliyetler için köylülerin fikrinin alınması,
- Köylülerin kendi sağlık eğitimi veya faaliyetlerini planlaması.

Buna benzer daha başka aşama belirlenebilir, tüm bu aşamaların ortak vurgusu, haricen yönetilen projenin içine toplumu çekmektedir.

Kişilerin sürekli katılımı için temel yaratmaya çalışan projeler :

Hangi sektörde olursa olsun, genelde kalkınma konusunda halkın soyutlanması ve bir kenara itilmesine bir son verip, sürekli katılımları için bir temel oluşturmayı amaçlayan yeni tip projeler ortaya çıkmaktadır. Bu tür projelerin metodolojik olarak sınıflandırılmaları zordur. Bugüne kadar bu yeni yaklaşımın sağlık projeleri üzerinde etkisi sınırlı olmuştur. Kaçınılmaz olarak sağlık projelerinin bir takım teknik içerikleri de vardır ve çok azı bütünüyle bir eğitim aşaması ile başlar. Bu yeni yaklaşımın önerdiği, projenin herhangi bir özel sağlık faaliyetine başlamadan önce, toplumun katılımı için temel oluşturulmasıdır.

Örneğin Latin Amerika'da, Pan-Amerikan Sağlık Organizasyonu (Pan Amerikan Health Organization) tarafından "SİLOS" (Social Participation in Local Health Systems- yerel sağlık sistemlerine sosyal katılım) diye anılan bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşım aşağıda sırasıyla verilmiş birkaç ayrı aşamayı kapsar:

- Sağlık bakımı ve geliştirilmesiyle ilgili sorun ve durumların tartışılması,
- Kararların koordinasyonu,
- Faaliyetlerin planlanması,
- Yerel kaynakların harekete geçirilmesi,
- Sürecin kontrolü ve değerlendirilmesi,
- Sorumlulukların ve kararların uygulanmasının bölge halkınca üstlenilmesi.

SİLOS yaklaşımı, SGK'nın belirli bir sıra ile uygulanması gereken aşamalardan oluştuğu anlayışını ve kısa zamanda hızla uygulanabilecek bir metodoloji olmadığını teyid eder niteliktedir.

Kuzey ve Güney Amerika kıtasında uygulanan bir diğer yaklaşım da Katılımcı Eylem Araştırmasıdır (Participatory Action Research). Bu çıkarıcı yaklaşım bölge halkı ile ortaklıklar yaratarak, sağlığı, tüm tarafların karşılıklı birşeyler öğrendiği bir süreç içerisinde geliştirme prensibine dayanır. Söz konusu araştırma kantitatif ve kalitatif bilginin sürekli olarak toplandığı, analiz edildiği ve eyleme dönüştürüldüğü bir araştırma türüdür. Geleneksel araştırma yöntemlerinden ayırt edici yönü ise toplumun sadece pasif bilgi kaynakları olarak görülmemesi ve araştırmaya aktif olarak katılmasının sağlanmasıdır. Katılımcı Eylem Araştırması niceliksel ve niteliksel verilerin sürekli toplandığı, analiz edildiği ve buna yönelik faaliyetlerin belirlendiği bir araştırma yöntemidir. Aynı zamanda yeni konular gündeme geldikçe ve varolan problemler çözüldükçe, gerekli değişimleri yapma istekliliğini ifade eden esnek bir süreçtir. Bu sürece tüm ortaklar aynı şekilde katılmasalar da herkes, en uygun şekilde katkıda bulunmak için eşit fırsata sahiptir.

Katılımcı Eylem Araştırması süreci, araştırmayla ilgili herkesin değişik ilgileri, yaklaşımları, ihtiyaçları, algılamaları ve beklentilerini koordine etme isteği ile başlar. Bu süreç, sağlık gelişimine etki eden hem fiziksel, hem de sosyal faktörlerin tartışılması ve analiz edilmesi temeline dayanan ve insanların ilgili alanlarda gündelik tecrübelerinin takip edilmesinden oluşan sosyal bir süreçtir. Süreç içerisinde, anlaşmazlıklar ve tartışmalar çıkabilir ve bu uyuşmazlıkların yapıcı bir şekilde çözümlenmesi sürecin bir parçasıdır. Tüm bunların demek istediği toplumun, araştırmanın tasarlanması, uygulanması ve izlenmesinde referans noktası olarak alındığıdır.

Raporda sunulan SGK metodolojilerinin değişik örnekleri, SGK için doğru yaklaşımın çok dikkatli düşünülerek kurgulanmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Eğer amaç, sadece halkın sağlık programlarına ve projelerine dahil olmalarını sağlamaksa, sorun, varolan yaklaşımları adapte ederek ve daha katılımcı kılmak sorunudur. Eğer amaç, sağlığın gelişimi için kontrol ve sorumluluğun bölge halkına aktarılması ise, süreç metodolojik olarak daha karmaşık hale gelir. İlk yaklaşımda varolan uygulamada ufak tefek değişiklikler yaparak düzeltilmesi söz konusudur, yani sağlık programlarının temel yönlendirmesi ve kontrolü yine profesyonel sağlık çalışanlarının tekelindedir. İkinci durumdaki yaklaşım ise halihazırda varolan uygulamalarda radikal değişiklikler yapılmasını ve sağlık hizmetlerinin geleneksel sunumunun yeniden değerlendirilmesini öngörür.

3.4. Kolaylaştırma Mekanizmaları:

Son olarak, uygulanacak metodoloji, SGTK sürecini kolaylaştıracak mekanizmaların varlığına göre değişebilir. Söz konusu mekanizmalar aşağıdakileri kapsar;

- bilginin ve ortak ilgi uyandıracak mesajların yayımı için yerel mekanizmalar (halk toplantıları, halk sanatı, medya),
- toplumun çıkarlarını temsil edebilecek yerel gruplar,
- diğerlerine liderlik yapabilecek anahtar kişiler,
- bazı sorumlulukların topluma devri yolu ile, halka güvenildiğinin gösterilmesi,
- başarıyla tamamlanan sağlık programının parasal olmayan özel ödüllerle takdir edilmesi,

Aşağıdakiler SGTK sürecini kolaylaştırmada uygulanan en önemli mekanizmalardır :

- Köy **sağlık** komiteleri veya benzer yapılar, SGTK'ya örgütsel temel oluşturabilir. Bu komiteler sıklıkla, sağlıkla ilgili yerel ihtiyaçların belirlenmesinden, sağlık gelişimi için kaynakların harekete geçirilmesine ve sağlık projelerinin uygulanması ve değerlendirilmesine kadar uzanan geniş kapsamlı görevleri yerine getirirler. Ne var ki bu komiteler zaman zaman sağlık gelişiminin halk tarafından kontrolüne temel hazırlamak yerine, sadece sağlık projelerine desteği harekete geçirmekle kalmış ve dolayısıyla gerçek hayatta kağıt üzerinde gördükleri kadar güçlü olamamışlardır.

- Toplum sağlık çalışanları veya sağlık hizmetlerinin, bölge halkı ve yerel sağlık bilgisi ve uygulamaları ile ilişkilendirilmesinde merkezi rolü olan diğer bireyler. Bu insanlar topluma yabancı olmadıkları için toplumun dışarıdan gelen sağlık projeleri hakkındaki şüphelerini giderirler.

- Bölgesel düzeyde yürütülen sağlık kampanyaları, halkın ilgisini çekerek gelecekteki katılımlarını sağlayabilir. Bu tür kampanyalarda ekipler aracılığıyla kitlesel bilgi aktarımı yapılır ve toplumun Önerilen sağlık eylemine katılımına çalışılır.

- Halkın kendi sağlık sorunlarının analizinde aktif bir rol alabileceği yerel toplantı ve tartışmalar da bir diğer kolaylaştırıcı mekanizmadır. Bu tür toplantılar, tek yönlü bilgi aktarımı şeklinde değil, toplumun düşüncelerinin, algılarının, sağlık sorunları anlayışlarının ve olası çözümlerinin dinlenmesi için aracılık yapacak şekilde olmalıdır. Bu tip toplantılarda popüler bilginin bilimsel ve teknik bilgi ile ortaklaşa kullanımı sağlık sorunları hakkında yeni bir anlayışın geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Açık ve eşit tartışma ortamı sağlayan bir forum, SGTK sürecinin önemli ve gerekli bir parçasıdır.

- Oyunları, dansları, festivalleri, sanat ürünlerini, şarkıları kullanmak, sağlık sektöründe yeni keşfedilmekte olan yaklaşımlardır. İnsanların, sadece didaktik konuşmalardan ve derslerden oluşan programları sıkıcı buldukları; fakat drama, anlatı ve müzikal formdaki iletişime daha açık oldukları bir gerçektir. Daha da önemlisi, bu saydıklarımız, duyarlılık geliştirme, toplumu faaliyete geçirme ve dikkatlerini çekmek için mükemmel araçlardır. Aynı zamanda, bu tür faaliyetlere katılan insanlar kendi düşünce ve duygularını ifade etmek için fırsat bulurlar. Son olarak belirtilmesi gereken, bu tür yerel iletişim mekanizmalarının kaynaştırıcı rolü ve grup içerisinde ortak kaygılar etrafında dayanışma örüntüleri yaratmak konusundaki kolaylaştırıcılığıdır.

3.5. SGK Uygulamalarında Göz Önünde Bulundurulması Gereken Faktörler :

SGK için metodoloji geliştirirken bir çok engelle karşılaşılabilir. SGK, sağlık programları ve projelerinin uygulanmasında özel bir yoldur ve kaçınılmaz olarak geleneksel uygulama yöntemlerinin sorgulanmasını gerektirir. Gerçekten de birçok kalkınma sektöründe katılımı uygulamaya koymak, varolan uygulamalarla çelişen ve bu uygulamaları sorgulayan müdahalelerdir, yani katılımcı metodoloji varolan uygulamaların basitçe yeniden formüle edilmesinden başka birşeydir. Aşağıda, SGK metodolojisi geliştirmeyi etkileyecek faktörler sıralanmıştır:

- Resmi sağlık hizmetleri personelinin güçlü profesyonellik güdüsü hizmet sunumunda esnekliği ortadan kaldırmakta, dolayısıyla da SGK yönünde yeniden yapılanmayı zorlaştırmaktadır. SGK'nin, uygulamaların ve profesyonel davranışların tepeden yönetildiği, değişmez yapılara sahip resmi kurumların içerisinde gelişmesi mümkün değildir.

- Resmi sağlık sistemi içerisinde karar almanın profesyonel sağlık personelinin elinde olması geleneği, yerel halkın sağlık gelişimine direk katılamaması sonucunu doğurmaktadır. Sağlık politikaları profesyoneller tarafından belirlenmekte ve bölge halkının rolü -eğer varsa-, daha önceden belirlenmiş sağlık politikalarını uygulanmasına katkıda bulunmakla sınırlandırılmaktadır.

- Sağlık bilgilerinin sağlık personelinin tekelinde olduğu varsayılmaktadır. Sıklıkla yerel bilgi yetersiz, bilimsellikten uzak, alakasız ve günümüz tıp bilimi ile ilişkisiz kabul edilmektedir. Çok az sayıda sağlık programı açıkça yerel bilgiyi temel almış ve halkın sağlık konusundaki bilgisini ilerletme yolu ile sağlık gelişimini sağlamaya çalışmıştır.

- Diğer resmi yapılar gibi, kurumsallaşmış sağlık hizmetlerinin de esnek olmayışı ve farklı şeyler yapmadaki gönülsüzlüğü; bürokratik inatçılık ve kontrol ortamı, bir strateji olarak SGK uygulamasını ürkütmüştür.

Sağlık hizmetlerini geliştirmek ve uygun bir SGK metodolojisi sağlamak için, iç yapılarda değişiklik yapılması gerekli olabilir, çünkü insanların uygun destek yapıları olmadan katılımcı biçimlerde çalışabilmesi mümkün değildir. Bu değişiklikler yönetim şekline, profesyonel kariyer yapılanmasına, yetenek ve performans değerlendirme biçimlerine, lojistik destek sağlamaya ve karar verme mekanizmalarında kurumsallaşmaya dair olmalıdır. Sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılması SGK uygulamaları için uygun metodoloji geliştirmekte etkili olacaktır. Kaynaklar açısından sınırlı bir sağlık sistemi toplumun aktif katılımını teşvik etmekte zorluk çekecektir.

Hem sağlık sisteminin kendi içinde hem de diğer kalkınma sektörleri ile arasında koordinasyonun etkililiği ve derecesi, SGK'nın gelişim seyrini etkileme yolunda önemli olacaktır. Bunların arasında ulusal koordinasyon özellikle önemlidir çünkü; sağlık hizmetleri politikaları ve faaliyetleri açısından koordine edilmediği sürece, söz konusu sağlık hizmetlerinin SGK yaklaşımı zayıf ve karmaşık olacaktır. Günümüz uygulamalarında SGK yaklaşımında varolan zayıflıklar bir çok durumda, sağlık hizmetlerinin zayıf yapılanmasına ve faaliyetlerin titiz bir şekilde koordine edilmemesine bağlanabilir.

Sektörlerarası koordinasyon, sadece SGTK konusunda diğer sektörlerin deneyimlerinden ve fikirlerinden yararlanmak konusunda değil, yerel düzey de birtakım sorunların oluşmasını önleyebilmek açısından (Örneğin; hükümet politikalarının değişik sektörlerce birbiriyle çatışan şekillerde yorumlanması gibi) da çok önemlidir.

Metodolojik açıdan SGTK, diğer sektörlerin toplumun katılımını arttırma çabalarından farklı veya soyut algılanmamalıdır. Tersine SGTK, değişik sektörlerce toplumun katılımını amaçlayan çalışmaların bir parçası olarak görülmelidir ve sağlık hizmetleri, SGTK metodolojisini geliştirmek için diğer sektörlerle deneyim ve düşünce paylaşımını koordine etmeye hazırlıklı olmalıdır. Özellikle sosyal kalkınma ve tarımsal yayım alanındaki metodolojiler, SGTK için öngörü sağlayacaktır.

SGTK uygulanmasında varolan yapı ve örgütlerden yararlanabilmek konusuna gelince; bu birimlerin kimler tarafından kontrol edildiği ve yürütüldüğünün bilinmesi önemlidir. SGTK, bireyleri güçlendirmeye çalır. Fakat bireyleri sarmalayan toplumsal yapılar, yerel liderlerin kontrolünde olabilir ve de bu yerel liderler SGTK uygulamalarına direnç gösterebilir. Bu sebepten dikkatli olunmalı ve SGTK için kullanılan metodolojinin, varolan bu tip eşitsizlikleri pekiştiren cinsten olmamasına özen gösterilmelidir.

SGTK'yı uygulamaya çalışırken, konuyu değişik açılardan incelemek çok önemlidir: (a) siyasi yapıların SGTK'ya nasıl bir çerçeve oluşturabileceğini görmek için siyasi açıdan; (b) SGTK'yı geliştirmek için gerekli kaynakları görebilmek için sağlık hizmetleri açısından; ve (c) toplumun etkin olarak katılabileceği faaliyet şeklinin belirlenebilmesi için de, toplum açısından bakılmalıdır.

SGTK'nın geliştirilmesinin çok önemli bir yönü de, sağlık programları veya projelerinin ekonomik bileşenidir. Eğer, fakir halk sonunda ek bir kazanç sağlayabileceğini düşünmezse sağlığın gelişimi faaliyetlerine katılmak istemeyebilir. Küçük ölçekli gelir getirici faaliyetler için kredi sağlamak, SGTK metodolojisinin önemli bir yönü olabilir ve fakir insanların katılımını devam ettirmek ve sorumluluk hissetmelerini sağlamak konusunda güdüleyici bir rol üstlenebilir.

4. SĞTK İÇİN SAĞLIK PERSONELİNİN EĞİTİMİ

Dünyanın bir çok yerinde, sağlık personelinin temel ve hizmetiçi eğitimlerinin içeriğinde hizmet alan kişi ve toplumların ihtiyaçlarının sağlanabilmesine yönelik değişiklikler yapılmaktadır. Bu konuda en büyük baskı SĞTK tarafından yaratılmaktadır. Şimdiye kadar ki durumda sağlık personelinin eğitimlerinin SĞTK'yı anlamalarını ve mesleklerinin bir parçası olarak görmelerini sağlayacak şekilde değiştiğine dair bir kanıt yoktur. Bunun sebebi büyük bir olasılıkla, SĞTK'nın sağlık personeli ve sağlık hizmeti alıcıları arasındaki ilişkiye dokunması ve sağlık personeli bu ilişkinin doğasını sorgulamaya (yani, hizmet sağlayıcı/hizmet alıcı anlayışından ortaklık anlayışına geçmek) sevk etmesidir.

"Sağlık personeli" terimi, toplum sağlık çalışanlarını, hemşireleri, sağlık memurlarını, ebeleri, beslenme uzmanlarını, sağlık eğitimcilerini ve doktorları kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlık personelinin eğitiminden bahsetmek gereksiz bir genelleme yapma riskini taşır. Buna rağmen evrensel perspektif, tüm dünyada yaşanmış örneklerden çıkarılabilecek olumlu ya da olumsuz derslerin paylaşımı açısından gereklidir. Elinizdeki rapor SĞTK'nın sağlık personeli eğitimi üzerine etkisi konusunda bir kaç şeye değinmekten fazla öteye geçememektedir. SĞTK toplum üyelerini, bireysel olarak ya da hep birlikte, sağlık veya sağlık gelişimi konularında karar alma mekanizmalarında yer almaya çağırır. Bu çağrının gerçeklik taşıması için, sağlık personeli ve hizmeti alanlar arasında yeni bir ilişki tipi kurgulanması gerekmektedir. Sağlık personeli, sağlık hizmeti alanları üzerlerinde çalışılacak, tanı ve tedavilerin pasif alıcıları olarak algılamak yerine, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularında aktif ortaklar olarak görmelidir. Bu da, sağlık personeli ve hizmeti alanlar arasındaki ilişkide büyük bir değişikliği ifade eder. SĞTK, hizmeti alanların gücü paylaştığı, nesne değil özne olarak hareket ettiği bir ilişki tarzını gerektirmektedir. Eğer, günümüz dünya kalkınma çalışmalarının ve yetişkin eğitiminin yabancı olmadığı kelimeler/tanımlamalar hala sağlık personeline yabancı geliyorsa bu bile kendi başına eğitim probleminin (sadece şu anda eğitilmekte olanların değil, daha da önemlisi eğitimi tamamlamış sağlık personeli için) boyutlarını gösterebilir.

4.1 Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Yaklaşımı Bilgisi :

Sağlık personelinin varolan eğitimi gözönüne alındığında, "gerçek" TSH yaklaşımı ile bir çok eğitim kurumunun kastettikleri TSH arasında bir ayırım yapılması gerekmektedir. Bazıları için "temel" sahada verilen basit hizmetler anlamına gelmektedir. Sayılı sağlık personeli temel sağlık hizmetlerinin, temel tedavi hizmetlerinden farklı olduğunu anlamaktadır. Bunun sonuçlarından biri de SĞTK'nın sağlık sistemini sorgulayışının görmezden gelinmesidir. Bir çok kişi için TSH basitçe, halkla direkt ilişkisi olan sağlık personelinin (doktor, hemşire veya sağlık eğitimcisi) başvuranın isteklerine daha duyarlı hale getirilmesi anlamına gelmektedir. Bu tür bir duyarlılık yaratmanın önemini kimse reddedemez, fakat bu Alma Ata'da öngörülen TSH anlayışının sadece küçük bir parçasıdır.

Alma-Ata Konferansından beş ve yedi yıl sonra yapılan iki çalışma Birleşik Krallık'ta ve Avrupa'da tıp fakültelerinde genel pratisyenlik eğitimi verenlerin Alma-Ata Deklarasyonu ve prensipleri konusunda neredeyse hiçbirşey bilmediklerini ortaya çıkarmıştır (8,9). Daha da önemlisi ikinci çalışma şöyle bir ekleme de bulunmuştur: "Temel sağlık hizmetlerine vurgu

yapmak, beraberinde doktorların eğitimlerinde, topluma kendi sağlıklarını etkileyecek kararlar konusunda söz hakkı vermek doğrultusunda yetiştirilmelerini gerektirir. Buna rağmen, ülkelerin çoğunluğunda, sağlık toplum katılımı meselesi, tıp öğrencilerine sunulan müfredatların parçası olamamıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık eğitimi de Avrupa eğitimini örnek almaktadır ve bu ülkelerin müfredatları da SGK anlayışı ve yükümlülüğünün eksikliğini yansıtmaktadır.

4.2 SGK' nın Teorik ve Pratik Eğitimi :

Çalışmaların uzun süreli bir etkisi olması için, sağlık personeli, SGK konusunda anlamlı bir teorik eğitim de almalıdır. Sağlık personelinin, toplum ve toplumsal ilişkiler hakkında sosyo-antropolojik bilgilerle (SGK için çok önemli olan toplumu biraraya getiren ya da biraraya gelmesini engelleyen faktörler) donanması gerekmektedir. Bu tür bilgiler, üst düzey yöneticilerin, planlamacıların ve her alandan uzmanların, SGK mantığını anlamalarını ve otorite sahibi oldukları birimlerde, SGK çalışmalarını bloke etmemelerini sağlar.

Hayati önem taşıyan başka birşey de geleneksel sağlık hizmetlerinin felsefi temelini iyi anlaşılması gerekliliğidir. Bu kapsamda, 200 yıldır bilimde meydana gelen değişimler ve bu değişimlerin tıbbı etkisi dikkatli bir incelemeye tabi tutulmalıdır. Tıp biliminin başarıları yanında sağlık personeline odaklanan, hizmet alanları(birey ya da toplum olarak) pasif algılayan sağlık hizmetleri modellerinin sınırlılıkları da tartışılmalıdır.

Bu teorik çerçeve, sadece tıp çalışanları değil, diğer sağlık çalışanları için de temel teşkil etmelidir. Vurgu sadece hastalıklardan korunmak ve eğitim üzerinde olmamalı, bunun yerine D.S.Ö'nün sağlık tanımına dayalı (hastalık olmaması haline ek olarak bireylerin ve toplumların sosyal ve psikolojik olarak tam bir iyilik hali), daha kapsayıcı/bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu tür bir yaklaşım varolan sağlık hizmetlerinin tarihi gelişiminin iyi anlaşılmasını gerektirir. Batılı olmayan düşünce sistemlerinin, özellikle bütüncül bakış açısının egemen olduğu, geleneksel iyileştiricilerin hala ilk başvurulacak kişiler olduğu bölgeler ve ülkelerin, sağlık hizmetleri anlayışı önyargısız/hoşgörülü bir şekilde ve dikkatle incelenmelidir.

Sağlık hizmeti alanlarla doğrudan ilişkide olan sağlık personelinin eğitimi, bir parça da olsa toplum içindeki deneyimlere dayanmalıdır. Toplum içindeki eğitim isteğe bağlı ya da diğer öğrenme deneyimlerine ek olarak görülmemeli, SGK'nın ciddiye alınabilmesi için düzenli bir hale getirilmelidir.

Teorik temel ve toplum içinde eğitim toplumla öğrenme ile eş zamanlı gelişmelidir. SGK'yı geliştirmek için sahip olunması gereken bilgi ve yetenekler, tüm sağlık personeline kazandırılması gereken öncelikli yetiler olmalıdır. Böylesi bir yaklaşım tüm eğitim kurumlarının pratiklerinde ve görüşlerinde radikal bir değişiklik anlamına gelmektedir. Toplum ile eğitim, söz konusu toplumla ilk tanışma anında çok hassas olmayı ve toplumun sağlık sorunları üzerine toplum üyeleri ile birlikte çalışmayı gerektirir. Bu yaklaşım toplum sağlığı alanında çalışanlara düzenli olarak önerilen bir yaklaşımdır, fakat böylesi bir yaklaşımı diğer sağlık personeli için de benimsemek tutarsızlık olacaktır. Sonuçta, bir kere problemler belirlendikten sonra bu problemlerle başa çıkmanın yolları da toplumla çalışarak bulunmalıdır. Sağlık personeli toplumla ortaklıklar kurmayı öğrenmeli ve bu ortaklık sadece

sağlık personelinin bilgi katkısında bulunması yoluyla değil, toplumdan da faydalanma ve toplumu teşvik etme yolu ile olmalıdır.

4.3 Bölgesel Düzeyde SGK Eğitimi :

Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda sağlık hizmetlerinden, yatay programlardan, hastanelerden ve bunlarla ilişkili olarak, muhasebe, malzeme, araç gereç sağlama ve tamiri, danışmanlık, ve eğitim gibi yönetim destek sistemlerinden sorumlu bölge yöneticilere bulunmaktadır. Bazı ülkelerde ise bölgesel düzeyde dış problemleri ve psikiyatrik problemlerle ilgilenen, bir takım özel ya da dış finansmanlı projelerde çalışan ek personel de vardır. Bölge sağlık hizmetleri² yöneticisinin, harcamalar, malzeme alımı, planlama, program tasarlama ve değerlendirme, boş pozisyonlar için personel seçme, eğitim tasarımı ve değerlendirmesi, sağlık bilgi sistemlerinin tasarımı veya yeni hizmetlerin yeri, planlaması ve inşası gibi konularda kendi başına karar verebilme ve hareket edebilme kapasitesi sınırlıdır. Bu tür kararlar, politik kabul edilir ve merkezden karar beklenir. Dolayısıyla bölge yöneticilerinden beklenti programların etkili uygulanmasının takibi ve merkez planlama ve karar alma birimlerine danışmanlık vermelerinden öteye gitmemektedir. Bazı bölge yöneticilerinin finansal yetkileri küçük ödemeler için kasada tutulan paranın kullanımı ile kısıtlıdır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kısıtlı sayıda sağlık bölgesi üniversitelere veya diğer eğitim kurumlarına yakındır. Sonuç olarak bölge yöneticileri ilk aldıkları mesleki eğitim ve sonrasında da oradan buradan, birifinglerden, atölye çalışmalarından öğrenilen şeylerle sağlık hizmetlerindeki değişikliklere ayak uydurmaya çalışmaktadırlar. Durum böyle olunca da bir çok yönetici için SGK çok yeni bir kavram olacaktır. Hatta bu yöneticilerin bir çoğu eğitimlerini temel sağlık hizmetlerinin Özel bir yaklaşım olarak kabul edilmesinden, bu yaklaşımın genel kalkınma ile ilişkisinin keşfinden önce tamamlamış olabilirler.

Bölgesel personel istihdam biçimleri ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye o kadar çok farklılıklar göstermektedir ki, bu konuda genellemeler yapmak tehlikeli olabilir. Yine de, bir çok yerde hekimler yönetim ve organizasyon becerileri gerektiren üst makamlara atanırlar, hemşireler de diğer hemşirelerin, teknisyenlerin, hizmetlilerin, toplum sağlık çalışanlarının ve gönüllülerin denetiminden sorumludur. Her iki meslek grubundan insanlar da aslında personel yönetimi ve eğitimi için değil, sadece tedavi hizmetleri ve hastane işleri için eğitim almışlardır. Bir çok kıdemli sağlık personeli akut solunum yolları enfeksiyonlarının, AİDS'in veya ishali hastalıkların tedavisinde teknolojik gelişmeleri dikkatle takip etmekte ve uygulamaktadır. Anlaşılır bir şekilde aynı doktorlar, sağlığın iyileştirilmesi, toplumun harekete geçirilmesi ve basit sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi gibi sonuçları gözle görülemeyen elle tutulamayan, açık uçlu stratejileri olan yabancı alanlara atılmakta daha Önce bahsedilen yeni teknolojileri adapte etmekteki istekliliği göstermemektedirler.

Etkili bölge sağlık sistemlerini geliştirmenin Önünde başka bir engel daha vardır; o da yöneticilerinin öncelikli olarak hastane işleri ile ilgilenmesi ve ulaşımın problem olduğu bölgelerde -ki bu bir çok gelişmekte olan ülkede böyledir- bölge yöneticileri ve doktorlar yöre insanların antropolojik, sosyolojik ya da ekonomik gerçeklerinden habersiz olabilmekte, hatta bazı durumlarda aynı dili bile konuşamamaktadır. Yöneticiler hemşire ya da doktor danışmanlar tarafından gerektiği gibi bilgilendirilmezlerse, sağlık merkezinde görevli olup işine şehrin diğer tarafından gelen ya da şehirde oturup kırsal alanda görev yapan doktor ve

² Ç.N. Melin içerisinde sıkça referans verilen "bölge sağlık hizmetleri/sistemleri" kavramının orjinah "**district** health services /systems"dir. Türkiye'deki sağlık teşkilatlanması düşünülürse rapor içerisinde geçen "bölge yönelimleri" ile sağlık müdürlüklerinin **etki alanları** olarak düşünülmelidir. Sağlık Ocağı bölgeleri de bölge sağlık sisteminin bir parçasıdır.

hemşirelerle, hizmet sundukları kırsal kesim insanları arasındakine benzer anlayış farklılıkları ortaya çıkacaktır.

4.4 SGK Eğitimi İçin Yapılacak Değişiklikler:

Geleneksel Batı modeli sağlık sisteminde, sağlık personeli hastalarla önce tanı sonra da tedavi ilişkisine girmektedir. Bu ilişkide güç tamamen sağlık personelinin elindedir. Sağlık hizmetinden yararlananlar olaya, doktorun koyduğu teşhis doğrultusunda, tavsiye ettiği tedaviyi takip ederek katılırlar. Bu kendi içinde, rolü inkar edilemeyecek kadar önemli olan sağlık personeline bir eleştiri değildir. Çünkü her zaman sağlık çalışanlarından hastanın iyiliği için kullanabileceği hastalık bilgisine sahip olmaları beklenmiştir. Bu sağlık bakımı modeli, doğru tanının çok önemli olduğu tedavi odaklı bir modeldir. Bu modelde, hekimin rolü, ilaçların yazılması veya diğer tedavilerle, genellikle fiziksel olarak müdahale etmek, hastanın rolü ise kendi iyiliği için önerilen şekilde davranmak olarak tanımlanmıştır. Sağlık personelinin SGK geliştiricisi olarak eğitilebilmesi medikal paradigmada değişiklikler gerektirmektedir. SGK'nın öngördüğü paradigmada sağlık personeli - birey - toplum arasındaki tedavi ilişkisi, gücün samimi bir şekilde sağlık hizmetinden faydalananlara kaydırılması çabaları gözlenmelidir.

Bazı programlarda sağlık personeli eğitimi sadece toplum içinde çalışmayı öğretmeye yönelik değildir, bu tip programların toplumla birlikte çalışma boyutu da vardır. Eğitilenler toplumun gerçek anlamda karar alma sürecine katılabileceği durumlarla karşı karşıya getirilmektedir. Böyle bir eğitimin, bir çok gelişmiş ülkeye dahi emsal olacak, ilginç bir örneği Afrika'da, Nijerya'da Ilorin Tıp Fakültesinde görülmüştür. Bu okulda teorik ve pratik derslerde toplum ve birey teşhislerine eşit derecede önem verilmektedir. Ilorin'de okuyan öğrenciler toplumla çalışmayı öğrenene ve topluma yardım edebilecek, sağlık problemlerini anlayabilecek yetilere sahip olana kadar başarılı sayılmazlar. Ilorin yaklaşımı temel sağlık hizmetleri ve sağlığın gelişimine toplum katılımı anlayışının tüm sağlık personeli tarafından ciddiye alınmasının önemli bir örneğidir. Öğrencilerin üniversite eğitimleri sırasındaki başarılı oryantasyon programına rağmen, Ilorin mezunları eğitim sonrasında, sağlık hizmetlerinin sahip oldukları becerileri kullanacak şekilde organize edilmemiş olmasından dolayı bir takım zorluklar çekmektedirler.

Başka bir örnek de Endonezya'nın Jogjakarta kentindeki Gajah Mada Üniversitesinden verilebilir. Bu üniversitedeki uygulamada da tıp öğrencilerinin birinci yıllarından başlayarak son yıllarına kadar belli bir toplum ile çalışmaları istenmektedir. Çalışmalarına bireylerle başlayan öğrenciler daha sonra aile üyesi olarak bireylerle, daha sonra da köy toplumunun bir parçası olarak ailelerle çalışmaktadırlar. Öğrenciler bölge halkı ile birlikte, o toplumu ilgilendiren faaliyetleri planlamayı öğrenmektedirler. Hindistan, Tamil Nadu'da bulunan Hristiyan Tıp Koleji ve Hastanesi de başka bir başarılı örnektir. Buradaki toplum oryantasyon programında tıp öğrencileri bir topluluk içerisinde problem çözme teknikleri ile donatılmakta ve öğrencilerin tıp öğrenimlerinin bir parçası olarak bir süre bir köyde yaşamaları beklenmektedir. Son olarak, Latin Amerika'da, Kolombiya'da bulunan Cali Üniversitesinin temel sağlık hizmetleri ve tıp eğitimini ilişkilendirilmek konusundaki öncü uygulamaları belirtilmelidir.

4.5 Mevcut Durum:

Toplum sağlığı alanında sağlık personelinin eğitimi günümüzde hala incelenme sürecinde olan bir konudur. Bilinen bir çok eğitimcinin, tıbbi teknoloji alanında uzman, toplum sağlığı konusunda ise bilgi ve beceri eksiki olan profesyoneller yetiştiren geleneksel Batı tipi tıp eğitiminden rahatsızlık duyduklarıdır. Örneğin "Tıp Eğitimi Dünya Konferansı"nda, dar kapsamlı, hastalık odaklı tıp eğitiminden, daha geniş kapsamlı bir bakış açısına sahip genel sağlık anlayışına geçilmesi, birey üzerine yoğunlaşmak yerine bir bütün olarak toplumu dikkate alan yaklaşımların benimsenmesi önerilmiştir (10). Sağlık personelinin, toplumun sorunlarına yakın olması gerektiği ve sağlıkla ilgili eğitimlerinin bir kısmını toplumla birlikte yapmaları gerektiği düşüncesi giderek daha fazla destek kazanmaktadır. Buna rağmen sağlık personelinin ikinci bölümde anlatılan SGK anlayışına giderek yaklaştıklarına dair çok az delil vardır. Aynı şekilde eğitimin, sağlık personeli ve toplum arasındaki güç ilişkisinde bir değişiklik yaptığına veya sağlık çalışanlarının sağlığın gelişiminde toplumun katılımını teşvik eden faaliyetlerde bulunmasını sağladığına dair fazla bir işaret yoktur.

Mevcut durumun incelenmesi sonucunda  alışma Grubu, sağlık personelinin SGK eğitimi ile ilişkili olarak aşağındaki altı anahtar konuya değinmişlerdir :

1. Üniversite düzeyinde eğitim programlarında değişiklik: (a) müfredatın temel sağlık hizmetleri ve hizmet sunumu doğrultusunda yeniden yapılanması, bu tip bir yeniden yapılanma eğitimde vurgunun bazı uzmanlık alanlarından ve bunların öğretmenlerinden uzaklaşması anlamına gelebilir; (b)  ğrenme sürecinin, dersler, laboratuvar çalışmaları ve bunları izleyen hastane çalışmaları üzerine temellendirilmesi yerine, toplumda yaşamaya dayalı temel sağlık hizmetleri ve buna yönelik olarak öğrencilerin tıbbi yetilerini, klinik yönetimi ve personel yönetimi becerilerini ve toplumun katılımını ve sağlığı geliştirme kapasitelerini geliştrici yönde yeniden yapılandırılması, (c) temel sağlık hizmetleri çalışmanın amacına uygun genel bir strateji, teknik yaklaşım, düşünce biçimi ve bunlara uygun amaçlar belirleyebilmek için, bölüm içi ve bölümler arası işbirliğinin geliştirilmesi.

2. Mesleki eğitimlerin yeniden yapılandırılması için gerekli finansal kaynağın ayrılması.

3. SGK, doktor ve hemşirelerin eğitimlerinin çok az bir bölümünü oluşturmaktadır, fakat sağlık personeli tarafından anlaşılması ve uygun bir şekilde uygulanabilmesi için bu konuda sürekli bir dikkat harcanmalıdır. Sadece toplum sağlığının geliştirilmesini bir disiplin olarak kabul eden eğitim kurumları, SGK'nın anlaşılması, uygulanması ve öğrencilerin bu konudaki değerlendirmesine bir akademik yıl içerisinde yeterli zaman ve enerjiyi ayırabilirler. Müfredatta yeterli zaman ayrıldığında bile, SGK genellikle sınav konusu olmadığı için, öğrenciler bu konuyu kolaylıkla gözardı etme eğilimindedirler.

4. Öğrencilerin toplum sağlığı ve toplum katılımı konularında çalışma yapmayı seçmelerini caydırıcı faktörler vardır. Tıbbi profesyonellik anlayışı hala cerrahiyi, medikal uzmanlıkları ve hastanelerde araştırmalar yapıp çalışmalar yürütmeyi, halk sağlığı çalışmanın, rutin sağlık hizmetlerinde bulunmanın ve toplumun içinde çalışmanın üzerinde görmektedir. Buna ek olarak bir çok ülkede sağlık çalışanları, kamu sektöründe çalışmaktansa, özel sektörde çalışmayı daha cazip bulmaktadır, çünkü özel sektörün hem kariyerde ilerleme açısından, hem de finansal açıdan olanakları daha geniştir. Bu tür bir eğilimi güçlendiren yaygın bir kanı da, sahada çalışmanın önemsiz, hastanede çalışmanın önemli olduğu vurgusunu yapar.

5. Hemşirelerin maaşları, çalışma koşulları ve eğitimi de özel bir ilgi gerektirmektedir. Hemşireler ve hemşirelik, kendileri tarafından bile, önemli görülmemektedir, halbuki

dünyanın bir çok yerinde hemşireler (ülkemizde ebelerde³) toplumla içice çalışan, diğer çalışanlara da danışmanlık veren ve SGK alanında yapılan çalışmaların niteliğinden sorumlu sağlık personelidir. Hemşirelerin durumunun iyileştirilmesi ancak: (a) bu mesleğin eğitim ve araştırması kendi ellerinde olabildiği, (b) toplum sağlığı oryantasyonunun ve bunun için gerekli yetilerin hızla geliştirilebildiği takdirde mümkün olabilir. Sahada, sağlık sisteminin lojistik eksikliklerinin yükünü çeken hemşireler aynı zamanda toplumun bu eksikliklerden kaynaklanan negatif tepkisine hedef olmaktadır. Programların başarılı olup olmaması konusunda en büyük sorumluluğu taşımalarına rağmen hemşireler, çoğunlukla kötü yaşam koşullarında yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Tüm bu olumsuzluklara ek olarak, hemşireler sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanmasında çok az söz sahibidirler. Hemşirelerin içinde bulundukları uygunsuz durum, imaj ve morallerinin zayıflamasına bağlı motivasyon eksikliği yaratmakta ve toplum düzeyinde, temel sağlık hizmetlerindeki etkinliklerinin düşmesine sebep olmaktadır.

6. Sağlık personelinin eğitiminin etkili olabilmesi için, eğitim toplum odaklı olmalıdır, fakat bu eğitim öyle yürütülmelidir ki; toplum sürece taraf olabilmelidir. Genellikle toplum saha çalışmaları için "kullanılmakta" ve sonrasında bu ilk çabaların takipçisi olunulmaktadır. Oysa toplumla iletişime geçildiği andan itibaren sağlık sisteminin olup biteni takip etmek konusunda ahlaki sorumluluğu vardır.

4.6 Hizmet İçi Eğitim (HİE) :

Büyük bölge sağlık hizmetleri servis ofisleri dışında, bölgesel düzeyde yönetim, idari işler ve yönetim destek birimlerinde istihdam edilen personel, yaptıkları işlerle ilgili üniversite eğitimi ya da başka türlü bir formasyon alıp almadıklarına bakılmaksızın görevlendirilmektedir. Bu bakımdan HİE, hizmet sunumunu güçlendirmek ve SGK'yı sağlamak için gerekli becerilerin geliştirilmesi yolunda en iyi yöntem gibi görünmektedir. Özellikle bazı ülkelerdeki yüksek personel değişim hızı gözönüne alındığında HİE'lerin sağlık sistemine maliyetinin oldukça yüksek olduğu bir gerçektir fakat, bölge sağlık sistemlerine geri dönüşü (hizmetlerin etkili işleyebilmesi için toplumun yapacağı maddi ve diğer katkılar) düşünüldüğünde bu yüksek maliyet meşru görülebilir.

Bölge sağlık hizmetlerinde acilen ve eş zamanlı olarak üç tip hizmet içi eğitim yer almalıdır: temel sağlık hizmetleri için gerekli becerilerin iyileştirilmesi, yönetsel becerilerin iyileştirilmesi, SGK gelişimi için gerekli beceri ve davranışların iyileştirilmesi.

Sağlık Bakanlıklarının eğitim bütçeleri genellikle kısıtlı ve yetersizdir. Bazıları tedavi ve hastane hizmetlerine, bazıları da koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine öncelik vermektedir. Bakanlıklar ayrıca HİE alacak personelin niteliği(seviye, kıdem gibi) konusunda da seçimler yapmak durumundadır. Yöneticiler hem sağlık hizmetlerini, hem de SGK'yı güçlendirmek için, merkezden uzakta bulunan sağlık hizmetlerine ve toplum sağlık çalışanlarına ve hemşirelere oldukça yeterli yer ayırabilmelidir. Öngörülen uygulama bazı ülkelerde varolan önceliklerin ters yüz edilmesi anlamına gelebilir.

Bir çok ülkede SGK konusundaki HİE'ler Ölü yatırım olarak görülmektedir. Buna neden olarak sağlık personelinin yüksek değişim hızı gösterilmektedir. Bu durum kaynakların sınırlılığı düşünüldüğünde anlaşılabilir bir durumdur. Sınırlı kaynaklar dış finansal kaynaklara giderek daha bağımlı hale gelmesine sebep olmaktadır. Bu bağımlılık da; (a)ülkenin insan

gücünde sürekli bir deneyim ve beceri birikimine izin vermeyen, bölünmüş, projelere Özel eğitimlere, (b)temel sağlık hizmetleri sunumuna ilişkin varolan eğitim eksikliğini gidermede gecikmelere, (c)yerel eğitimcilerin bilgi ve becerilerine katkıda bulunmak yerine, yabancı danışmanlara bağımlılığın gelişmesine neden olmaktadır,

HİE sunumunda bölge yöneticileri ciddi çelişkilerle karşılaşmaktadırlar. Nepal'de yapılan bir alan araştırması yönetsel olarak SGK'ya karşı yükümlülük hissedilmediği durumlarda, SGK'nın sağlık sistemine etkisi ve güvenilirliğinin sınırlı olacağını göstermiştir (11). SGK'nın, sistem güvenilir ve yeterli hizmet sunmadan, bölge yönetimleri toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek yetki ve esnekliğe sahip olmadan ve toplumun, sağlık personeli ile işbirliği yapması için gerekli ihtiyaçları karşılanmadan, gelişmesi ve işlemesi mümkün değildir. Yani toplumların kendilerine hiçbirşey sunmayan sağlık hizmetleri için para ve zaman ayırmaya istekli olmaları beklenmemelidir.

4.7 Alternatif Eğitim Yöntemleri:

Yetişkinlerin öğrenme yöntemleri ve grup dinamikleri SGK için sağlık personeli eğitimi yapan eğitimciler için iki önemli araçtır. Bununla beraber, tüm eğitim ihtiyaçları işten uzak ortamlarda özel dersler sırasında karşılanamaz. Aşağıda SGK için sağlık personeli eğitimi konusunda iki alternatifli bir yaklaşım sunulmuştur:

- Sağlık sistemi idaresi, becerilerin geliştirilmesini ve yeni tekniklerle eğitim yapılmasını gerektirebilir. Bir eğitici ya da yönetici sağlık personelinin belli görevler etrafında takımlara bölerek, onları kural ve prosedürlerin kısıtlayıcı etkisinden kurtararak, eğitim sürecini ve sonuçlarını karşılıklı değerlendirerek; grup dinamiklerinin ve kendi kendine öğrenme süreci içerisinde yeni soruların gündeme getirildiği, problem çözümü, takım çalışması ve eyleme geçmenin teşvik edildiği, öğrenim ortamları yaratabilir. Bu tür bir eğitim, iş-odaklı eğitime ciddi bir alternatif oluşturmaktadır. Ayrıca, bu alternatifin, sağlık sistemini temel sağlık hizmetlerine ve toplum katılımına yöneltecek düşünce ve motivasyon değişikliklerini sorgulatma avantajı vardır. Bu yaygın eğitim yaklaşımı farklı kategorilerde sağlık idaresi personelinin pahalı ve karmaşık eğitimine alternatif olarak kullanılabilir.

- Birçok sağlık hizmeti lojistik problemler yüzünden tehlikeye girmektedir. Özellikle program amacı topluma hizmet vermek, toplumun ihtiyaçlarını karşılamak olarak belirlendiğinde, sorunları belirlemek ve çözüm bulmak için, takım çalışması ve problem çözümü tekniklerini temel alan yaklaşımlar kullanılabilir. Bu tür bir yöntem, lojistik eğitimi ya da özellikle yeni lojistik yöntemler geliştirmek için pragmatik bir alternatif oluşturur.

4.8 Değişik Yaklaşımlarla Eğitim:

Uzun vadede, SGK sağlık durumunu iyileştirecek ve sürdürebilir kazanımlar elde etmek için ortam hazırlayacaktır. Dolayısıyla, uzun vadede geri dönüşü düşünüldüğünde, SGK'nın eğitimine, izleme-değerlendirmesine yapılacak yüklü ek zaman ve para yatırımları meşru görülebilir. SGK eğitiminin bir parçası olarak, sağlık personelinin SGK'yı geliştirmek için aşağıdaki yaklaşımlardan herhangi birini benimsemeleri, denemeleri ve bu yaklaşım ışığında plan yapmaları konusunda yönlendirici olunmalıdır.

(a) Toplum Gelişimi Yaklaşımı:

- Sağlık personeli bir toplum sağlık araştırması tasarlar.
- Sağlık personeli ve toplum üyeleri ihtiyaçlarını belirler ve tartışır.
- Sağlık personeli, toplumun eğitim ihtiyacını belirler ve anahtar hedef gruplara yönelik halk eğitimi ve grup eğitimleri yapar.
- Net bir sağlık ve destekleme boyutu olan topluma yönelik projeler için farklı kaynaklardan, doğrudan finansman aranır.
- Sağlık personeli toplumun bilgi, tutum, davranış ve sağlık durumundaki değişimleri değerlendirir.

(b) Kampanya Yaklaşımı:-

- Sağlık sektörü beslenme, sanitasyon ve temiz su kaynaklarının iyileştirilmesi doğrultusunda hedef koyar.
- Sağlık personeli halkın sağlık eğitimine katılır ve hedeflere ulaştıracak toplumsal desteği sağlamak ve işgücünü harekete geçirebilmek için kamuya açık toplantılarda konuşmalar yapar.
- Toplum işgücü katılımı ile cevap verir (veya vermez).
- Sağlık sektörü evlerin bahçelerinde kullanılmak üzere tohum, tuvalet yapmak için malzeme gibi bir takım girdiler sağlar.
- Toplum da gerekli yatırımları sağlar (işgücü, malzeme, para).

(c) Toplumu Harekete Geçirme Yaklaşımı :

- Grup çalışması yapan eğitimciler, toplumla tartışarak temel ihtiyaçları belirler.
- Toplum öncelikli ihtiyaçlar ve haklar konusunda görüş birliğine varır,
- Toplum görüş birliğine varılan eylemler doğrultusunda çalışır,
- Toplum sağlık ve diğer sektörlerin hizmet sağlaması için baskı yapar,
- Sağlık sistemi de cevap verir / cevap vermeyi reddeder / cevap vermeye çalışır fakat yapamaz / cevap vermez,
- Toplum kendi sağlık amaçlarını sürdürür veya terkeder.

(d) Sağlık Eğitimi Yaklaşımı :

Sağlık sektörü, yüz-yüze, medya, pazarlama veya grup eğitim tekniklerini kullanarak, ulusal, bölgesel veya yerel personel aracılığı ile kişileri, toplumları ve aileleri genel olarak sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirir ve bu yolla tutum ve/veya davranışları değiştirmeye çalışır.

SGTK'yı sağlamak için iletişim yoluyla eğitim hem sağlık personeli, hem de topluma verilebilir. Sağlık sisteminin toplumun ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olduğu düşünülürse, hemşirelerin ve doktorların, toplumda belirli değişiklikler yapabilecek çeşitli faaliyetlerde bulunabilmek için gerekli ek beceriler edinmeleri gerekmektedir. İletişim becerisi kazandırma eğitimi çok önemlidir. Yetişkin eğitimi, toplum gelişimi için eğitim ve değerlendirme, küçük işletme gelişimi veya endüstriyel birimlerin kurumsal gelişimi konularındaki eğitimlerin

tecrübeli eğitimciler tarafından verilmesi uygun olacaktır. Bu eğitim esas olarak bir tartışmanın iki tarafı arasında ilişki kurmayı amaçlar. Dolayısı ile iki yönlü bir süreçtir ve sıkça kullanılan tek yönlü ilişkiden daha etkili olduğu bir gerçektir.

Toplumların grup tartışmasına katılma veya ihtiyaçlarını ifade etme alışkanlığı olmadığı durumlarda sağlık sistemi, toplumu sağlık veya kalkınma personeli ile eşit şartlarda iletişime girecek seviyeye getirmek için gerekli becerileri geliştirmek üzere uzmanlar istihdam edebilir. Bu tip bir yaklaşım kapsamında toplum ayrıca, toplantıların ve varılan anlaşmaların kaydını tutmayı ve basit muhasebe yapmayı da öğrenmek zorunda kalacaktır.

Hem toplumun, hem de sağlık personelinin pazarlık teknikleri, anlaşmazlıkların yapıcı bir biçimde ifade edilmesi, çatışma yönetimi ve anlaşmaya varılması konularında da eğitime ihtiyaçları olabilir. Bu tip ihtiyaçları belirleyebilmek için eğitimlere başlamadan, sağlık personeli toplumdaki, geleneksel görüşme/anlaşma mekanizmalarını dikkatle incelemelidir.

5. SGK İçin Toplumların Güçlendirilmesi:

SGK üzerine çalışacak sağlık personelinin yeteneklerini geliştirmek ne kadar önemliyse, toplumların nasıl güçlendirileceğini araştırmak da aynı derecede Önemlidir. SGK için toplumların güçlendirilmesi, ilgili bilginin, beceri ve yeteneklerin, toplumun sağlık gelişimi girişimlerine cevap verebilme yeteneğini artırmak amacıyla transferini ve karşılıklı değişiminin içerir. Bu süreç içerisinde unutulmaması gereken en önemli şey, toplumların bir yerden başka bir yere ve zaman içerisinde kendi toplumsal yaşam döngülerinde değişiklikler gösterdiği ve yeni düşünceler sunulmadan önce toplumda varolan bilgi ve beceri düzeyinin dikkate alınması gerekliliğidir. Söz konusu süreç iki yönlü olmalıdır, yani sadece toplumlara birşeyler öğretme, varolan sağlık hizmetleri ve programları hakkında onları bilgilendirme olarak algılanmamalıdır.

İlk olarak toplumları güçlendirmek için ne tür bir eğitim türünün uygun olacağı üzerine düşünmek gerekir. Bu bağlamda resmi, yaygın ve gayriresmi eğitim türleri arasında bir ayırım yapılmalıdır. Gayriresmi olarak toplumlar sürekli bir toplumsallaşma ve belli bir kültürün veya toplumun değerlerini, alışkanlıklarını ve uygulamalarını öğrenme sürecinden geçerler. Toplumların SGK için güçlendirilmesi temelde yaygın bir eğitim anlayışını temsil eder, bu özelliği ile akademik değildir. Göreceli olarak yapılandırılmamış, katılımcı ve sonuçta da insanı merkezine alan bir eğitim sürecidir. Yani toplumların SGK için güçlendirilmesi, bilgi aktarımının öğretmenden öğrenciye olduğu resmi bir ortamda değil, karşılıklı dayanışma ve Öğrenmenin hakim olduğu atmosferlerde mümkün olabilir.

Bu süreç bir çeşit yetişkin eğitimi olarak algılanmalı ve aşağıdaki prensipler de her türlü yetişkin eğitime yön vermelidir:

- Yetişkinler çok büyük bir bilgi hazinesine sahiptir ve bu hazine ya hiç bir zaman paylaşmadığından, ya da kullanılma fırsatı olmadığından atıl kalır.
- Yetişkinler genelde yaşayarak daha kolay öğrenirler.
- Yetişkinler genellikle güçlü bir benlik algısı geliştirmişlerdir ve tavırları uzmanların karşısında küçük düşmeyi göze almak değil, bu benlik algısını korumaktan yana olacaktır.
- Yetişkinler çocuklara göre konuları yakalamakta daha yavaştır, bu da yetişkinlerde aşağılık duygusuna sebep olabilir.
- Tüm dünyada yetişkinlerin büyük bir kısmı yıllarca toplumla ilgili konulardan dışlanmış olarak ve toplum dışından insanlarla çok az veya hiç ilişki kurmadan yaşarlar. Bu da eğitim süreci içerisinde üstesinden gelinmesi gereken büyük bir engel olacaktır.

Bu prensipler evrensel olarak uygulanabilirliği olan prensipler olmayabilir, yine de yetişkin eğitimi meselesinin karmaşıklığını ve hassasiyetini göstermek açısından önemlidir.

Yetişkinler için yaygın eğitim sürecinin amaçları çeşit çeşittir: hakkaniyet ve ortak çıkarlara dayalı değerlerin pekiştirilmesi, kadının kalkınmadaki rolünün desteklenmesi, yönetime ve görüşme/pazarlık/anlaşma yapmaya ilişkin becerilerin geliştirilmesi, planlama ve

değerlendirme evrelerinin analizlerinin geliştirilmesi gibi. En kapsamlı anlamında süreç iki geniş alandan meydana gelir:

- Bilgilendirme ve beceri transferi için eğitim. Bu bağlamda süreç, insanları politikalar, amaçlar ve uygulamanın yönetsel boyutu hakkında bilgilendirmeyi, böylelikle de konumlarını analiz etmeye yetkin kılmayı, insanların kendi belirledikleri bir dizi eylemi planlayabilmelerini ve uygulayabilmelerini kapsar.
- Duyarlılık yaratma faaliyeti olarak eğitim. Bu süreç daha çok insanların zihinsel soyutlamasını ortadan kaldırmaya, derinleşmiş beceriksizlik ve aşağılık duygularının tersine çevrilmesine ve insanları olayları kendi algıladıkları gibi dile getirmeye hazırlamaya odaklanmalıdır.

Bu iki yaklaşım da toplumun SGK için güçlendirilmesi ile ilgilidir. Birinci yaklaşım daha az soyut yaşayan ve halihazırda kalkınma faaliyetlerine dahil olmaya başlamış toplumlar için daha uygundur. Sonraki ise daha karmaşık ve daha fazla zaman alan bir yaklaşımdır ve özellikle göreceli olarak hala soyut yaşayan, marjinalleştirilmiş ve sürekli bir katılım için temeller geliştirmenin gerektiği toplumlar için uygundur.

Toplumlar kendi sağlık durumlarını iyileştirme sürecine dahil olacaklarsa, bunun için gerekli becerilerin ve bilginin tanımlanması gereklidir. Bu tür bilgi ve beceriler iki yolla sağlanabilir: (a) ya toplumda bilgi halihazırda vardır ve daha geniş bir paylaşım gerekmektedir dolayısıyla bu bilgiyi insanların gündemine getirerek ve nasıl kullanılacağını göstererek; (b) ya da sağlık sistemi; incelemesi, denemesi ve zamanla kabul etmesi için topluma bu bilgi ve becerileri sunabilir.

5.1. Toplum :

"Toplum" kavramı, çok geniştir ve SGK kavramı çerçevesinde dikkatlice ve detaylı olarak analiz edilmelidir. Genel olarak toplumlar kırsal ve kentsel olarak sınıflandırılabilir. Kent toplulukları; kentin kıyılarında yaşayanlar, kentin çevresine yeni yerleşenler, gecekonduarda yaşayanlar ve uydu kentlerde yaşayanları da kapsar. Bu sınıflandırma bölge sağlık hizmetlerinin alanına giren, varlıklı ve yerleşik kentsel alanları da içine alır. Kırsal toplumlar da; dağınık, çizgisel, tarımsal ve nehre dayalı toplumlar, köy ve küçük kasaba toplumları, çekirdek ve tüm bağımlıların bir arada yaşadığı geniş aileler ve göçebe toplumlar olarak sınıflandırılabilir. Toplumların dinamik olduğu, yani durağan ve sabit olmak yerine değişime ve evrime uğradıkları, dolayısıyla da kır-kent nüfusları arasında sürekli geçişler olduğu unutulmamalıdır. Örneğin 2000 yılına geldiğimizde, Latin Amerika ve Güney-Doğu Asya'da yaşayan halkın çoğunluğunun kentlerde yaşıyor olması beklenmektedir.

Toplumlar, kırsal ve kentsel olarak ayrılmaktan başka, alt gruplara da bölünebilirler. Sağlık çalışanları toplum içindeki din, ırk ve sınıf farklılıklarının bilincinde olmalı; toplum içindeki resmi liderleri, geleneksel ve bilge liderlerden ayrı tutabilmelidirler, çünkü toplumun gözünde hepsinin yeri aynı olmayabilir. Liderler, sağlık planlaması ve geliştirilmesi amacıyla belirlenen anneler ve çocuklar gibi hedef gruplar ile karıştırılmamalıdır. Geçiş dönemindeki toplumlarda çok az sabit grup vardır; onun yerine bir kaç lider, değişen liderlikler ve grup ittifakları vardır. Tüm bu liderler ve gruplar kendi iktidar temellerini güçlendirme çabası içerisindedirler. Bu karmaşık durumda sağlık personeli hangi grupla çalışacağını ve o grubun iktidarla ilişkisini dikkatlice incelemelidir. Daha da ötesinde, bazı varsayımlar sorgulanmalı, örneğin bazı

Sonuç olarak SGK hem toplum kavramı hem de eşit derecede önem taşıyan toplumun olası katılma yolları ve meydana geliş şekilleri üzerine çok titiz bir çalışma gerektirir.

5.2. SGK İçin Toplumların Güçlendirilmesinde Eğitim :

SGK için tüm toplumların güçlendirilmesinde geçerli genel bir eğitim süreci modelinin olmadığını söyleyerek bu konuya başlamak uygun olacaktır. Buna rağmen, büyük bir olasılıkla toplumları güçlendirme sürecine başlayabilmek için bir çeşit yapılandırılmış ve planlanmış eğitime ihtiyaç duyulacaktır. Öncelikle toplumların bir takım bilgi ve beceri eksiklikleri olduğu ve bunların giderilmesinin SGK için önkoşul olduğu varsayılır. Eğitim programları, halkın zamanı üzerindeki diğer talepler⁴ de göz önünde bulundurularak sınırlandırılabilir. Eğitim programları gayri-resmi bir şekilde yürütülerek, halkın katkıda bulunabilmesi için her türlü imkan tanınabilir. Ayrıca eğitim toplumun sosyal ve kültürel değerleri ile davranış biçimleri gözönüne alınarak, içeriğe özel olarak düzenlemeli ve yürütülmelidir. Tüm bunlara ek olarak, üzerinde durulabilecek bir kaç ortak konu vardır:

- Her eğitim faaliyeti Öncesinde toplumun sağlık kalkınması konusundaki bilgi ve beceri seviyeleri değerlendirilmeli ve analiz edilmelidir. Bu yolla gereksiz tekrarların engellenmesi mümkün olur.
- Prensip olarak eğitimin içeriği, mevcut bilgi ve beceri alanlarının üzerine kurulmalı ve varolan birikim yeni bilgilerle değiştirilmelidir.
- SGK'da toplum üyelerinin rolü Önemli bir konudur. Farklı roller, farklı bilgi ve beceri alanları anlamına gelir ve bunun da içerik belirleme konusunda doğrudan bir etkisi vardır.
- Toplumlar kendi eğitim programlarının içeriğinin belirlenmesi sürecinde rol almalıdır. Çünkü sonuçta eğitim programının uygunluğunu ve etkinliğini değerlendirme yetisine sahip olanlar sadece kendileridir.

Birleşik Tanzanya Cumhuriyetinde toplumun SGK için eğitiminin özellikleri

1. "Halk tarafından sağlık" kavramının anlaşılması
2. Diyalog için Önem taşıyan becerilerin geliştirilmesi
3. Liderliğin ve halkın katılımının teşvik edilmesi
4. Kalkınma girişimlerinde katılımın ve katılmamanın etkilerinin değerlendirilmesi
5. Herkes için sağlığın sürdürülebilir olmasının teşviki için faaliyette bulunulması
6. SGK için etkili örgütlenme ve destek mekanizmalarının belirlenmesi
7. Diğer konular:
 - Performans değerlendirilmesi ihtiyacı ve gelecek programlara karar verilmesi - Topluma uygun rollerin belirlenmesi ve dağıtımı

Toplumun SGK için eğitim içeriğinin belirlenmesine ilişkin, herbiri SGK'nın farklı kavramsallaştırmalarını yansıtan, iki geniş alan ortaya çıkar. Bunlar ;

(a) Geniş ölçüde sağlık programlarının uygulanması ile bağlantılı olan SGK. (b)Gelişmekte

⁴.Ekonomik aktivite, ev işi, tarımsal faaliyet gibi. (Ç.N.)

olan toplumun, sağlık meseleleri ve uygun cözümleleri konusunda duyarlılığını yansıtan SGK. Bu yorumların her biri, uygun ortamlarda anlamlıdır ve SGK için toplumun eğitiminin içeriği konusundaki kararlar söz konusu uygun ortamın gerektirdiği yorumu temel alacaktır. Yukarıda bahsedilen iki geniş alana özel içerikler aşağıdaki gibidir:

Sağlık programı uygulaması için yapılan eğitim kapsamına giren konular :

- sağlık politikaları, programları ve istatistikleri (toplumu mevcut sağlık düzeyi konusunda bilgilendirebilmeye olanak sağlamak için)
- sağlık hizmeti faaliyetlerinin yönetimi ve planlaması
- belli bir bölgedeki sağlık problemlerine yönelik belirli tıbbi beceriler ve teknolojiler
- sağlık faaliyetlerinin izlenmesi ve kaydedilmesi
- yazılı ve sözlü iletişim
- sağlık bilgilerinin toplanması, saklanması ve kullanılması.

Sağlık ile ilgili konuların anlaşılması ve bu konulara duyarlılık yaratılması için verilen eğitimde kapsanması gereken konular:

- belli bir bölgede sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutları,
- sağlık problemleri ile başa çıkmaya calışan kişilerin oluşturduğu grupların kurulmasına yardımcı olmak, beraber calışmak ve bu grupların ihtiyaç duyduğu becerilerin geliştirilmesi,
- sağlık kalkınmasında calışan diğer insanların bilgi ve becerilerinden yararlanabilmek için yetilerin geliştirilmesi,
- varolan durumun incelenebilmesi ve faaliyetler önerilebilmesi için analitik becerilerin geliştirilmesi,
- tartışma, pazarlık ve kamuoyu yaratma becerileri.

şüphesiz eğitim modelini, sadece yukarıda sayılan bilgi ve beceri alanları üzerine kurmak yeterli olmayacaktır. Yine de, Calışma Grubu sözü edilen konuların toplumların, SGK eğitimlerinde kullanılabilecek potansiyel konular olduğunu kabul etmiştir. Önemli olan eğitim programının varolan sağlık programları hakkında belli bilgilerin tek yönlü aktarımı ile sınırlı kalmaması ve halkın katılım sürecine dair bilgi ve becerilerin öneminin anlaşılmasıdır.

Calışma Grubu toplumun, sağlık kalkınması içerisinde sağlık personeli ile beraber ve birer eşit ortak olarak calışabilmesi için gereksinim duyabileceği birtakım özel becerilerin varlığına dikkat çekmiştir. Mevcut sağlık sistemi kapsamında düşünülmesi gereken bu beceriler aşağıdakileri kapsar:

Sağlık Sisteminin Dilini Konuşmak

- sağlık terminolojisine ve kavramlarına aşına olmak,
- öncelik ve programları ile birlikte bölge sağlık sistemi bilgisi,
- daha iyi sağlık koşulları sağlanması için diğer

sektörlerin ne gibi katkıları olabileceğini bilmek.

Toplumun Anlayışı

- sağlık ihtiyaçları konusunda anlaşmaya varmak
- fikirleri formüle etmek ve topluma aktarmak
- halk toplantıları yönetmek,
- sağlık hizmetleri ile olan çatışmalar idare etmek

İletişim Kanallarını Kullanma

- toplum ve sağlık hizmetleri arasında iletişim
- gayriresmi ve resmi toplantılara katılım
- uygun olan her durumda (örneğin, anket yapmak için) telefonda yararlanma.

Diğer Olası Gereksinimler

- *toplumun iç örgütlenmesi*
- sağlık faaliyetlerinin analizi ve değerlendirmesi,
- sağlık ile ilgili konuların sürekli sorgulanması ve incelenmesi.

5.3. Topluları Güçlendirmek İçin Yöntemler :

Çalışma Grubu, SGK için toplumların güçlendirilmesinin karmaşık bir iş olduğunu kabul etmiş ve hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın mutlaka aşağıdaki noktaların gözönünde bulundurulması gerektiğini düşünmüştür:

- Yöntemler toplumun kültür ve deneyimlerinden başlamalı ve onları temel almalı, aynı zamanda da geleneksel değerlere zarar vermemeye ve rahatsızlık yaratmamaya özen gösterilmelidir.
- Topluların güçlenmesi için yürütülecek ortak program için toplum ve partnerleri arasındaki iletişim ve bilgi akışı temel önkoşuldur.
- Güçlendirme süreci, sadece uzun değil kalıcı da olacaktır; zaman içinde toplumun karşılaşacağı sorunlar değişecektir ve yöntemler de bu değişiklikleri karşılamaya uygun olmalıdır.
- Güçlendirme, aşama aşama yapılmalı ve yönetim gibi diğer beceri eğitimlerinden önce olmalıdır.
- Güçlendirme, toplumun, eğitim amaçlarına, ders tanımlarına ve eğitim yöntemlerinin değerlendirilmesine katkıda bulunacağı ortak bir iştir.

Toplum içerisinde farklı grupların var olmasının eğitim için kullanılacak yöntemler ve malzemeler üzerinde bazı etkileri vardır. Dolayısıyla, belli özelliklere sahip bir grubun eğitimi için eğitimin çeşidine ve zamanına karar vermek çok önemlidir.

Bölge sağlık hizmetleri, toplum ve sağlık çalışanı arasında etkileşime olanak verecek ortamı yaratmalı, bu yolla toplumun eğitim metodlarının planlanması, denenmesi ve onlardan faydalanma aşamalarına katılımı teşvik edilmelidir. Seçilen yöntemler ve malzemeler ulaşılabilir, maddi olarak sahip olunabilir ve kültürel olarak kabul edilebilir olmalıdır. Çalışma Grubu SGTK için halkın eğitimi konusunda kullanılabilecek bir dizi metodu gözden geçirmiş fakat her türlü ortam için uygun evrensel metodlar olduğu fikrine karşı çıkmıştır. Halkın eğitimi için kullanılacak yöntemler, farklı toplumların varlığı gerçeğini yansıtır nitelikte olmalıdır. Dolayısı ile sağlık personelinin gerekli olduğunda özel durumlara uyarlanabilecek, katılımcı olmak kaydı ile, metodları kendilerinin seçebilmesi çok önemlidir. Sağlık gelişimine tek taraflı yaklaşımları pekiştirecek eğitim yöntemleri seçilmemelidir. Aşağıda sayılan yöntemler Çalışma Grubunun belirlediği yöntemlerden bazılarıdır.

- *Katılımcı Eylem Araştırması (Participatory Action Research) ve katılımcı yerel planlama:* Toplumun sağlık problemlerinin ve bu problemleri çözmeye yönelik faaliyetlerin yapısal sebepleri ve sonuçlarını tanımlaması ve incelemesine olanak veren bir yöntemdir. Katılımcı yerel planlama toplumun kendi sağlığı adına daha fazla sorumluluk almasına ve kendi sağlık gelişimini kontrol etme hakkını kullanmasına olanak verir.

- *Katılımcı Öğrenme* katılımcı eylem araştırması ve yerel planlamanın genişletilmiş halidir ve hem dahili hem harici bilgi biçimlerini temel alması gereken bir yöntemdir. Katılımcı öğrenme yaparak öğrenmeyi, oyunlar, şarkılar, halk hikayeleri, karşılıklı etkileşimle kukla gösterileri ve tiyatro yolu ile öğrenmeyi de kapsar.

- Sağlık faaliyetlerinin ve sağlık kalkınmasının içine dahil edilebileceği, yerel pazarlar, festivaller ve sosyal toplantılar *yerel iletişim mekanizmalarını* oluşturur.

- Farklı toplumlar arasında sağlık kalkınması konusunda *tecrübe paylaşımı*. Çalışma gezileri bu tür bir paylaşımı kolaylaştırıcı olabilir. Diğer sektörlerde (örneğin tarım gibi) değişim ajanı olarak çalışanlar da topluma ilgili konularda bilgi verebilirler.

- *Simulasyon (benzetişim) oyunlar*, toplumda, sağlık gelişimini etkileyen sosyal ve siyasal sorunlar ve bunlarla nasıl başedebilecekleri konusunda duyarlılık yaratmak konusunda etkili olabilir.

- Toplum üyelerinin katıldığı köy, köylerarası, bölgelerarası ve ulusal düzeyde yapılan *değerlendirme toplantıları*, sıradan halkla çalışanlar arasında karşılıklı etkileşimi teşvik edecek ve kendilerine güven kazanmalarını sağlayacaktır. Ayrıca değerlendirme toplantıları geri bildirim de sağlayacaktır.

- Özel bir sağlık gelişimi alanına odaklanmış *kampanya yaklaşımı*, halka sorumluluk alma tecrübesi kazandırma kapasitesi dolayısıyla toplum içindeki tüm grupların harekete geçirilebilmesinde kullanılabilir. Kampanya yaklaşımı özellikle kısa dönemde geniş katılım sağlamakta etkili bir yöntemdir.

- Eğer okul müfredatları, genel olarak temel sağlık hizmetleri ve sağlık gelişimi konularını da kapsamaya başlarsa, okul çocukları da SGTK'yı sağlamak konusunda faydalı olabilir.

5.4 Eğitimin Yürütülmesi :

Bölge sağlık yöneticileri, doktorlar, hemşireler, yardımcı personel ve halk sağlığı çalışanları belirli bir işe toplumu da katmaları istendiğinde bir takım problemlerle karşılaşmaktadırlar. Anında ortaya çıkabilecek birkaç soru şöyle sıralanabilir: Katılım nedir? Ben katılımı nasıl bileceğim? Katılımı nasıl tanımlayabilirim? Ve katılımı sağlamak için neler yapmam gerekir? Bölge yöneticileri sıklıkla bu soruların bir tarafa bırakıp SGK uygulamasını belirsiz kavramları temel alarak ve zayıf planlama ile yapmaya çalışırlar. Toplumsal kalkınma çalışanları, yetişkin eğitimcileri ve tarımsal yayım uzmanları, genellikle toplumla çalışmakta tecrübe birikimleri olduğundan, 'katılımın anlamı' konusunda daha net görüşlere sahiptirler.

Toplum katılımını teşvik etmek isteyen bir bölge sağlık hizmeti, toplumun harekete geçirilmesi, beceriler, grup dinamikleri ve toplum kalkınma yöntemleri konusunda personeli eğitip, topluma göndermelidir veya bu alanda deneyimi olan tarım sektöründen ve halk eğitimi alanından uzmanlarla ya da gönüllü kuruluşlar ile beraber çalışmalıdır. Eğer bir toplumun sağlık sistemi ile etkileşim ya da birlikte çalışma geçmişi yoksa, bu sürece toplumun eğitimi ile başlamak önemlidir.

Her durumda, sağlık sistemi, beklentilere, toplumdan gelen öneri ve taleplere zamanında ve etkili cevap vermeye hazırlıklı olmalıdır. Eğer sağlık personeli ve yöneticileri SGK sürecinin mekanikleri ve toplumsal ilişkilerin karmaşıklığı konusunda hazırlıklı olmazsa, toplumun güçlenmesi için eğitim verme girişimleri başarısızlıkla sonuçlanacaktır.

Buna ek olarak eğer sağlık sistemi, ihtiyaç ve taleplere zamanında ve etkili karşılık veremezse SGK süreci üretici olmaktan uzak olacaktır. Özellikle; bölge sistemi hizmet, malzeme, ilaç dağıtmıyor, sağlık eğitimi vermiyorsa ve sevk sistemi yoksa tüm SGK süreci tehlikeye düşecektir. Bu sonuçların ortaya çıkmasını önlemek için, sağlık sistemi, toplumun güçlendirilmesi sürecine başlamadan önce aşağıdaki 'olmazsa olmazlar' yerine getirilmelidir:

- malzeme, hizmet, işleyen sektörlerarası işbirliği, işleyen sevk sistemi,
- ekip olarak çalışabilen sağlık personeli,
- sağlık eğitimi ve eğitim materyali üretimi için kapasite,
- toplum sağlık çalışanlarının denetiminin de dahil olduğu bir bilgi sistemi,
- gelir getirici faaliyetler için bütçe,
- toplum katılımı konusunda kararlı, gönüllü kuruluşlar ve toplum kalkınma uzmanları ile bağlantısı olan eğitilmiş personel.

Tüm bunlar bölge sağlık yöneticilerinin temel sağlık hizmetleri ve SGK'yı hayata geçirebilmek için eğitilmek zorunda oldukları anlamına gelir. Yöneticilerin eğitimi, planlama, personel yönetimi, kendi sistemleri içerisinde tartışma ve lobiciliğin yanı sıra katılımcı planlama, izleme ve değerlendirmeyi de kapsamalıdır.

Seçilmiş toplum üyelerinin katılım konusunda eğitimi üzerine bir yaklaşım: Sri Lanka

1. Bir katılımcı eğitim programı 20 kişiyi geçmeyen küçük gruplarla, eğitici ve eğitilenlerin eşit şartlarda olduğu ortamlarda yürütülür.
2. Başlangıç noktası katılımcıların halihazırda toplumla çalışmak konusunda varolan tecrübelerine toplu bir bakış ve bunların analizidir.
3. Sonraki adım katılımcıların kendi bilgi ve tecrübelerine dayanarak köyün toplumsal gerçeklerini analiz etmesidir.
4. Bu mikro-analizi, makro-analiz takip eder. Ulusal ekonominin, siyasetin ve toplumun önemli özellikleri tartışılır ve ilgili görüldüğü durumlarda ulusal ve uluslararası güçlerin çalışması da gündeme getirilebilir.
5. Takip eden adımda eğitim programı sahada yürütülür. Katılımcılar toplum içinde yaşayacakları seçilmiş köylere giderler ve gerçek yaşam şartları üzerinde çalışırlar.
6. Sahadayken eğitilenler halkı kendi konularına anlama ve analiz etmek için harekete geçirmeye çalışırlar.
7. Saha çalışmalarına devam ederken, eğitilenler düzenli olarak tecrübelerini paylaşırlar ve toplu olarak üzerine yorumlar yaparlar. Sahada çalışmayı takip eden toplu analiz ve yansıtma şeklini alan öğrenim süreci, katılımcıların, yaptıkları işin kalitesini geliştirmelerini ve onu daha iyi anlamalarını sağlar.

6- SGK'nin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Sağlık programlarında SGK'nin değerlendirilmesinde, sağlık personeli, geçmişte geleneksel olarak sağlık ölçütlerini değerlendirmekte kullandıkları epidemiyoloji araçlarını kullanmışlardır. 'Ne kadar ve nasıl toplum katılımı hastalıkları önler ve sağlık durumunu iyileştirir?' sorusunu sormuşlardır. Bununla beraber 1960'lar ve 1970'lerde sağlık konusundaki iyileşmelerin sosyal ve ekonomik faktörlerle bağlantısının gündeme getirilmesi ve sağlığın da kalkınma içerisinde anılmaya başlanması ile SGK konusunda görüşler değişmiştir. SGK sadece bir tıbbi program değil bir *süreç ve sonuç* olarak görülmeye başlanmıştır.

SGK'nin nasıl tanımlandığı çok önemlidir, çünkü nasıl tanımlandığı nasıl değerlendirileceğini de belirleyecektir. Örneğin, eğer, SGK toplumların sağlık hizmetlerinden elde ettiği *faedalar* bakımından tanımlandığında, değerlendirme de bu hizmetten gerçekten faydalanan insan sayısına dayanacaktır. Fakat, SGK kişilerin kendi sağlığı için sorumluluk almaya başlamaları süreci olarak tanımlanır ve amacı kişilerin sağlık programlarının planlama ve uygulanmasına katılmaları olarak koyulursa, değerlendirme de aktif katılımın ölçülmesine dayanacaktır. SGK'nin süreç olarak tanımlanması izleme ve değerlendirmede daha aşına olunan kantitatif yaklaşımlar yerine kalitatif faktörlere bakılmasını öngören yeni bir bakış açısını gerektirir.

İzleme, değerlendirme ve planlama arasındaki ilişki çok önemlidir. SGK'da temel fikir, halkın kendi ihtiyaçlarının öncelik sırası ile belirlenmesinde, bu ihtiyaçların karşılanması için alınacak önlemlerin planlanması ve yürütülmesinde rol almalarıdır. Önceliklerin belirlenmesi ve planlanması ile gerçek katılımcı önlemleri, etkisi ve sonuçlarını kapsayan değerlendirilecek faktörler de belirlenmiş olur. İzleme ve değerlendirme planlama sürecinin devamıdır ve aynı zamanda toplum katılımının bir parçasıdır.

Öncelikler ve eylem planı özel bir takım kavram ve durumlara istinaden yerel olarak belirlendiğinde, izleme değerlendirme de yerel olarak yürütülebilir ve yürütülmelidir. Bundan dolayı da, SGK değerlendirmesinde kullanılabilecek evrensel uygulanabilirliğe sahip bir model geliştirmek mümkün değildir çünkü neyin nasıl değerlendirileceği genel durum ve koşullara göre değişiklik gösterecektir. Buna rağmen yine de birtakım yol gösterici önerilerde bulunmak ve daha önceden kullanılmış ve yerel özelliklere uyum sağlayabilecek örnek yaklaşımlar gündeme getirmek mümkündür.

Öncelikle SGK'nin izleme değerlendirmesinin hizmet edebileceği amaçları gözden geçirmek yararlı olacaktır. SGK'yı değerlendirmenin belli başlı ve önemli sebepleri şunlardır: daha fazla hakkaniyet, etkinlik ve etkililik için katılımı sağlamak üzere önerilen yol gösterici prensiplerin takip edildiğinden emin olmak; etkisini ve etkinliğini ölçmek; ve SGK için desteğin gerekçelerini göstermek. Belki de daha önemlisi, değerlendirme sonucunda oluşacak geri bildirimin SGK sürecini güçlendirmesinin yanı sıra, SGK hakkında elde edilecek bilgi ve anlayıştır. Toplumun neler yaptığının değerlendirilmesi daha sonraki katılıma hız kazandıracak ve sağlık personelinin sürece daha fazla destek göstermesini sağlayacaktır. Bu da, sürecin sürdürülebilirliğine katkı da bulunacaktır. Yani değerlendirme kaynakların kontrolü ve kullanımı yerine SGK sürecini iyileştirme ve güçlendirmeye odaklanmalıdır.

İzleme, SGK'yı değerlendirme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. İlgili göstergelerin sürekli ve dikkatli izlemi, değerlendirme yapabilmek için ve hatta daha da önemlisi planlar uygulanmaya başlandığında ihtiyaç duyulabilecek düzeltmeler için veri sağlar.

Kolaylıkla karışıklığa yol açabileceği için 'SGK'yı değerlendirme' ve 'katılımcı değerlendirme, arasındaki farklılığı netleştirmek gerekir. *SGK'nın değerlendirilmesi* ile kastedilen bir sağlık programına katılımın değerlendirmesidir. Bu tür bir değerlendirme katılımcı bir şekilde yürütülebilir, hatta yürütülmelidir de, fakat durum her zaman böyle olmaz. *Katılımcı değerlendirme* herhangi bir değerlendirme türünde, SGK da dahil olmak üzere bir teknik olarak kullanılabilir. Yani SGK'nın değerlendirilmesi ile tıp tıp aynı şey değildir.

6.1 Konular ve Yaklaşımlar

Daha önce de belirtildiği gibi SGK hakkında iki tane birbiri ile çelişen görüş vardır: SGK'yı sağlık programlarının bir parçası ve girdisi olarak gören geleneksel epidemiyolojik görüş ve daha yakın zamanlarda kabul gören SGK'yı süreç olarak kabul eden görüş. Şunu da belirtmek gerekir ki uygulamada bu iki görüş arasındaki fark bu kadar net değildir. Her iki görüş de aşağıda farklı sorular bağlamında incelenecektir.

6.1.1 SGK'nın Amaçlarını Kim Belirler?

Bu soruyu cevaplamak için öncelikle sağlığı kimin tanımladığını bilmek önemlidir. Modern tıbbi tanımlama, özellikle tıp görüşlerinin uzun bir geleneksel kültürle beslendiği ve günümüz Batı ülkelerinkinden oldukça farklılık gösterdiği toplumların tanımlamasından farklı olacaktır. Sonuç olarak, sağlık, Batı tıp okullarında eğitim görmüş doktorlar tarafından belirlendiğinde, kimin, neden ve nasıl katılacağı konusundaki görüşler Batı-dışı toplumlarının görüşlerinden farklılık gösterecektir.

Sağlığın nasıl tanımlandığının SGK amaçları üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. Tecrübeler göstermektedir ki sağlık programlarının planlanması 'sağlık yönelimliler' yerine 'tıp yönelimliler' tarafından yapıldığında SGK'nın amacı sağlıkta iyileşmeyi sağlamak için toplum üyelerini uzman tavsiyelerine uyar hale getirmek olarak konmaktadır(13). Eğer, SGK toplum kalkınması uzmanları ve sosyal planlamacılar tarafından düzenleniyorsa, amaç, toplum üyelerinin kendi sağlık programlarını planlama, yönetim ve izlemesinde sorumluluk alır hale getirilmesi olarak belirlenecektir.

Başka bir deyişle soru; SGK'nın amacının yoksul ve mağdur (marjinal) insanlara sağlık statüsünü iyileştirecek yönetsel araçları sağlamak mı, yani nihai amaç için araç mı olması gerektiği; yoksa insanların sağlıklarını geliştirmek için kendi kararlarını verebilmeleri yolunda güçlendirilmeleri mi, yani nihai amacın kendisi mi olması gerektiğidir. SGK'nın izleme ve değerlendirmesi bağlamında ise herşey beklenen sonuca bağlıdır.

Gerçekte şüphesiz değerlendirme sürecinde bir takım katılımcılar olacaktır. Sıkça rastlansa da hedefler sadece sağlık hizmetleri tarafından belirlenmemelidir, bunun yanı sıra, hedeflerin belirlenmesi sadece topluma da bırakılamaz. Ayrıca hükümet dışı kuruluşlar ve diğer sektör temsilcileri gibi ilgili birimlerin de hedef belirleme süreci içerisinde sesleri duyulmalıdır. Amaçların belirlenmesi aslında farklı derecelerde sorumlulukları olan bir dizi kişi ve kuruluşu içine alır.

6.1.2 Ne ölçülecek?

Çalışma Grubu amaçları kimin belirlediğinin, 'neyin ölçüleceği' sorusu ile doğrudan bağlantılı olduğuna dikkat çekmiştir. Daha Önce de belirtildiği gibi epidemiyolojik yaklaşım daha çok girdi ile ilgilenir. Ancak Çalışma Grubunun görüşü "süreç"in değerlendirilecek en önemli faktör olduğu yönündedir,

SGTK'nın sonucu kantitatif (elle tutulur ve fiziksel) bir sonuç olabilir, ama sonuçların daha önemlisi kalitatif değişme süreci ile ilgili olandır yani daha az gözlenebilir ve ölçülebilir olan ama neler olup bittiğini anlamak için hayati olan şeylerdir. SGTK'nın kendi kendine ne türde ve ne derecede yönleneceğini tam olarak söylemek çok zordur. SGTK'nın bu önceden tahmin edilemez doğası değerlendirmeyi daha da karmaşık bir hale getirir.

İlgili sonuç ve süreçlerin değerlendirilmesi son derece karmaşıktır ve değişik durumlarda gözönüne alınmalıdır. Bunların arasında üç tanesi özellikle önemli görünmektedir. Birincisi bireysel katılımın olduğu durumdur. Bu durum, en alçak basamağı uzmanlar tarafından yönlendirilen toplumların en üst basamağında da vatandaşların sağlık programlarına tam katılımının olması halinin bulunduğu bir katılım merdiveni ile tanımlanabilir. Bu kapsamda izleme ve değerlendirme toplum içerisinde bireyin sadece programın faydalanıcısı olarak mı, yoksa programların üzerinde değişen derecelerde kontrolü olan mı olarak görüldüğü ile ilgilenir(14).

İkinci durum ise yönetsel olandır. Yönetsel düzeyde, toplum katılımı için sağlanan mekanizmaların değerlendirilmesi gereklidir. Sağlık programlarında bu mekanizmalar sıklıkla toplum sağlığı çalışanları ve sağlık komiteleri etrafında geliştirilmiştir. Fakat artık toplumun daha yüksek yönetsel düzeylerde temsil edilmesi ihtiyacı vardır. Bölgesel sağlık sistemlerinin geliştirilmesinin artan bir şekilde vurgulanmaya başlanmasıyla SGTK için uygun mekanizmalar geliştirme ihtiyacı artmıştır. Bu noktada mesele sözü edilen mekanizmaların hem sağlık personelinin, hem de toplum liderlerinin desteğini alarak geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri için daha önceden varolmayan toplum yapıları yaratılmasıdır. Bu düzeyde SGTK izleme değerlendirmesinde bakılması gereken hangi mekanizmaların varolduğu ve varolan bu mekanizmaların katılımcı planlama sonuçlarıyla hazırlanan eylem planına istinaden nasıl işlediğidir (15).

Sonuncusu siyasi kontrol kapsamıdır. Bu kapsamda merkezi konu toplumların katılım derecesidir. Bir çalışma katılımın üç aşaması olduğunu tespit etmiştir(16). Birincisi toplumların sağlık programlarından yararlandığı ve bir tür marjinal katılımın söz konusu olması durumudur. İkinci ise insanların kendi önceliklerini belirlemeye aktif olarak katılmaları ve özde/gerçek (**substantial**) katılım denilen durumun olması halidir. Son olarak insanların kalkınma sürecine aktif olarak ve doğrudan müdahale ettiği yapısal katılım aşaması bulunmaktadır. SGTK'nın bu bağlamda izlenip değerlendirilmesi için sağlık programlarının içinde yer aldığı sosyal, ekonomik ve siyasi sistemin bütününcü incelenmesi gereklidir.

Çalışma Grubu SGTK'nın izleme-değerlendirilmesinin, SGTK sürecinin uzun vadede sürdürülebilirliğini sağlama düşüncesi ile, özden ve yapısal denilen katılım biçimleri üzerine odaklanması gerektiği üzerinde durmuştur.

6.1.3 SGK nasıl ölçülecek?

Neyin ölçüleceği sorusunun tam ve yeterli bir biçimde cevaplandığını varsaydığımızda, yeni bir karar gündeme gelir; *nasıl* Ölçeceğiz?

Geleneksel olarak sağlık programlarının izleme değerlendirmesi, epidemiyolojik veya ekonomik ölçümlerin kantitatif değerlendirmesine dayalı olarak yürütülmüştür(17). Sağlık hizmetleri sunumu, kapsamı ve sağlık durumu, alternatif sağlık müdahalelerinin maliyet-etkililiği veya programın geliştirilmesine yönelik finansal dağılım kararlarının maliyet-yarar doğurgusu gibi epidemiyolojik konulara odaklanmıştır. Bu bağlamda SGK programın amaçlarını gerçekleştirmek için bir müdahale veya girdi olarak görülmüştür. Bununla beraber nasıl sürdürebileceğine dair gerekli bilginin olmaması yüzünden SGK nadiren değerlendirilmiştir (örneğin bakınız 17).

SGK'nın kantitatif olarak değerlendirilmesinin farklı çıktıları vardır. Bunların arasında en Önemlilerinden birisi herkesin ulaşmayı hedeflediği bir standardın varlığıdır. Bu tür standartlar bazı yargıların yerel çevre kısıtlamalarını gözönüne almaksızın programa aktarılmasına sebep olabilir. Gerçekçi olmayan hedefler ortaya koyulabilir ve bunlara ulaşamamaktan kaynaklanan hayal kırıklıkları programa zarar verebilir.

Tüm bunlara ek olarak kantitatif yaklaşımın süreç içerisindeki değişimleri değerlendirmek anlamında sınırlılıkları vardır. Bu tür sınırlılıklar kendini en canlı bir şekilde SGK'nın küçük ölçekli topluma dayalı sağlık programlarındaki uygulamalarında gösterir. Her ne kadar program planlamacıları kimi zaman toplum üyelerinin bir çoğunu hatta tümünü harekete geçirebilmiş, toplantılara katılmalarını ve hatta toplum sağlık çalışanlarını seçmelerini sağlayabilmişlerse de, bu programlar uzun süreli/sürdürebilir olamamışlardır. Dolayısıyla toplum üyelerinin tavır ve düşünceleri ve değişimi tanımlayacak süreç göstergelerindeki farklılaşmayı yansıtabilmek için kalitatif ölçümlere net bir ihtiyaç söz konusudur(18).

Sağlık programlarının değerlendirilmesine kantitatif ve kalitatif yaklaşımlar arasındaki ayrım aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- (a) *Kantitatif görüşler*
ölçüm----- yargı
- (b) *Kalitatif görüşler*
tanımlama ----- yorumlama

Genel olarak ifade etmek gerekirse; kantitatif izleme sürekli veri toplama ve toplanan verileri farklı aşamalarda kümelendirilebilecek sayısal biçimde sunmayı gerektirir. Bu veriler daha sonra programın kalitatif olarak belirlenmiş amaçları ile karşılaştırılır ve sonucun tatmin edici olup olmadığı konusunda yargıda bulunulur.

SGK'nın kalitatif izleme değerlendirilmesinin yapılması belli bir zaman dilimi içerisinde sürecin özelliklerini tanımlaması ve elde edilen bilgilerin sağlanan toplum katılımının doğası ve boyutunu daha iyi anlayabilmek için yorumlanması ile ilgilidir. Kalitatif izleme bir sürecin gelişimi üzerine düzenli/sürekli olarak bilgi toplamayı ve kantitatif izlemeden daha Öznele yargılarda bulunmayı ve elde edilen bilginin farklı sunumunu gerektirir. Bu tür bir izleme

sürekli olarak ama değerlendirme periyodiktir ve planların neden gerçekleştiği yada gerçekleşmediği üzerinde durmayı gerektirir.

SGTK'nın kalitatif göstergeleri, normalde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan ve eylemler, üretkenlik, faydalanma ve hizmetlerin kalitesine odaklanan göstergelerden kavramsal olarak farklıdır. SGTK'nın kalitatif göstergeleri toplumdaki potansiyeli gösterebilmenin yanı sıra sağlık programlarının toplum tarafından kabul edilme veya reddedilme durumunu belirleyebilmek için, toplumsal dinamiklerdeki değişimleri tanımlamalıdır. Toplamların katıldıkları faaliyet türleri, katılım yoğunluğunun derecesi, sürecin farklı noktalarında kaç kişi ve kimlerin dahil olduğu, katılım mekanizmalarının nasıl işlediği ve farklı faaliyetlerin insiyatifini kimin, neden üstlendiği tanımlanmalıdır. Yani kalitatif göstergeler zaman içerisindeki değişimlere ve asıl amaca doğru ilerleme kaydetme veya bu amaçtan uzaklaşma ile ilgilidir.

Kalitatif göstergeler örgütlenme göstergeleri veya grupların iç yapılanmaları ve liderlik gelişimi ile ilgili göstergeleri de kapsayabilir. Grup davranışları, üyelerin değişen katılım biçimleri, dayanışma ve ortak iradenin ortaya çıkışı, problemleri analiz etme ve öncelik sırasına sokabilme yetisinin incelenmesi ile değerlendirilebilir. Grubun kendi kendine yetebilirliği/kendine güvenine dair göstergeler, grubun faaliyetleri önermesi ve hesaba katması, proje personeli ve kolaylaştırıcıları (facilitators) ile değişen ilişkileri, grupların kimlik kazanması ve bağımsız grup faaliyetleri konularında artan yetilerini kapsar (19).

Kantitatif göstergeler : Toplumun hangi kesiminin yararlandığını gösteren rakamlar, yararların kantitatif değerlendirmeleri, aktiviteleri sürdürme yeteneği; organizasyona ilişkin göstergeler (mevcut organizasyon üyesi olan kişi yüzdesi, toplantılara katılım **sıklığı**, üye artışı); katılım göstergeleri (oluşturulan proje grubu sayısı, grup toplantılarına katılım ve kişi-gün olarak işgücü katkısı), gelişimin etkisine ait göstergeler (eğitilen kişi sayısı, ilgili gruplarla kurulan bağlantılar, oluşturulan grupların sürekliliği) gibi ekonomik göstergeleri kapsar.

Göstergeler, SGTK'nın amaçlarına ulaşması ışığında planlama sürecinde dikkatlice belirlenmelidir. Özel sağlık proje ve programları öncelik ve amaçlarına ve bu programların içerik ve yürütülmesine ilişkin özel göstergeler saptanmalıdır. Bunların öncelikli olarak çalışmanın erken döneminde de geliştirilmesi gereklidir. Böylelikle, program başlamadan önce veri tabanı elde etmeye yönelik bilgi toplanabilir.

Endonezya ve Birleşik Tanzanya Cumhuriyetinde uygulanan gıda ve beslenme programlarında SGTK göstergeleri

-*İhtiyaç değerlendirmesi*, yani yerel sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesinde toplumun katılımının boyutları

-*Örgütlenme*, yani bölge halkının katılımını sağlayacak uygun sistemin geliştirilmesi

-*Liderlik* ve yerel toplumun otonomisi

-Halkın katılıma yönelik önemli yetiler geliştirebilmesi için *eğitim*.

-*Kaynakların harekete geçirilmesi*, yani yerel emeğin, zamanın ve paranın sağlık programlarına destek sağlamak için seferber edilmesi

-*Yönelim*, yani yerel düzeyde halkın sağlık programlarının sorumluluğunu alabilmeleri için gerekli becerilerinin geliştirilmesi

-Sağlık gelişimini artırmak için toplumca *eylem* geçilmesi

6.1.4 SGK'yı kim izleyip değerlendirecek? Sağlık personeli mi, toplum mu?

SGTK değerlendirmesine dair sorul ab ilecek son soru değerlendirmeyi kimin yapacağıdır. Modern sağlık hizmetleri genelde belli bir eğitim almış ve belirli becerileri olan kişilerce uygulanabilen özelleşmiş aktiviteler olarak kabul edilmiş, sıradan insanların medikal sürece herhangi bir yerinden girmeleri güçlü bir muhalefetle karşılanmıştır. Buna rağmen son yıllarda, toplumda bu hizmeti alanların da iyileştirme sürecindeki rolleri tanınmaya başlanmış ve temel sağlık hizmetlerine katılımı resmi olarak da kabul edilmiştir. Şimdilerde, sağlık kaynaklarının kullanımının değerlendirmesi, izlenmesi ve sağlık aktivitelerine katılımı, sıradan insanların hem hakkı hem de görevi olarak görülmektedir. Sağlık personeli, sağlık programlarının geliştirilmesi sürecine, bu hizmetten yararlanacakların katılımına izin vermez ise, o zaman topluma dayalı hizmetlerin "toplum destekli" olmaktan çok "toplum tarafından rededilen" hizmetler olacağı yolunda tartışmalar vardır(7).

Aynı zamanda hem sağlık problemlerinin tanımlanması hem de önerilen çözümlerin değerlendirilmesinde, hizmetlerden yararlananların katılımı ile birçok avantaj sağlanılacağına inanılmaktadır. Sağlık programı için toplumun inancının kazanılması, toplumun sağlık düzeyini yükseltecek yeni beceri ve tutumlar kazanması bu avantajlar arasında sayılabilir(20).

6.2 Değerlendirme Metodolojileri

SGTK'nın izlenmesi ve değerlendirilmesi için geliştirilmiş birkaç farklı metodoloji vardır, bunlardan bazıları aşağıda özetlenmiştir. Daha önce de tartışıldığı gibi, bu metodolojiler de evrensel değildir, yerel düzeyde toplumun katkısı ile belirlenmiş amaç ve yöntemlere, yerel düşünce ve durumlara uyarlanması gerekir. Bu örnek metodolojilerin vurguları katılım üzerinedir; dolayısıyla da, SGK ruhuna uygundur. Bununla beraber tamamen dışsal değerlendirme yöntemleri de sıklıkla kullanılmaktadır ve zaten bazı durumlarda gerekli de olabilir.

SGTK izleme değerlendirmesi için anahtar tekniklerden biri katılımcı değerlendirmedir. Bu tür bir değerlendirme, toplum üyeleri veya gruplarının sağlık personeli ile birlikte neyin izlenip değerlendirileceğine, göstergelerin seçimine ve bilgi toplama ve analizinin planlamasına katılması durumudur. Katılımcı değerlendirme başlıbaşına bir SGK biçimidir. İzleme ve değerlendirmeye katılım içsel güçlenmeye, ortaklık anlayışının gelişmesine, toplumların ve sağlık personelinin birlikte çalışma yetilerinin pekişmesine ve eldeki problemleri çözmek için tecrübelerini biraraya getirmeye katkıda bulunacak bir öğrenme tecrübesidir.

Bir çok kalkınma kuruluşu katılımcı planlama ve değerlendirme yöntemlerinin gerekliliğini tanımış ve bunların sistematik bir şekilde uygulanmasını teşvik etmeye başlamışlardır. Bir çalışma (20) katılımcı değerlendirmenin belli başlı adımlarını şöyle belirlemiştir:

- katılımcı bir yaklaşımı benimsemek için ortak karar,
- amaçların belirlenmesi,
- değerlendirmeyi planlamak ve örgütlemek üzere bir grup koordinatör seçmek,

- yöntemlerin seçimi, Örneğin soru formları, izleme kayıtlarının analizi gibi,
- bir değerlendirme planı geliştirme,
- araçların ve yöntemlerin hazırlanması ve denenmesi ve kullanımı için eğitimlerin tamamlanması,
- bilgi toplanması,
- bilgi ve verilerin analizi,
- raporlama/geri bildirim ve sonuçların tartışılması,
- sonuçların nasıl kullanılacağına karar verilmesi.

Başka bir değerlendirme yöntemi (21) de SGK süreci ile ilgili bir dizi faktörü inceler, bunlar:

- ihtiyaç değerlendirmesi
- liderlik
- örgütlenme
- kaynakları harekete geçirme
- yönetim
- yoksullara odaklaşma. .

Her faktör için geniş katılımın (toplum üyelerinin, uzmanların yardımı ile planlama, uygulama ve değerlendirmeye dahil olmaları durumu) bir ucunda, sınırlı katılımın (uzmanların tüm kararları vermesi durumu) diğer bir ucunda bulunduğu bir düzlem önerilebilir. Her faktör için bu düzlem, söz konusu alanda katılımın derecesini gösterecek bir dizi noktaya bölünür. Bu değerlendirme yöntemi, SGK sürecinin farklı noktalarında uygulanarak değişimi tanımlamaya ve farklı alanlarda katılım sürecinin ortaya çıkışını göstermeye yarar. Gerekli bilgiyi toplamak için bir yöntem olarak katılımcı eylem araştırması tavsiye edilir, şüphesiz bu harici değerlendirmeciler tarafından da yapılabilir.

Latin Amerika'da yapılan bir çalışma SGK değerlendirmesi için, kullanılan yönetim türüne, katılım bütünlüğünün boyutuna ve toplum desteği ve finansmanına odaklanarak kalitatif ve kantitatif yaklaşımları birarada kullanmayı denemiştir. Bu yöntem katılımı farklı alanlarda sayısal olarak derecelendirir. Bu yolla katılımı standartları çıkarılarak zaman içinde ve programlar arasında karşılaştırmaların yapılabileceği düşünülmüştür.

Asya ve Latin Amerika'da yapılmış bir araştırmayı temel alan başka bir çalışma(19) da SGK'nın değerlendirmesinin (tercihen katılımcı bir yöntem uygulayarak) kalitatif ve kantitatif bilgi sağlamak için aşağıda sayılan anahtar öğelerin sürekli izlenmesine dayanmasını tavsiye eder:

- ortak grup çalışması gibi grup faaliyetleri,
- grup davranışlarında değişiklikler, örneğin; grup toplantılarının doğasında ve uzlaşma ve anlaşmazlıkların meydana gelme sıklığında ve liderliğin ortaya çıkışındaki değişiklikler gibi,
- grup eylemi ve söylemi, örneğin; grubun bağımsız eylemleri ve diğer grup ve örgütlerle ilişkilerinin boyutu ve doğası gibi,

- grup içi ilişkiler, örneğin; belli bir zaman dilimi içerisinde ilişkilerdeki değişimin boyutu ve doğası gibi.

Alman Teknik İşbirliği Kurumu (German Agency for Technical Cooperation) tarafından kullanılan, "Zopp" (hedefe yönelik proje planlaması) adı ile resmileştirilen proje planlaması giderek yaygınlaşan, karşılıklı öğrenme yaklaşımına dayalı katılımcı yöntemlere bir örnek olarak verilebilir. Proje takımından, sponsorlardan ve hedef gruptan temsilciler bir haftalık bir planlama semineri için biraraya gelirler. Bu toplantıda ortaklaşa problem analizi çalışmasını, amaçların strateji seçiminin ve gösterge formülasyonlarının incelenmesi takip eder. Planlamacılar amaçlarını, uygulamacı proje ekibi ve toplum temsilcileri ile tartışmalıdırlar; çünkü yerel bilginin sonuç üzerinde doğrudan bir etkisi olabilir. Ana hatları ile bahsedilen bu yaklaşım tam bir toplum katılımını garanti edemeyebilir, yani toplum çıkarlarının sağlık personeli tarafından göz ardı edilme tehlikesi yine de vardır, ama, söz konusu yaklaşım en azından karar verme sürecine katılımı kolaylaştırır/teşvik eder. Yerel düzeyde, geri bildirimin olduğu ve değerlendirme sonuçlarının tartışıldığı benzer katılımcı program değerlendirme örnekleri toplumları faaliyete geçirmektedir ve eskisine göre daha yaygın kullanılmaktadır(23).

6.3 Eğitim ve Destek :

Katılımcı yöntem kullanarak SGK'nın izleme ve değerlendirilmesi eğitim ve destekleyici denetim gerektirir. Toplum bireyleri ve sağlık personeli bu sorumlulukları almaya yönlendirilmeli ve hazırlanmalıdır. Farklı katılımcı grupların farklı şekil ve düzeyde eğitime ihtiyaç duyduğu gözönünde bulundurulmalıdır. Hem yönetsel hem de teknik anlamda yönlendirme devam eden bir süreç olmalıdır. Bölgesel düzeyde eğitim ve yönlendirme için yeterli kaynak ayırılmaması durumunda, SGK'nın izleme ve değerlendirmesinde kullanılan katılımcı yaklaşımların başarılı olma şansı çok düşüktür.

7. Sonuçlar:

Çalışma Grubu tüm dünyada milyonlarca insanın sağlık koşullarının sürekli kötüye gittiği gerçeği ile toplandı. Birçok sağlık bakanlığı yetersiz kaynaklarla faaliyet göstermeye çalışmakta ve uluslararası ekonomik güçlükler de durumu daha da kötüye götürmektedir. Bu durum bakanlıkların sağlık hizmetlerini artırmalarını veya kapsamını genişletmelerini neredeyse imkansız hale getirmektedir. Tüm bunlara ek olarak, birçok ulusal sağlık sistemi halen, temel sağlık hizmetleri yaklaşımını benimsemek yerine, tedavi odaklı tıbbi yaklaşımları tercih etmektedir.

Bu nedenle Çalışma Grubu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında kökten bir değişikliğe yol açmak ve daha etkin bir sağlık kalkınması sağlamak yolunda SGTK kavramının önemi üzerinde durulmuştur. Grup, SGTK taraftan söylemleri, sadece temel sağlık hizmetlerinin önemli bir Ögesi olarak değil, aynı zamanda da sağlık gelişiminin temel prensiplerinden biri olarak benimsemiş ve uygunluğuna inancını dile getirmiştir. Ülkelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve sağlık gelişimini sağlamak için SGTK'nın olağanüstü potansiyelini farketmeleri çok önemlidir. Bu bağlamda Çalışma Grubu tüm ülkelere, sağlık sistemlerini SGTK'yı ciddiyle gözönünde bulunduracak şekilde yeniden yapılandırmaları yolunda tavsiyede bulunmuştur. SGTK'nın potansiyelinin geniş kabul görmesine ve prensibine bağlılığın yaygınlık kazanmasına rağmen, Çalışma Grubu daha yapılacak çok şeyin olduğu sonucuna varmıştır.

Çalışma Grubu gelineen durumda ihtiyaç duyulanın, ülkelerin, özellikle bölgesel düzeyde, yoğunlaştırılmış bir eylem dönemine girmeleri olduğunu belirtmiş ve ülkelere gerekli yapıları oluşturmaları ve SGTK'yı geliştirmek için gereken personel eğitimlerini yapmaları tavsiyesinde bulunmuştur. Fakat bu tür faaliyetlerin ancak ulusal düzeyde temel sağlık hizmetleri ve toplum katılımı kavramlarına siyasi bir bağlılıkla desteklenirse etkili olacağını belirtmiştir. 1985'de Yugoslavya'nın Brioni kentinde düzenlenen SGTK konulu D.S.Ö. bölgelerarası toplantısından bu yana çok şey başarılmıştır, ama artık daha somut faaliyetlerde bulunmak zamanıdır.

Çalışma Grubunun vardığı sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Günümüz tıp ve sağlık uygulamaları düşünüldüğünde kapsamlı ve etkili bir SGTK anlayışından çok uzakta olduğumuzu görürüz. Sağlık bakanlıkları hastalıkların tedavisine odaklanmış ve insanların sağlıklı olma hakkı ve bu hakların nasıl elde edileceği konusunda bilinçlendirilmeleri ile uğraşmamışlardır. Pek çok önlenbilir sağlık problemleri hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelere insanları etkilemeyi sürdürmektedir ki bu problemlerin insanların, sağlık kalkınmasına katılımı ile başarılı bir şekilde ortadan kaldırılması mümkündür.

2. Bir çok ülkede temel sağlık hizmetlerinin temel prensiplerinden biri olarak SGTK hala ve çoğunlukla toplum dışından belirlenmiş sağlık programlarını desteklemek üzere toplum kaynaklarının harekete geçirilmesi olarak algılanmaktadır. Ülkelerin çoğunluğu sağlığın gelişimi için toplum katılımı (özellikle karar verme aşamasında) konusunda yeterli kararlılığı göstermemektedir.

3. Genel olarak sađlık programlarında SGK'nın teřvik edilmesi ve uygulanması üzerine yeteri kadar dūřunūlmemiřtir. Sıklıkla SGK için gerekli yapılar dūřunūlmeksizin ve isteksizce oluřturulmuř, destek ve kaynak eksikliđi nedeni ile bařarısız olunmuřtur. Daha da ötesinde birçok durumda bu yapılar dıřardan empoze edilmiř ve uygun geleneksel yapılanmalar göz ardı edilmiřtir.

4. Sağlık sistemi içinde SGK' nın teşvik edilmesi gerçekçi olmayan bir şekilde ne ynlendirilememiş ve zendirilememiş (yönetimsel, maddi, vs.) sağlık personelinin beklenmektedir. Bu, kaçınılmaz olarak sağlık personelinin SGK' ya yeterli şekilde destek vermesini sınırlamaktadır.

5. Yerel kişilerle sıkı fikir alışverişi içinde oluşturulacak bir dūřunme sūreci SGK' nın başarıyla uygulanması için esastır. Bu sūre mutlaka katılımcı olmalı ve toplumların katılımının önemli bir rol oynadığı bir dizi adım ve önlemi temel almalıdır. Bununla beraber, evrensel bir SGK modeli yoktur, sadece diğer kalkınma sektörlerinin tecrūbelerinden çıkarılabilecek alternatif yöntem ve yaklaşımlar önerilebilir. Özellikle katılımcı eylem araştırması ve yerel katılımcı planlama yöntemlerinden çıkarılabilecek çok řey vardır.

6. Sağlık sisteminin değişik seviye ve sektörleri arasında etkili bir koordinasyon SGK için yaşamsaldır. Bir çok ülkede bu tūr bir koordinasyonun hala yeterli olmadığı gibi diğer sektörlerle işbirliği de yeterli seviyede değildir. Her seviyede eşitliği sağlamak için daha etkili işbirliği gereklidir.

7. Herhangi bir SGK stratejisi için sağlık sisteminin her seviyesinde sağlık personelinin SGK'nın ilke ve uygulamaları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitimi gereklidir. Bu konuda çok az şey yapılmış olması sağlık hizmetleri yönetiminde ciddi bir problem olduğunun işaretidir. Halkla çalışmak için eğitilmemiş sağlık personeli SGK'nın sağlık gereklerini nasıl karşılar?

8. Bir çok sađlık eđitimi veren kuruluřun temel sađlık hizmetlerini öđretmek için mūfredat ve sınav sistemleri yeterli deđildir. Sonuçta ortaya çıkan SGK'ya dayalı temel sađlık hizmetleri uygulaması için gerekli mesleki eđitim ve tecrūbeden yoksun bir personel grubudur.

9. Sağlık eğitimi veren kurumların kullandıkları eğitim yöntem ve sistemleri de önemlidir. Sağlık eğitiminde SGK ilkeleri yeterince yer almamaktadır. Sağlık personelinin topluma kulak verme ve etkili iletişim kurma yeteneği, toplumun sosyal, kūltūrel ve ekonomik yaşamına saygı yeteneği geliştirilmelidir. Bu da, sağlık bakanlıklarının SGK konusunda sağlık personelinin eğitimine öncelik vermesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

10. SGK için toplumun gūlendirilmesi, sağlık kalkınmasında toplumun daha aktif rol alması amacıyla, iki ynlū bir bilgi, beceri ve yetenek değişimini içerir. Fakat, henūz pek az sayıda sağlık hizmeti böylesi bir değişim için uygun ortamı yaratmayı başarmıştır. Söz konusu değişim ortamı yaratılamadığı takdirde toplumlar sağlık personelinin buyurgan davranışlarına hedef olmaya devam edecek ve toplumların potansiyeli bořa harcanmış olacaktır.

11. Bazı sağlık bakanlıkları, tedavi edici hizmetlere koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla önem vermektedirler. Bu da, toplumların sağlığın gelişiminde aktif rol oynayabilmesi için

ihtiyaçları olan beceri, liderlik ve genel sağlık duyarlılığına daha az önem verilmesi sonucunu doğurmaktadır. Sağlık bakanlıklarının bu rolünün daha bilinçli bir şekilde güvence altına alması gerekmektedir.

12. Deneyimler, toplumların daha aktif katılım için nasıl glendirileceğini göstermiştir. Gruplar içinde öğrenme, animasyon teknikleri ve yetişkin eğitiminin genel ilkeleri yardımcı mekanizmalardır. Toplumun kendi kendini değerlendirmesi iyi bir başlangıç noktasıdır, çünkü, kendi kendine eğitim ve kritik analiz yapmaya olanak verir ve katılım için ilk adımı oluşturur.

13. Bugüne kadar pek az sayıda bakanlık SGTK anlayışını geliştirmek için çabada bulunmuştur. SGTK'nın izleme ve değerlendirmesi (hem kalitatif hem kantitatif) süreci güçlendirmek ve sürekliliğini sağlamak için büyük önem taşır. İzleme ve değerlendirmenin yerel olarak belirlenmiş planlara dayalı gösterge ve amaçları kullanarak, kalitatif ve kantitatif bilgilere odaklanarak tüm sağlık programlarının ayrılmaz, entegre bir parçası olmaları sağlanmalıdır.

14. Katılımcı izleme ve değerlendirme SGTK sürecinin anlaşılmasında en etkili yaklaşımdır. Bu yaklaşım halihazırda uygulanmaya başlanmıştır ama hala, özellikle SGTK'nın daha anlamlı olduğu bölgesel düzeyde, güçlendirilmeye ihtiyaı vardır. Sağlık kalkınması içinde yer alan tüm personel için katılımcı değerlendirme konusunda eğitimin ve destekleyici denetim mekanizmalarının kurumsallaştırılması önemli olacaktır.

8. Öneriler:

8.1 Ülkelere Öneriler

1. Ülkeler, SGK' yi sağlık kalkınmasının temel ilkesi olarak benimsemeli, güçlü bir politik kararlılık göstermeli ve SGK'nın ulusal sağlık sistemi içindeki yerini meşru bir zemine oturtmalıdır. Daha da ötesinde, SGK sürecine katkıda bulunmak üzere, bölge düzeyinde katılımcı planlamayı teşvik edecek mekanizmalar oluşturulmalıdır. Sağlık bakanlıkları bölge düzeyinde SGK uygulanması için rehberlik hizmetleri sunmalıdır.
2. Tüm ülkeler, kendi sağlık hizmetleri içinde SGK' nın mevcut durumunu izlemeli ve gözden geçirmelidir. Sağlık personelinin SGK'ya yönelik tutumu ve sağlık programları uygulamasına etki edebilecek bürokratik engeller, özel önem verilerek değerlendirilmelidir.
3. Sağlık bakanlıkları, mevcut sağlık sistemi içerisinde SGK yaklaşımını oluşturmak ve geliştirmek için teşvik edilmelidir. Bakanlıklar, özellikle SGK uygulaması deneyimlerinin ilgili hükümet kuruluşları ve hükümet dışı kuruluşlar arasında paylaşımını koordine etmelidir. Ayrıca SGK'nın benimsenip benimsenmediği her seviyede sağlık personelinin ve sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesinde önemli bir kriter olarak kullanılmalıdır.
4. Sağlık bakanlıkları, sağlık personeli eğitimi yapan kuruluşlar ile birlikte, varolan mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim müfredatlarını SGK yaklaşım ve uygulamalarının yeterince kapsamlı olarak yer alıp almadığı açısından gözden geçirmelidir. Bu müfredatlar öğrencilere ve sağlık personeline temel sağlık hizmetlerinde ve SGK faaliyetlerinde yer alma ve gözlem yapma olanağı verir şekilde düzenlenmelidir.
5. Sağlık bakanlıkları, hem SGK yönetim kapasitelerini arttırmak ve hem de SGK'nın geliştirilebilmesi için gerekli yetişkin eğitim ve iletişim teknikleri konusunda personel eğitimlerini yapabilmek için bölgesel sağlık hizmetlerini güçlendirmelidir. Ayrıca sağlık personeli eğitimi veren kurumların, bölge düzeyinde temel sağlık hizmetlerine katılımı teşvik edilmeli ve kazandıkları bilgi ve deneyimleri müfredatlara yansıtmaları sağlanmalıdır.
6. Bölge düzeyindeki personelin eğitimi eyleme yönelik olmalıdır ve hem kırsal hem de kentsel toplumlarda çalışma becerilerini içermelidir. Bölge sağlık hizmetlerine bu amaç için kaynak aktarımında bulunulmalı ve bölge teşkilatlarının, yerel ihtiyaçlara cevap verebilecek esneklikte işletilmesi ve yönetimin geliştirilmesi teşvik edilmelidir.
7. Sağlık bakanlıkları, SGK'nın sağlık hizmetlerini destekleyecek şekilde oluşturulması için uygun koşulları sağlamalıdır. Sağlık personelinin SGK'ya yönelik motivasyonunu sağlamak ve tutumlarını teşvik etmek için, görev yaptıkları koşulların SGK için pozitif bir ortam yaratmasına dikkat edilmelidir.
8. Ülkeler, mevcut sağlık sistemleri içinde, SGK' nın izleme ve değerlendirmesi için mekanizmalar oluşturmalıdır. Bu bağlamda, ülkeler katılımcı izleme ve değerlendirmenin önemini kavramak ve sağlık bakanlıklarına, sağlık personeli ve toplumların uygun tekniklerle eğitimlerini sağlamak amacıyla insangücü ve finans kaynakları sunmalıdır.

9. Sağlık bakanlıkları, SGK'nın tanımlanması, izleme ve değerlendirmesine yönelik kalitatif göstergelerin ve tekniklerin belirlenmesi için yöneylem araştırmaları planlamaya öncelik vermelidir. Bu tür araştırmaların sonuçları, gazeteler, bültenler ve toplantılar yoluyla açıklanmalı ve yayılmalıdır.

8.2 Dünya Sağlık Örgütüne Öneriler

1. D.S.Ö. sağlık gelişiminin esas ilkeleri olarak temel sağlık hizmetleri ve SGK için güçlü desteğine devam etmelidir. D.S.Ö, üye ülkelerin SGK'ya ilişkin durumları ve gidişatlarını sürekli takip etmeli ve ülkelerin SGK uygulama kapasitelerini geliştirme konusunda, özellikle bölgesel düzeyde, yardımcı olabilmek için hazırlıklı olmalıdır.

2. D.S.Ö, ulusal ve bölgesel düzeyde SGK'ya yatırılan para ve insan kaynaklarının, SGK uygulaması için geliştirilen mekanizmaların ve sağlık personeli ve toplumlar için eğitim programlarının sistematik analizini teşvik etmelidir. D.S.Ö özellikle SGK konusunda bilgi dağılımını ve tecrübe değişimini kolaylaştırarak uygulamalar için uygun metodolojiler geliştirilmesine yardımcı olmalıdır.

3. D.S.Ö teşvik ettiği veya ilk kez ortaya koyduğu her türlü yeni sağlık teknolojisinin SGK ilkeleri ile uyumlu olmasını sağlamalı ve uygulamasını desteklemelidir.

4. D.S.Ö, sağlık bakanlıklarının ve sağlık eğitimi veren kurumların, varolan sağlık müfredatını temel sağlık hizmetleri ve SGK yaklaşımları açısından incelenmelerini sağlamalıdır. D.S.Ö, SGK konusunda varolan araştırma, izleme, değerlendirme ve dokümantasyon ağlarının güçlendirilmesine yardımcı olmalı ve farklı kurumlar ve ağlararası işbirliğini desteklemelidir.

5. D.S.Ö, sağlık bakanlıklarına SGK maliyeti konusunda bilgi vermeli ve Çalışma Grubunun toplumların katılmadığı sağlık hizmeti genişletme çalışmalarının yüksek maliyeti konusundaki sonucuna dikkat çekilmeli ve dolayısıyla SGK'yı teşvik etmenin maliyeti meşrulaştırılmalıdır.

6. D.S.Ö, SGK'yı destekleyici teknikler olarak katılımcı eylem araştırmasını ve değerlendirilmesini teşvik etmeli ve geliştirmelidir. SGK faaliyetlerinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere uygun izleme kontrol listeleri ve yönergeler geliştirilmesine destek vermelidir.

7. D.S.Ö bölgesel düzeyde SGK uygulama mekanizmaları için çalışmalar yürütmelidir. Bu çalışmalar, Örneğin; hangi koşullar altında bölge sağlık sistemlerinin SGK için yeni mekanizmaları teşvik etmesi veya varolan yapılar ve örgütlenmeleri geliştirmesi gerektiğini araştırmalıdır.

8. SGK'nın sağlık kalkınmasındaki tüm tarafların aktif ortaklık süreci olduğu inancı ile Çalışma Grubu, D.S.Ö'nün görüşlerini özetleyen bir mesajı, tüm kır ve kent toplumlarına ulaşacak şekilde yayması gerektiğine karar vermiştir (Bakınız Ek). Mesajın dilinde hitabedilen toplumun veya grubun niteliğine göre gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

Referanslar

1. Community involvement in health development. Report of the Interregional Meeting, Brioni, Yugoslavia, 9-14 June 1985. Geneva, WHO, 1985 (basılmamış doküman SHS/85.8) D.S.Ö, Sağlık Hizmetleri Güçlendirme Birimi (Division of Strengthening of Health Services), 1211 Cenevre 27, İsviçre adresinden edinilebilir.— [Dipnot Sonu].
2. **Oakley, P.** Community involvement in health development: an examination of the critical issues. Geneva, WHO, 1989
3. WHO Technical Report Series, No. 780, 1989 (Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of WHO Study Group)
4. Alma-Ata 1978: primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva, WHO, 1979 ("Health for All" Series, No. 1)
5. **Oakley, P. & Marsden, D.** Approaches to participation in rural development. Geneva, International Labour Office, 1985
6. Report of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care, Harare, Zimbabwe, 3 to 7 August 1987. Geneva WHO, 1987 (basılmamış doküman WHO/SHS/87.13, Rev.1) bkz. dip not 3
7. **Werner, D.** Health care and human dignity. Contact (special series), 3:98-100 (1980)
8. **Walton, H. J.** The place of primary health care in medical education in the United Kingdom: a survey. Medical education, 17:141-147 (1983).
9. **Walton, H. J.** Primary health care in European medical education: a survey. Medical education, 19: 167-188(1985)
10. World Conference on Medical Education, Edinburgh, 7-12 August, 1988: report. Edinburgh, World Federation for Medical Education, 1988.
11. **Bichmann, W.** Community involvement in Nepal's health system: a case study of Kaski district. Frankfurt, Lavq, 1989
12. **Adeniyi, J.D.** Education of communities for CIH. Geneva, WHO, 1989 (basılmamış doküman SHS/SG. 89.4) bkz. dip not 3
13. **Rifkin, S.** Health planning and community participation: case studies from South-East Asia. London, Croom Helm, 1985.
14. **Arnstein, S.R.** A ladder of citizen participation. American Institute of Planners journal, 69:216-224(1969)

15. The challenge of implementation. District health systems for primary health care. Geneva, WHO, 1988 (basılmamış doküman SHS/DHS/88.1) bkz. dip not 3
16. Community participation in health development in the Americas: an analysis of selected case studies. Washington, DC, Pan American Health Organisation, 1984 (Scientific Publication, No. 473)
17. **Mills, A. & Thomas, M.** Economic evaluation of health programmes in developing countries. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984.
18. **Barrion, L.** Community organisation: one of the keys to PHC. A case study from the Philippines. Contact, 56 (1980)
19. **Oakley, P.** The monitoring and evaluation of participation in development. Rome, Food and Agriculture Organisation of the United Nations, 1988.
20. **Feuerstein, M.T.** Partners in evaluation. Evaluating development and community programmes with participants. London, Macmillan, 1987.
21. **Rifkin, S. et al.** Primary health care: on measuring participation. Social science and medicine, 26: 931-940 (1988)
22. **Agudelo, C.A.** Community participation in health activities. Some concepts and appraisal criteria. Bulletin of the Pan American Health Organisation, 17(4): 375-386 (1983).
23. Zopp: an introduction to the method. Eschborn, Germany Agency for Technical Cooperation, 1987.

Seçilmiş Ek Okuma Materyali

- Cohen, J.M. & Uphoff, N.T.** Rural development participation: concepts and measures for project design, implementation and evaluation. New York, Cornell University, 1977.
- De Vos, P.** Community participation and local management of PHC. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 1987.
- Fernandes, W. & Tandon, R., ed.** Participatory research and evaluation. Experiments in research as a process of liberation. New Delhi, Indian Social Institute, 1981.
- Fonaroff, A.** Community involvement in health systems for primary health care. Geneva, World Health Organisation, 1983 (basılmamış doküman SHS/83.6; istek üzerine, D.S.Ö, Sağlık Hizmetleri Geliştirme Birimi, 1211 Cenevre 27, İsviçre adresinden edinilebilir.)
- Green, L.A.V. et al.** Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, Mayfield, 1980.
- Knusten, S. F. et al.** Practical training of medical students in community medicine. Scandinavian journal of primary health care, 4:109-114 (1986).

La Forgia, G. M. Fifteen years of community organisation for health in Panama, *Social science and medicine*, 21: 55-65, (1985)

MacCormack, C.P. Community participation in primary health care. *Tropical doctor*, 13: 51-54(1983).

Morley, D. et al. *Practicing health for all*. New York, Oxford University Press, 1983.

Newell, K. W., ed. *Health by the people*. Geneva, WHO, 1975.

Paul, S. *Community participation in development projects*. Washington, DC, World Bank, 1987.

Pearse, A. & Stiefel, M. *Inquiry into participation: a research approach*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 1979.

Petit, P.L. Behavioural objectives for medical auxiliary training in Tanzania: 9 years' experience with an educational model. *Medical education*, 19: 123-130 (1985).

Rice, M. & Paganini, J. *Social participation in local health services*. Washington, DC, Pan American Health Organisation, 1988.

Rifkin, S., ed. *The human factor. Readings in health development and community participation*. Geneva, Council of Churches, 1980.

Roemer, M.I. & Montoya-Aguilar, C. *Quality assessment and assurance in primary health care*. Geneva, WHO, 1988.

Smilkstein, G. Medical education in Indonesia: primary care and community health. *Journal of medical education*, 57: 386-392 (1982).

Ugalde, A. Ideological dimensions of community participation in Latin American Health Programmes. *Social science and medicine*, 21: 41-53 (1985).

Waterson, T. & Sanders, D. Teaching of primary health care: some lessons from Zimbabwe. *Medical education*, 21: 4-9 (1987).

Werner, D. Empowerment and health. *Contact*, 102 (1988).

WHO Technical Report Series, No. 766, 1988 (Strengthening ministries of health for primary health care: report of a WHO Expert Committee).

Windsor, R. A. et.al. *Evaluation of health promotion and education programmes*. Palo Alto, Mayfield, 1984.

Ek

Toplumlara Mesaj

D.S.Ö'ye öneriler bölümünün 8. maddesinde belirtildiği gibi, Çalışma Grubu gelecekteki sağlık gelişimine katkıda bulunmak bağlamında, SGK'yı aktif olarak uygulayan ve/veya SGK sürecinin başında olan tüm ülkeler için bir mesaj verilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Grup böylesi bir mesajın dünyadaki tüm ülkelere yayılması konusundaki zorlukların farkındadır, buna rağmen başarılı örnekler de vardır. Örneğin; Grup üyelerinden bazıları, sağlığı iyileştirmek için gerekli bilgilerin -herkese- Hayat için Gerçekler (Facts for Life) (1) kitapçığı aracılığı ile D.S.Ö, UNESCO ve UNICEF'in bir çok hükümet dışı kuruluş ile ortaklık içerisinde başarılı bir şekilde sunuluşuna dikkat çekmişlerdir.

Toplumlara sunulacak mesajın taslağı aşağıda sunulan anahtar noktaları kapsayacak şekilde hazırlanmalı, kullanılacak detaylarda, sunuşta ve dilde yerel özelliklere uyum sağlayacak şekilde gerekli değişiklikler yapılmalıdır.

1. SGK aracılığı ile sağlıkta, ekonomide, sosyal ve kültürel hayatta daha iyi şartlara ulaşmanın, daha verimli ve anlamlı bir hayat sürmenin mümkün olduğunu gösteren cesaret verici kanıtlar vardır.

2. Sağlıkla ilgili faaliyetlere katılım, kalıcı ve genel bir kalkınma sürecinin bir parçasıdır ve toplumları kendi sağlık problemleri ile etkili bir şekilde başa çıkabilmek için güçlendirmeyi, hem kırdaki, hem kentte yaşayan tüm bireylerin, ailelerin ve toplumların içsel güçlenmelerini hedefler.

3. SGK beşeri ve teknik yöntemlerin, problem çözümlemelerinde bir bütünlük içerisinde kullanımı ve grupların, toplumların, uzmanlar ve teknik hizmetlerle işbirliği içerisinde çalışması anlamına gelir.

4. SGK'yı geliştirmek ve kurumsallaştırmak için özellikle önem taşıyan birkaç faktör vardır:

- katılımcı değerlendirme
- yaparak Öğrenme
- eğitim ve çift yönlü iletişim
- kadının rolü
- kapsamlı, kalıcı ve işlerli olan hizmetler

5. Kalkınmada toplumların rolü sadece bir hak olarak değil, aynı zamanda yerel bilgiyi harekete geçirmek ve güçlendirmek, hakkaniyet ve karşılıklı destek mekanizmalarına dayalı dayanışmayı geliştirmek bağlamında da oldukça önemlidir. SGK hem toplumlar için, hem de sağlık çalışanları için bir Öğrenme deneyimidir. Yani önceden tasarlanabilecek, sabit bir gündemi yoktur. Konuyla ilgilenen, taraf olan herkes kararları birlikte almak durumundadır.