

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler

*İlkeler ve Bakış
Açıları*





**TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler

İlkeler ve Bakış Açıları

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları

Editörler

Irving Rootman, Michael Goodstadt,
Brian Hyndman, David V. McQueen,
Louise Potvin, Jane Springett
ve Erio Ziglio

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



Health
Canada

Santé
Canada



Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler: İlkeler ve Bakış Açıları adı ile 2001 yılında yayınlanmıştır. (DSÖ Bölgesel Yayınlar, Avrupa Serisi, No. 92)
© Dünya Sağlık Örgütü 2001

Türkçe dilindeki bu baskının çeviri hakları, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi'nin Bölge Direktörü tarafından Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Çevirinin doğruluğundan sadece Yayıncı sorumludur.

© Sağlık Bakanlığı, Türkiye 2011

Published by the Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2001 under the title "Evaluation in health promotion. Principles and perspectives" (WHO Regional Publications, European Series, No.92)

© World Health Organization 2001

Translation rights for an edition in the Turkish language have been granted to the Ministry of Health, Turkey by the Regional Director of the Regional Office for Europe of the World Health Organization

The Publisher alone is responsible for the accuracy of the translation

© Ministry of Health, Turkey 2011

Bakanlık Yayın No: 815
ISBN : 978-975-590-365-1

1. Baskı Nisan 2011, ANKARA

Tasarım / Baskı:

Anıl Matbaacılık Özveren Sokak 13/ A Kızılay / ANKARA
Tel: 0312 229 37 41 - 42

Baş Editör

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı

Editörler

Dr. Yasin ERKOÇ

Müsteşar Yardımcısı

Dr. Seraceddin ÇOM

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md. Yard.

Dr. Kağan KARAKAYA

Daire Başkanı *

Redaktörler

Dr. Levent GÖÇMEN

Türkçe Düzeltme*

Hüseyin GÜÇ

Türkçe Düzeltme**

Tıb. Tek. Nevin ÇOBANOĞLU

Türkçe Düzeltme***

Ferişte ZARALI

Çevirmen****

Sadullah DEDE

Çevirmen****

* TSHGM Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı

** Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü

*** TSHGM Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı

***** T.C. Sağlık Bakanlığı, Proje Yönetimi Destek Birimi, Tercüme Hizmetleri Koordinatörlüğü

Teşekkürler

Bu kitap, yazarların güçlü çabaları olmadan gerçekleştirilemezdi. Yazarlar, genel amaca uygun olması için kendi bölümlerine ait pek çok taslak hazırlamıştır. DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu Başkanı Dr. Irving Rootman'a özellikle teşekkür ederiz. Son olarak değerli katkılarından dolayı Kanada Sağlık Dairesi (Kanada hükümetinin ulusal halk sağlığından sorumlu dairesi), ABD Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri ile İngiltere'den Sağlık Eğitimi Yetkili Makamı'na teşekkür ederiz.

Kısaltmalar

Organizasyonlar

AB	Avrupa Birliği
BSI	British Standards Institute, United Kingdom <i>İngiltere Standart Enstitüsü, İngiltere</i>
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, United States <i>Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri, ABD</i>
ENHPS	European Network of Health Promoting Schools <i>Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı</i>
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations <i>Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Organizasyonu</i>
HEA	Health Education Authority, United Kingdom <i>Sağlık Eğitimi Yetkili Makamı, İngiltere</i>
ISO	International Organization for Standardization <i>Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu</i>
NHS	National Health Service, United Kingdom <i>Ulusal Sağlık Hizmetleri, İngiltere</i>

Spesifik Çalışmalar, Teknik Terimler ve Diğer Terimler

4GE	Fourth-Generation Evaluation Dördüncü Nesil Değerlendirme
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CATCH	Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health Kardiyovasküler Sağlıkta Çocuk ve Ergen Çalışması
CINDI	WHO Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme DSÖ Ülke Çapında Entegre Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Müdahale Programı
COMMIT	Community Intervention Trial for Smoking Cessation Sigarayı Bırakma Konusunda Topluluk Müdahale Çalışması
ÇED	Çevre Etki Değerlendirmesi
DALY	Sakatlığa Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
KSDPP	Kahnawake School Diabetes Prevention Project Kahnawake Okulu Diyabet Önleme Projesi
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
MATCH	Multilevel Approach to Community Health Toplum Sağlığına Çok Katmanlı Yaklaşım
MRFIT	Multiple Risk Factor Intervention Trial Çoklu Risk Faktörü Müdahale Çalışması
NHEXAS	National Human Exposure Assessment Survey Ulusal İnsan Maruziyeti Değerlendirmesi Araştırması
PATCH	Planned Approach to Community Health Toplum Sağlığına Planlı Yaklaşım
SED	Sağlık Etki Değerlendirmesi
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
QALY	Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları

Sunuş

Toplumsal sağlık düzeyini yükseltmek, daha sağlıklı ve daha iyi bir dünyada yaşamak ve gelecek nesillerin daha iyi şartlarda büyümesini sağlamak, bütün insanların ve bütün ülkelerin özlemidir. Etkin, ulaşılabilir ve kaliteli bir sağlık sistemi, nitelikli bir toplum için vazgeçilmezdir. Çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, öncelikli sağlığı korumaya ve geliştirmeye yöneliktir. Bakanlığımızın  ncelikli görevi, vatandaşın sağlıklı bir ortamda yaşamasını sağlamak, ona sağlığını koruma bilinci vermek ve bunun için gerekli altyapıyı oluşturmaktır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi  alışmaları Bakanlığımızın  ncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemizde sağlığın geliştirilmesine yönelik çalışmalar özellikle son yıllarda giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. 2010 – 2014 arası yıllardaki Bakanlığımızın hedeflerini gösteren Stratejik Planda ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” olarak yer almaktadır. Bu stratejik amacın alt maddesinde birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak olarak belirtilmiştir. Bu strateji amaç çerçevesinde Bakanlığımız sağlıklı yaşam davranışları konusunda medya bilgilendirme kampanyaları aracılığı ile geniş halk kitlelerinde farkındalık çalışmalarına devam etmektedir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamaları ancak ulusal politikalar ve uzun vadeli stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Bu uzun ve meşakkatli yolda Bakanlığımız tüm sektörlerin koordinasyonu ile önemli adımlar atmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi  alışmaları Bakanlığımızın tüm politikalarında yer almaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik eğitimler dünyada çok önemli bir yer tutmaktadır. Bakanlığımızın sağlık personelimize yönelik çalışmaları kapsamında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kitap dizisi ile kapasite artışının sağlanması hedeflenmektedir. DSÖ’nün “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler  lkeler ve Bakış Açıları” isimli kitabının çevirisi bu alandaki eksikliğin giderilmesi için bir adımdır.

Herkese eşit, adil, kaliteli,  ağdaş ve sürdürülebilir sağlık hizmeti ilkesi ile yürütülecek sağlık politikaları ve stratejilerine katkı sağlayacak olan bu çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

Prof. Dr. Recep AKDA 
Sağlık Bakanı

Türkçe Baskı İçin Ön Söz

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitime, örgütsel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirmesi uygulamaları, davranışsal nedenlere yönelik sağlığı geliştirme uygulamaları, çevresel nedenlere yönelik sağlığı koruyucu uygulamalar, tıbbi kaynak ve hizmetlerin örgütlenmesini içeren koruyucu hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları kişilerin, kişisel seçim ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreci ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme uygulamaları klinik ve tedavi hizmetlerinin ötesinde, sağlık hizmetlerinin tümüyle yeniden düzenlenmesini de kapsamaktadır. Bakanlığımızca, halkın bilinç düzeyinin artırılması ve hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması kapsamında Genel Müdürlüğümüze bağlı olarak Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı kurulmuştur.

Bakanlığımızın çalışmalarına katkı sağlaması amacıyla Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi alanında çalışanlara yönelik, alanın temel kavramlarını tanıtan bir başvuru kaynağı oluşturmak ve alandaki kaynak kısıtlılığının giderilmesini sağlamak için Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları" (Evaluation in health promotion. Principles and perspectives) isimli kitabının çevirisi yapılmıştır. Bu kitap ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında temel kaynak eksikliğinin giderilmesi, personelin kapasite artırımının sağlanması amaçlanmaktadır.

Bu kitabın yayın izni hususunda sağladıkları kolaylıktan ötürü Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Direktörüne, çeviri için sağladıkları destekten dolayı Proje Yönetim Destek Birimi Direktörlüğüne şükranlarımı sunarken, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki Bakanlığımızın sağlık politikasına değerli katkı sağlayacağına inandığım bu çalışmada emeği geçenlere teşekkür eder, tüm sağlık çalışanlarına başarılı çalışmalar dilerim.

Dr. Seraceddin ÇOM
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

Halk sağlığının geliştirilmesi, karmaşık ve genellikle incelikli boyutları olan bir girişimdir ve bu boyutlar, farklı disiplinlerden hekimleri ve akademisyenleri zorlamaktadır. Epidemiyologlar, sosyal bilimciler, eğitimciler, siyaset bilimciler, ekonomistler, şehir planlamacıları ve biyomedikal bilimciler (son zamanlarda genetikçiler de bu gruba dâhil olmuştur); sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin herhangi bir yönünü aydınlatan bakış açılarına katkıda bulunmaktadır. Her bir disiplin, stratejik odağına uygun bir değerlendirme tablosu öne sürmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne kadar etkili olduğuna ilişkin temel soruya yanıt bulmak için tek ve net bir analiz ararken, sıradan araştırmacıların usanması kolay anlaşılır bir durumdur. Yazarların bu kitapta açıkladığı üzere cevap; büyük ölçüde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişiminin hangi yönünden bahsedildiğine bağlıdır. Tabii ki teorik doğrulama, müdahale stratejisi, kaynakların yeterliliği ve diğer kalite konuları (süreç soruları) da önemlidir. Fakat nihayetinde sonuçlar, belirtilen amaçlara uygun şekilde ölçülmelidir. Kim, nasıl faydalanır; kim, neden faydalanamamıştır? Bunlar ana değerlendirme sorularıdır.

Çeşitli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları ve bu programlarla ilgili politikalara yönelik olan değerlendirme yaklaşımlarının üstünlüğü; seçeneklerin genişliği hakkında açığa çıkardıkları konulardır. Bu seçenekler, birbiriyle yarışan değil birbirini destekleyen seçeneklerdir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisini oluşturan kişinin görevi, en uygun değerlendirme tekniğini keşfetmek ve kapsamlı bir bakış açısını gerekli miktarda çabayla dengeleyen bir şekilde uygulamaktır. Maliyet etkinlik, hem değerlendirme tasarımına hem de program tasarımına uygulanmalıdır.

Sosyal ve ekonomik hedefleri gerçekleştirirken sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili organize çalışmaların kilit kaynak olarak konumlandırılması amacıyla, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin diğer seçenekleriyle kıyaslandığında, çalışmaların etkinlikleri ile ilgili nispi maliyetler konusunda kanıtlar olmalıdır. Örneğin, bireysel riskte azalmayı hedefleyen yaklaşımlara karşın, politika değişikliği yoluyla risk koşullarını azaltmayı hedefleyen yaklaşımlar.

Kanıt temelli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi şartı (bir müdahalenin tasarlanmasından, bunun etkisinin değerlendirmesine kadar) genel olarak halk sağlığı uygulaması ile ilgilidir. Bu tür kanıtların kriterleri; olumlu yararlar, toplum refahı üzerindeki geniş çaplı etkileri, ekonomik ve sosyal gelişme hedefleri kadar olumsuz etkileri de içerecek şekilde genişlemektedir.

Bu kitabın yayımlanmasına kadar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ait sayısız boyutları, bunların teori ve varsayımlarını, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerine yönelik değerlendirmelerin planlanması ve gerçekleştirilmesi konusunda karşılaşılan zorlukları ve ayrıca değerlendirme için bir yaklaşım

seçilmesinin dayanağını; karşılaştırmak amacıyla bir araya getirmek zor olmuştur. Üzerine odaklanılan pek çok konunun (örneğin kişisel, toplumsal, çevresel etkiler ve politika etkileri) birleştirilmesinden kaynaklanan katma değer potansiyelini takdir etmek artık daha kolaydır. Bu kitabın bölümleri; bir bütünün, içindeki parçaların toplamından daha büyük olabileceği muammasını gözler önüne sermektedir.

Bu kitap; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin teorik açıdan bilgilendirilmiş, kanıt temelli ve sorumlu tutulabilir bir uygulama olarak ortaya çıktığı şu dönemde, kaynakları paylaştırmadan önce, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin planlamasına yeniden odaklanmaya yardımcı olacak değerlendirme konu ve seçeneklerinin resmini sunmaktadır. Bu kitap değerlendirme yöntemleri katalogundan daha fazlasıdır. Her bir bölümde, belli bir müdahalenin tasarımı veya seçimi ile ilgili gerekçe tartışılmaktadır. Bu gerekçe, toplumların ve kişilerin sağlığının iyileştirilmesini amaçlayan sistem temelli stratejiye sahip olma ihtiyacının ve yöntemin potansiyel sınırlılıklarının netleştirilmesine yardımcı olmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları açısından bu kitabın asıl yararı; birbirinden tamamen ayrı tekniklerin, bir stratejik bütünün parçası olarak nasıl bir araya gelebildiğini göstermesidir.

Bu kitap (uygulayıcıları ve politika yapıcıları hedefleyen daha kısa 2 ek belgeyle birlikte), hem programın hem de politikanın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönündeki etkisini genişletmek için ulusal ve yerel kaynakların kapasitesini güçlendirmeyi amaçlayan bir dizi gelişme arasındaki en önemli bağlantıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; farklı hedefleri gerçekleştirmek için daha güçlü değerlendirme araçlarının daha da spesifik kullanımıyla birlikte, daha tarafsız, yetkilendirici, katılımcı, hesap verebilir ve sürdürülebilir hâle getirilebilir.

Marc Danzon
DSÖ Avrupa Bölge Direktörü

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi

DSÖ Avrupa Çalışma Grubu

Dr. Lurie Anderson

Sağlık Bilimci, Epidemiyolojik Program Ofisi, Kentsel Sağlık Merkezi, Hastalık Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri, Atlanta, ABD

Dr. Linda Anderson

Sağlık Bilimci, Yetişkin ve Toplum Sağlığı Bölümü, Kronik Hastalıklara ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ulusal Merkez, Atlanta, ABD

Nick Doyle

Politika Başkanı, Sağlık Eğitimi Yetki Makamı, Londra, İngiltere

Dr. Brain Flay

Direktör, Önleme Araştırma Merkezi, Illionis Üniversitesi, Chicago, ABD

Dr. Michael Goodstadt

Direktör Vekili, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi, Toronto Üniversitesi, Kanada

Dr Igor Glasunov

Yönetici Direktör, CINDI Rusya, Önleyici Tıp Enstitüsü, Moskova, Rusya Federasyonu

Brain Hyndman

Danışman, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi, Toronto Üniversitesi, Kanada

(Sekreter)

Dr. Glenn Irwin

Kıdemli Politika Analisti, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programları Dalı, Kanada Sağlık Dairesi, Ottawa Kanada

Paul Lincoln

Direktör, Sağlık Eğitimi Yetki Makamı, Londra, İngiltere

Dr Peter Makara

Direktör, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Ulusal Enstitüsü, Budapeşte, Macaristan

Dr. David McQueen

Global Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Direktör Yardımcısı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Kronik Hastalık Önleme Ulusal Merkezi, Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri, Atlanta, ABD

Dr. Tapani Piha

Baş Tıbbi Görevli, Sosyal İlişkiler ve Sağlık Bakanlığı, Helsinki, Finlandiya

Dr. Louise Potvin

Sağlık Alanında Disiplinler Arası Araştırmalar Grubu, Montréal Üniversitesi, Montréal, Kanada

Dr. Irving Rootman

Direktör, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi, Toronto Üniversitesi, Kanada
(*Genel Başkan*)

Dr. Tom Schmid

Değerlendirici, Gıda ve Fiziksel Aktivite Bölümü, Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri, Atlanta, ABD

Dr. Sylvie Stachenko

Direktör, Sağlık Politikaları ve Hizmetleri Bölümü, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Danimarka

Dr. Jane Springett

Profesör, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Halk Sağlığı, Sağlık Enstitüsü, Liverpool, John Moores Üniversitesi, İngiltere

Dr. Erio Ziglio

Ekonomik ve Sosyal Kalkınma Bölge Danışmanı, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag, Danimarka

Katkıda Bulunanlar

Laurie M. Anderson, ABD’de Hastalık Kontrolü ve Önleme Merkezleri’nde (CDC) sağlık bilimcidir. DSÖ Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu’ndaki çalışmaları esnasında ABD’nin yetişkin nüfusunun sağlık davranışları hakkında bilgi sağlayan devamlı bir sağlık anketi olan Davranışsal Risk Faktörü Sürveyans Sistemi üzerinde çalışarak Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ulusal Merkez’de bilim adamı olarak çalışmıştır. CDC’de kronik hastalıkların azaltılması ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amacıyla çok sayıda devlet ve ulusal müdahale programının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumlu olmuştur. Dr. Anderson’un şimdiki görevi, Epidemiyolojik Program Ofisi’nin Toplumsal Önleyici Hizmetler Rehberi Geliştirme Aktiviteleri kapsamında, geniş bir sosyal çevrede sağlığın belirleyicilerini hedefleyen topluluk müdahalelerine dair kanıt temelli incelemeleri yapmaktır.

Jannette Barkley-Patton (M.A.), ABD’de Kansas Üniversitesi’nde Aile Yaşamı ve İnsani Gelişim Bölümü’nde gelişim ve çocuk psikolojisi konusunda yüksek lisans derecesi sahibidir ve doktora devam etmektedir. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubunun bir üyesidir. Berkley-Patton’ın çalışmaları, toplum sağlığı girişimlerine yönelik toplum araştırmasını ve teknik yardım sağlama ve değerlendirmeyi içermektedir. Berkley-Patton’ın araştırma konuları; toplum gelişimi, ergen sağlığı ve Afro-Amerikan ergenlerin kişisel başarılarının teşvikini içermektedir.

Treena Chomik’in ileri sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine araştırma yapan hükümet ve kurumlara yönelik profesyonel danışmanlık ve araştırma hizmetlerinde büyük başarıları vardır. Hâlen Chomik Danışmanlık ve Araştırma Ltd.’de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve halk sağlığı alanında sağlık danışmanlığı uygulamalarını yönetmektedir. Dr. Chomik’in başlıca ilgi alanları sağlık planlaması ve değerlendirmesi, politika ve program gelişimidir. Dr. Lawrence Green yönetimi altındaki doktora tezi, sağlık amaç ve hedeflerinin gelişimini zorlaştıran ve kolaylaştıran faktörleri incelemiştir. Son girişimleri; kalp damar hastalıkları ve deri kanserinin önlenmesi amacını taşıyan kapsamlı gündemlerin oluşturulmasını, tütün kullanımını bırakma girişimlerin değerlendirilmesini ve toplum sağlığı yaklaşımı tanımlamak ve uygulayabilmek için bir çerçeve sağlayan toplum sağlığı şablonunun oluşturulmasını içermektedir. Dr. Chomik’in sağlık etkisi değerlendirmesi, sağlık amaçları ve toplum sağlığının geliştirilmesi ve sağlık alanındaki ortaklıklar üzerine başka yazarlarla birlikte yazılan makale ve sunumları vardır.

Galen Cole, (Ph.D) şuanda CDC Direktör Ofisi’ndeki İletişim Ofisi’nde sağlık iletişimi analisti ve kıdemli değerlendirme bilimcisi olarak görev yapmaktadır. Bu pozisyonda görev yapmadan önce CDC’de diğer mevkilerde görev yapmıştır (Araştırma ve Değerlendirme Şefi, Ulusal AIDS Bilgi Eğitim Programı ve

Davranışsal Çalışmalar Bölümü Şefi, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Yayılması ve HIV Önleme, Önleme Hizmetleri Ulusal Servisi) ve Arizona Phoenix’te Maricopa Country’de Halk Sağlığı Direktör Yardımcılığı ve Epidemiyoloji Direktörlüğü yapmaktadır. Birçok üniversitede birçok pozisyonda görev yapmıştır. Şuanda Atlanta Georgia’da Emory Üniversitesi, Rollins Halk Sağlığı Okulu’nda çalışmaktadır. Uzmanlık alanları içerisinde sağlık iletişimi, planlaması ve değerlendirmesi, halk sağlığı müdahalelerinin değerlendirilmesi, davranışsal ve epidemiyolojik araştırmaların değerlendirilmesi yer almaktadır.

Lisa Curtice, İngiltere’de Glasgow Üniversitesi’nde Nuffield Toplum Sağlığı Çalışmaları Merkezi’nde ders vermektedir. Şu anki ilgi alanları içinde öğrenme engeli insanların topluma kazandırılması ile yaşlı insanların evde bakımı için yoğun destek ihtiyacı yer almaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, toplum sağlığı hizmeti kullanıcılarının ve bunlara bakım sağlayan kişilerin yaşam kalitesini yükseltmedeki rolü konusunda özel olarak ilgilenmektedir. 1984’ten 1989’a kadar Edinburgh Üniversitesi’nde, Sağlık ve Davranışsal Değişim Araştırma Birimi’nde çalışmış ve burada DSÖ’nün Avrupa’daki Sağlıklı Şehirler Projesi’nin değerlendirmesine katılmıştır. Peckham Deneyi’ni başlatan Pioneer Sağlık Merkezi’nin başkanlığını yapmaktadır ve sağlıklı yaşam merkezlerinin geliştirilmesinin teşvik edilmesine yardımcı olmaktadır.

Eveleyne de Leeuw, Hollanda’daki Maastricht Üniversitesi’nde çalışmıştır. Bu üniversitede ve Kaliforniya Berkeley Üniversitesi’nde sağlık politikası eğitimi vermiştir. Güney Danimarka Üniversitesi’nde halk sağlığı profesörü ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölümü başkanı olarak görev yapmakta; sağlık alanında araştırma ve eğitim programları geliştirmektedir. Ayrıca Sağlıklı DSÖ’nün Avrupa İçin Sağlıklı Şehirler Projesi Merkezi Direktörü’dür. Mevcut araştırma konuları sadece Sağlıklı Şehirler değil, aynı zamanda sağlık uygulama ve koruma politikalarıdır. Merkez’in amacı; internetten erişilebilecek (<http://www.gvo.unimaas.nl/who-city/default.htm>, erişim tarihi 9 Ocak 2001) gazeteler, bibliyografiler ve monografiler ile ilgili araştırmalar konusunda proje şehirlerine yardımcı olmaktır. 1992 ve 1998 yılları arasında Avrupa Bölgesi’ndeki Halk Sağlığı Okulları Birliği’nin (ASPHER) genel sekreterliğini yürütmüştür. DSÖ’nün küresel çapta ve Avrupa çapındaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarıyla kapsamlı bir şekilde ilgilenmiştir ve 1997 yılında Endonezya (Jakarta)’daki 4. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansının genel raportörlüğünü yapmıştır. Şimdiki araştırma konuları arasında ise hem Sağlıklı Şehirler konuları hem de sağlık ve koruma politikasının uygulanması yer almaktadır.

Lindsey Dugdill, (M.A., M.Phil.) İngiltere’deki Liverpool John Moores Üniversitesi’nde İnsani Bilimler Fakültesi’nde kıdemli öğretim görevlisidir. Son 8 yıldır, yerel ve ulusal düzeyde işletme ve kurumların sağlığa yönelik altyapılarını geliştirmek için çalışmaktadır. Yerel çalışmaları, küçük işletmeler için sağlık ve güvenlik desteğinin artırılmasını içermektedir. Liverpool’daki çalışması, Liverpool İş

Yeri Sağlık Stratejisi'nin hazırlanmasıyla sonuçlanmıştır. Bu çalışma, İngiltere'deki bu tür bir stratejinin ilk örneğidir. Stratejinin amacı, Liverpool şehrinde sağlıklı iş yerlerine eş güdümlü bir yaklaşım sağlamak ve kentin sağlık planını tamamlamaktır. Ulusal düzeyde Sağlık Eğitim Kurumu'nun iş yerinde sağlık araştırması projesi için danışmanlık yapmış ve eğitim programlarına katkıda bulunmuştur. İş yerinde gelişim ve değerlendirme süreçleri, ilgilendiği başlıca alanlardır.

Paul Evensen, ABD'de, Kansas Üniversitesi'nde doktora adayı ve üniversitenin Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda araştırma görevlisidir. Bundan önce, HIV önleme ve gay/lezbiyen gençler için sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi konularında, topluluk gelişim yaklaşımlarına odaklanan çeşitli sivil toplum kuruluşları kurmuştur. Ulusal Sağlık Enstitüsü Hizmet İdaresi'nde danışman olarak çalışmıştır.

Stephen B. Fawcett, ABD'de Kansas Üniversitesi'nde profesördür. Burada Kansas Sağlık Vakfı Topluluk Liderliği Profesörü ve İnsan Gelişimi ve Aile Hayatı onursal profesördür. Üniversitenin Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nun direktörüdür. Çalışmasında topluluklar için önemli sağlık konularını ve sosyal konuları anlamak ve geliştirmek için davranış bilimi ve topluluk gelişim metotlarını kullanmaktadır. VISTA (Amerika Hizmet Gönüllüleri) gönüllüsü olarak, kamu kooperatifleri ve düşük gelirli mahallelerde topluluk organizatörü olarak çalışmıştır. Dr. Fawcett, Amerikan Psikoloji Vakfı'nın 27. (Toplum Psikolojisi) ve 25. (DeneySEL Davranış Analizi) Bölümleri'nde üye olarak onurlandırılmıştır. *Society for Community Research and Action* ödülünü ve uygulamalı bilimler Higuchi/Endowment ödülünü almıştır. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi, topluluk gelişimi, öz yardım, bağımsız yaşam ve kamu politikası konularında 100'den fazla makalesi, kitap bölümleri ve kitapları bulunmaktadır. Dr. Fawcett çeşitli özel vakıflar, topluluk ortaklıkları ve ulusal kurumlar için danışmanlık yapmıştır. John D. ve Catherine T. MacArthur Vakfı, Ewing Kauffman Vakfı, California Wellness Vakfı, Amerikan Ulusal ve Topluluk Hizmet Komisyonu, Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü ve CDC bunlardan bazılarıdır.

Jacqueline L. Fisher, Okul/Topluluk Cinsel Risk Azaltma Projesi Saha Geliştirme Koordinatörü ve Kansas Üniversitesi'nde Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda araştırma görevlisidir. 1993 yılında çalışma grubuna katılmadan önce halk sağlığı ve sağlık eğitimi alanında yüksek lisansını tamamlamıştır. Toplum sağlığı girişimlerine, özellikle de çocuk sağlığına ilişkin girişimlere teknik destek ve değerlendirme desteği sağlamıştır.

Vincent T. Francisco, Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu Yardımcı Direktörü, Beşeri Kalkınma Bölümü'nde yardımcı doçent ve Kansas Üniversitesi Tıp Fakültesi Koruyucu Tıp Bölümü'nde vekil yardımcı doçenttir. Dr. Francisco, özellikle topluluk gelişimi, topluluk uyumu ve desteği, marjinal grupların güçlendirilmesi konularında araştırma yapmaktadır. Koalisyon

geliştirmeye yönelik teknik destek ve toplum temelli müdahale programlarının değerlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Bu programlar, adolesan gelişimi, gençler arasında madde kullanımı riskinin azaltılması, saldırgan şiddet, kardiyovasküler hastalıklar ve genç yaşta anne-baba olma konularına odaklanmaktadır.

C. James Frankish, Kanada’da British Columbia Sağlık Araştırması Vakfı’nda araştırmacı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırma Enstitüsü Yardımcı Direktörü ve British Columbia Üniversitesi Sağlık Hizmetleri ve Epidemiyoloji Bölümü’nde yardımcı doçenttir. Dr. Frankish’in araştırmaları sağlığa yönelik karar almada toplum katılımına odaklanmakta ve katılımcı araştırma metodları, topluluk koalisyonlarını etkileyen ve mümkün kılan faktörler, vatandaşların sağlık reformuna katılımı, kitle iletişim araçlarının sağlık araştırmalarındaki rolü, sağlık tedbirleri, refah ve yaşam kalitesi, sağlık etki değerlendirmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bilgisinin yayılması konularını kapsamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının planlanması ve değerlendirilmesi konularında tecrübe sahibidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sosyal bilimlerin uygulanması konusunda ders vermektedir. Lisanlı klinik psikologdur ve işçi sağlığı, marjinal gruplarda kronik hastalıklarla başa çıkma ve sağlık davranışı değişikliği konularında geniş araştırma ve klinik tecrübeye sahiptir. Toplum sağlığı ve sosyal hizmetlere ilişkin birçok kuruluşa dâhildir. En son projeleri arasında bölgesel sağlık kurulu çalışmalarının incelenmesi, sağlık amaçlarının uygulanması ve temel sağlık hizmetlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik kriterlerin oluşturulması bulunmaktadır.

Vicki Freimuth, (Ph.D.) ABD’de CDC’de yardımcı direktördür ve sağlık iletişimde uluslararası olarak tanınmışlığı olan bir öncüdür. Daha önce, Maryland Üniversitesi Sözlü İletişim Bölümü’nde profesör ve sağlık iletişim direktörü olarak çalışmıştır. Sağlık iletişimi, inovasyon ve araştırma metodlarının yayılması konularında ders vermiştir. Araştırması, ABD’de ve gelişmekte olan ülkelerde sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde iletişimin rolüne odaklanmaktadır. Yardımcı iletişim direktörü olarak sağlık iletişimi ve basınla ilişkiler programlarını idare etmekte ve CDC’de sağlık iletişimi bilimini ve uygulamasını güçlendirmektedir.

Katherine L. Frohlich, Kaliforniya Üniversitesi, Berkeley, ABD’de Halk Sağlığı Okulu’nda sosyal epidemiyoloji konusunda doktora sonrası araştırma görevlisidir. Kanada Sağlık Araştırması Enstitüsü’nde doktora sonrası bursu kazanmıştır. Başlıca araştırma alanları arasında, sosyal epidemiyoloji ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bulunmaktadır.

Sylvie Gendron, Kanada’da, Montreal Üniversitesi’nde halk sağlığı alanında doktora adayıdır. Conseil quebécois de la recherche sociale üyesidir. Bundan önce, Montreal Halk Sağlığı Bölümü’nde HIV araştırması alanında çalışmıştır. Başlıca ilgi alanları arasında halk sağlığında katılımcı uygulama teori ve metodu ile kadın sağlığı bulunmaktadır.

Christine Godfrey, İngiltere York Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri ve Klinik Değerlendirme Bölümü'nde sağlık ekonomisi profesörüdür. 1984 yılından beri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ekonomileri konusunda araştırma yapmaktadır ve York'ta küçük bir araştırmacı grubunun başkanlığını yürütmektedir. York Üniversitesi'nden Larry Harrison ve Leeds Metropolitan Üniversitesi'nden Sylvia Tilford ile DSÖ'ye ait bir madde kullanımı iş birliği merkezinin direktörlüğünü yapmaktadır. DSÖ, diğer uluslararası kuruluşlar ve ulusal hükümetlere alkol ve sigara politikaları konusunda danışmanlık yapmıştır. DSÖ Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Uzman Komitesi üyesi ve Bağımlılık İnceleme Topluluğu başkanıdır.

Michael Goodstadt, Kanada Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nde (DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi İş Birliği Merkezi) direktör yardımcısı ve üniversitesinin sağlık bilimleri yüksek lisans programının yardımcı direktörüdür. Stanford Üniversitesi (Ph.D., 1969) ve Manchester Üniversitesi'nden (B.A., 1963) psikoloji diploması vardır. Mesleki ve akademik tecrübeleri şunlardır: Toronto, Kanada'da Bağımlılık Araştırma Vakfı'nda bilim adamı olarak 25 yıl, Rutgers Üniversitesi Alkol Çalışmaları Merkezi'nde 3 yıl çalışmıştır. Toronto, Western Ontario ve Rutgers Üniversiteleri'nde akademik pozisyonlarda çalışmıştır. Mesleki yaşamı gençler arasında sağlıklı ilişkili sorunların önlenmesine özellikle uyuşturucu kullanımına odaklanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki ilke ve en iyi uygulamalarının geliştirilmesi ve uygulanması, alkol/uyuşturucu kullanımıyla ilişkili kişisel ve çevresel risk faktörlerinin azaltılması ve toplum temelli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi ilgi alanlarıdır.

Lawrence W. Green, Amerikan Kronik Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nde akademi üyesi, Sigara İçme ve Sağlık Bürosu'nda direktör vekili ve DSÖ Küresel Tütün Kontrolü İşbirliği Merkezi'nde direktör olarak çalışmaktadır. Daha önce Kaiser Aile Vakfı'nda başkan yardımcısı olarak Ulusal Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı'nı yönetmiş, Johns Hopkins Üniversitesi ve Teksas Üniversitesi'nde sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları profesörü ve direktörü olarak çalışmış ve ayrıca federal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme amaçları ve hedefleri girişimlerinin geliştirilmesi esnasında Amerikan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bürosunda direktör olarak görev yapmıştır. Amerikan Halk Sağlığı Vakfı'nın Mükemmeliyet Ödülü ve Saygıdeğer Kariyer Ödülü'nü, Kaliforniya Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu Yılın Mezun Ödülü'nü ve Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Eğitim Birliği'nin Jacques Perisot Madalyası'nı almıştır.

Slim Haddad, Kanada'daki Montreal Üniversitesi Sağlık İdaresi Bölümü'nde yardımcı doçenttir. Sağlık ekonomisi doktorası olup, halk sağlığı hekimidir. Araştırma alanı, gelişmekte olan ülkelerde ve Batılı ülkelerde sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve değerlendirilmesidir. Temel sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi, sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı hizmetlerinin kullanım şablonları ve sonuç araştırmasına odaklanmaktadır.

Spencer Hagard, İngiltere’de, Londra Hijyen ve Tropik Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Politikası Bölümü’nde ziyaretçi profesör ve Londra Sağlık Ekonomisi Konsorsiyumu’nda halk sağlığı danışmanıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için etkili ulusal sistemlerin geliştirilmesi ve uygulanması, sağlık yatırımlarına yönelik ulusal ve bölgesel potansiyelin değerlendirilmesi konularında çalışmaktadır. Bunun öncesinde, 1987-1994 yılları arasında İngiltere Sağlık Eğitim Kurumunun Baş Yöneticiliği’ni yapmış, İngiltere halk sağlığı sistemi içinde çeşitli pozisyonlarda çalışmıştır. Uzun yıllar DSÖ için danışman ve teknik danışman olarak çalışmıştır. Macaristan hükümetinin sağlık politika danışmanıdır. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Eğitim Birliği’nin şu anki başkanıdır (1996-2001).

Kari J. Harris, Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi’nde yardımcı doçenttir. Yetersiz hizmet alan nüfusta sigarayı bırakma üzerine araştırma yapmaktadır. 1998 yılında tıp fakültesine girmeden önce Kansas Üniversitesi’nde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu’nun üyesiydi.

Brian Hyndman, Kanada Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi, Sağlık İletişim Birimi’nde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi danışmanıdır. Ayrıca Ryerson Polytechnic Üniversitesi’nde sağlık hizmetleri yönetim programında, program planlama ve değerlendirme dersleri vermektedir. Toronto Üniversitesi’nde toplum sağlığı alanında yüksek lisansını tamamladığından beri Bağımlılık Araştırma Vakfı, Toronto Şehri Halk Sağlığı Bölümü, Kanada Sağlık Dairesi ve DSÖ için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırması ve değerlendirilmesi projelerine dahil olmuştur. Topluluk gelişimi, katılımcı değerlendirme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejileri konusunda birçok kaynak doküman ve makalenin yazarı ve yardımcı yazarıdır. Ayrıca, Community Action Program For Children Brighter Futures projesi, Royal Commission on New Reproductive Technologies, National Forum on Health ve Ontario Task Force on the Primary Prevention of Cancer gibi halk sağlığı araştırma ve değerlendirme girişimlerinde danışmanlık yapmıştır. 1997–1999 yılları arasında Ontaryo Halk Sağlığı Vakfı’nın başkanlığını yürütmüştür.

Aine Kennedy, Edinburg Üniversitesi’nde araştırma görevlisidir ve topluluk gelişimi ve sağlığı konusunda danışmanlık yapmaktadır. Glasgow’da, Drumchapel Sağlıklı Şehirler Projesi’nin eski koordinatörüdür.

Susan D. Kirby, Alabama Üniversitesi’nde pazarlama eğitimini tamamladıktan sonra, 1980 yılında ABD’de Southern Bell ile pazarlama kariyerine başlamıştır. Bell’de 7 yıl boyunca muhasebe müdürü olarak çalışmış, Güney Carolina’da eyaletlerin ve yerel hükümetlerin muhasebelerini tutmuştur. 1988 yılında eğitim hayatına geri dönerek halk sağlığı alanında yüksek lisans yapmış, pazarlama bilgisini halk sağlığının geliştirilmesi ve hastalık önleme projelerine aktarabileceğini görmüştür. 1993 yılında South Carolina Halk Sağlığı Okulu’ndan doktora derecesini almış, sosyal pazarlama ve sağlık iletişimine odaklanmıştır. Dr. Kirby CDC İletişim Ofisi’nde kıdemli sağlık iletişim bilimcisi olarak çalışmakta ve çeşitli ulusal iletişim

projelerine sosyal pazarlama, biçimlendirici araştırma ve hedef kitle bölümlendirmesi konularında danışmanlık yapmaktadır.

Adam Koplan, (B.A.) ABD’de Atlanta Georgia’da Health 2000 (halk sağlığı danışmanlık firması)’de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırma asistanlığı yapmıştır. Washington Üniversitesi’nde doktora öğrencisidir.

Marshall Kreuter, Atlanta’da bir halk sağlığı danışmanlık firması olan Health 2000’in eski başkanıdır. Ulusal Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi’nde uzmandır. Nüfusa dayalı hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi konuları ile ilgilenmektedir. Meslektaşları ile birlikte sosyal sermayeyi ölçme ve sosyal sermayenin toplum temelli müdahalelerin etkinliği ile nasıl ilişkili olabileceği konularında araştırma yapmaktadır. Dr. Kreuter, 1982-1990 yılları arasında, ilk olarak Sağlık Eğitim Şubesi daha sonra CDC’nin Kronik Hastalık Kontrolü ve Topluluk Müdahalesi Birimi’nde direktör olarak görev yapmıştır.

Craig Larsen, 1998 yılından beri Kanada British Columbia Sağlık Vakfı için politika danışmanlığı yapmaktadır. Bundan önce, sağlık sistemi reformuna ilişkin çeşitli pozisyonlarda görev almıştır. British Columbia Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırma Enstitüsü’nde, sağlık sistemine ilişkin karar almada sağlık etki değerlendirmesi, sağlık amaçları ve toplum katılımı araştırmasının koordinasyonu üstlenmiştir.

Lowell S. Levin, Yale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Bölümü’nde emekli profesördür. Profesör Levin, uzun yıllar aynı bölümde DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikası İş Birliği ve Araştırma Merkezi’nin başkanlığını yapmıştır. DSÖ ve Avrupa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Sağlık Yatırımı Programı için danışmanlık yapmıştır.

Rhonda K. Lewis, Wichita State Üniversitesi, Kansas ABD’de Psikoloji Bölümü’nde yardımcı doçenttir. Doktorasını Kansas Üniversitesi’nde, yüksek lisansını Kansas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü’nde yapmıştır. Toplulukların nasıl işlediğinin anlaşılmasına katkıda bulunmak için davranış ve topluluk araştırma metodolojilerini kullanmakta ve Kansas halkının sağlığını iyileştirmek için sağlık stratejilerini teşvik etmektedir. Dr. Lewis, topluluk düzenleme ve gelişimi konusu ile program gelişimi ve değerlendirilmesi konusunda tecrübe sahibidir. İlgilendiği araştırma konuları arasında öz yardım (self-help) grupları, azınlık sağlığı, dezavantajlı nüfuslar ve hamilelik, şiddet, madde kullanımı ve HIV/AIDS gibi adolesan sağlığı konuları bulunmaktadır.

Nicole Lezin, Santa Cruz, California ABD’de Cole Communications’ın başkanıdır. Yale Organizasyon ve Yönetim Fakültesi’nden halk sağlığı ve işletme diploması almıştır. Uygulamalı araştırma iletişimi ve halk sağlığı çalışmaları tasarlamakta ve

yönetmektedir. Lezin'in HIV/AIDS önleme, yaralanma kontrolü, tütün kontrolü ve çocuk sağlığı gibi çeşitli halk sağlığı alanlarında büyük çaplı program ve politika değerlendirmelerinin geliştirilmesi ve yürütülmesi tecrübesi bulunmaktadır.

Christine M. Lopez, Kansas Üniversitesi, İnsani Kalkınma ve Aile Hayatının Geliştirilmesi Bölümü'nde doktora öğrencisidir; Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda araştırma görevlisidir. Lopez'in ilgi alanı; uyuşturucu madde kullanımı, gençler arası şiddet ve kırsal alanlarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanlarındaki toplum temelli araştırmalardır.

David V. McQueen, kıdemli biyomedikal araştırmacı ve CDC Ulusal Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nde küresel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi direktör yardımcısıdır. Bundan önce, Ulusal Kronik Hastalık Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nde Süveyans ve Analiz Ofisi Direktör Vekili ve Yetişkin ve Toplum Sağlığı Birimi Direktörü olarak görev yapmıştır. CDC'ye katılmadan önce, Edinburgh Üniversitesi Sağlık ve Davranış Değişikliği Araştırma Birimi'nde profesör ve direktör olarak çalışmıştır (1983-1992). Bunun öncesinde, Johns Hopkins Üniversitesi Hijyen ve Halk Sağlığı Okulu'nda Davranış Bilimleri yardımcı doçentiydi. DSÖ iş birliği merkezleri direktörü ve Dünya Bankası için teknik danışman olarak görev yapmıştır.

Nancy Milio, (Ph.D.) Halk Sağlığı Okulu'nda sağlık politikası ve idaresi profesörü ve North Carolina Üniversitesi'nde beslenme profesörüdür. Verdiği dersler, araştırma ve yayınları; halk sağlığı hizmetlerinde politika geliştirme, uygulama; stratejik analiz ve değerlendirme; gıda ve beslenme; topluluk bilgi teknolojisi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi/egitim konularına odaklanmaktadır. 20 yıl boyunca çeşitli hükümetler için (İskandinavya, Doğu ve Batı Avrupa, Avustralya-Asya ve Latin Amerika'da) ve de DSÖ ve Pan Amerikan Sağlık Kuruluşu için politika analizi uzmanı ve danışman olarak çalışmıştır. Yayınları arasında, 7 ülkede 40 sağlık, sosyal bilimler ve politika dergisinde 100'den fazla makale ve 8 kitap bulunmaktadır. Avustralya, Brezilya, Kolombiya, Finlandiya, Hollanda, Yeni Zelanda, İspanya, İngiltere ve ABD'de ziyaretçi profesör olarak görev yapmıştır. En son yayımlanan kitabının adı şudur: *Public health in the market: facing managed care, lean government, and health disparities* (Ann Arbor, MI, University of Michigan Press, 2000).

Adrienne Paine-Andrews, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda direktör yardımcısı ve Kansas Üniversitesi Schiefelbusch Yaşam Boyu Öğrenme Enstitüsü'nde yardımcı doçenttir. Kansas Sağlık Vakfı'nın sponsorluğunda adolesan hamileliklerinin önlenmesine yönelik bir girişimin direktör yardımcılığını yapmaktadır. Toplum sağlığı ve gelişimini teşvik eden ve geliştiren bir araştırma yapmakta ve marjinal grupların güçlendirilmesi konusunda çalışmaktadır. Toplum sağlığı girişimleri üyeleri dâhil, çeşitli gruplarla müşterek araştırmalar (collaborative research) yapmaktadır. Şu anda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, topluluk gelişimi ve adolesan sağlığı alanlarında çeşitli araştırma

projelerine dâhildir. Öz yardım, topluluk gelişimi, adolesan hamileliği ve uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularında çeşitli makalelerin ortak yazarıdır.

Richard Parish, İngiltere Sağlığı Geliştirme Kurumu'nun başkanıdır. Bu göreve atanmadan önce, Doğu İngiltere Eğitim ve Öğretim Bölge Müdürü olarak çalışmıştır.

Louise Potvin, Montreal Üniversitesi Sosyal ve Koruyucu Tıp Bölümü'nde toplum sağlığı profesörüdür. Kanada Sağlık Hizmetleri Araştırma Vakfı'nda topluluk yaklaşımları ve sağlık eşitsizlikleri konusunda başkan/mentor olarak görev yapmaktadır. Araştırma alanı toplum sağlığın geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesidir.

Dennis Raphael, doktora çalışmalarını, Toronto Üniversitesi, Ontaryo Eğitim Çalışmaları Enstitüsü'nde tamamlamıştır. Brooklyn College'daki psikoloji lisansından sonra, New York State Üniversitesi'nde psikoloji yüksek lisansı yapmıştır. Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölümü'nde Sağlık Bilimleri Programı eski direktör yardımcısı ve halk sağlığı bilimleri doçent doktorudur. Dr. Raphael, üniversitenin Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Merkezi'nde yaşam kalitesi araştırma biriminin yardımcı direktörüdür. Uzmanlık alanları; araştırma metodolojisi ve tasarımı, yaşam kalitesi araştırması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tasarımı ve değerlendirilmesidir. Dr. Raphael; yaşlılar, adolesanlar ve gelişim engeli insanlar için yaşam kalitesi araçları geliştirmiştir. Metropolitan Toronto Bölgesi'nde 2 topluluğun yaşam kalitesi üzerine bir çalışma tamamlamıştır. Son olarak Kanada Sağlık Dairesi tarafından finanse edilen, yaşlı Kanadalıların yaşam kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış ulusal bir projeyi tamamlamıştır; bu proje ile ilgili bilgi ve raporlar internette mevcuttur ([http:// www.utoronto.ca/qol](http://www.utoronto.ca/qol), erişim tarihi 9 Ocak 2001).

Pamela Ratner, British Columbia Üniversitesi Beslenme Fakültesi'nde doçent doktor ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırma Enstitüsü'nde direktör yardımcısıdır. Dr. Lawrence Green'in süpervizörlüğündeki doktora çalışması, Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi ve Kil-lam Vakfı tarafından desteklenmiştir. Şu anda, Kanada Sağlık Araştırması Enstitüsü'nde sağlık araştırmacısıdır. Başlıca araştırma alanları, sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin sosyal yönden ve davranış yönünden belirleyicileridir. Spesifik projeleri ise şiddet ve kasıtlı yaralama epidemiyolojisi, tütün kontrolü ve sigarayı bırakma çabaları, risk algısı, iletişim ve sağlık hizmetleri planlamasına toplum katılımıdır.

Lucie Richard, Montreal Üniversitesi Beslenme Fakültesi'nde yardımcı doçenttir. Şu anda Kanada Tıbbi Araştırma Konseyi'nde kariyer ödüllü bir araştırmacıdır. Başlıca araştırma alanı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının mesleki uygulamaları ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının teorik temelleridir.

Kimber P. Richter, (M.P.H., Ph.D.) Kansas Üniversitesi Tıp Merkezi, Koruyucu Tıp Bölümü'nde yardımcı doçenttir. Merkezin Beslenme Fakültesi Uyuşturucu Madde Kullanımı Gelişim Programı'nda öğretim görevlisidir. Bu program, ABD Sağlık ve Beşeri Hizmetler Bakanlığı'nın Madde Kullanımı ve Akıl Sağlığı Hizmetleri İdaresi'ndeki Madde Kullanımını Önleme Merkezi tarafından finanse edilmektedir. Eski bir doktora öğrencisi ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu üyesi olan Dr Richter'ın şu anki çalışması, kimyasal bağımlılık tedavisinde olan kişilerin ihtiyaçlarına göre uyarlanmış etkili sigara bırakma müdahalelerin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Biyoetik, kardiyovasküler risk azaltma, uyuşturucu bağımlılığının önlenmesi/tedavisi gibi konularda yayınları bulunmaktadır. Kullandığı metodolojiler arasında klinik deneyler, katılımcı eylem araştırması, nitelleyici araştırma ve ekolojik ölçme bulunmaktadır.

Irving Rootman, Toronto Üniversitesi, Halk Sağlığı Bilimleri Bölümü'nde profesör ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nde direktör olarak çalışmaktadır. 1990 yılında üniversitede çalışmaya başlamadan önce Kanada Sağlık Dairesi'nde çeşitli pozisyonlarda çalışmıştır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdürlüğü'nün Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Çalışmaları Birimi'nde şef olarak çalışırken sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesinden ve Kanada'nın ulusal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasının hazırlanmasından sorumluydu. DSÖ için kıdemli bilim adamı, danışman ve teknik danışman olarak çalışmıştır. Şu anda DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi İş Birliği Merkezi'nde direktör olarak görev yapmaktadır.

Stergios Russos, Kansas Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda araştırma görevlisi ve Beşeri Kalkınma Bölümü'nde doktora öğrencisidir. San Diego State Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü'nde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine odaklanarak halk sağlığı alanında yüksek lisans yapmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar, uyuşturucu madde kullanımı, adolesan gelişimi ve gıda güvenliği alanlarında toplum temelli hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi odaklı çalışmalar yapmaktadır. Halk sağlığı ve koruyucu tıp alanlarında çeşitli araştırma ve kavram raporlarının yazarı ve yardımcı yazarıdır. Çalışmaları, toplum temelli müdahalelerin nüfus düzeyinde sağlığı ve gelişim sonuçlarını nasıl etkilediğini anlama ve iyileştirme konusuna odaklanmaktadır.

Alfred Riitten, Chemnitz Üniversitesi Bölgesel Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırma Merkezi'nde direktör ve spor bilimleri ve uygulamalı sosyoloji alanında profesördür. Son olarak, Yale Üniversitesi'nde halk sağlığı konusunda ziyaretçi profesör olarak görev yapmıştır. Avrupa Komisyonu'nun sponsorluğunda uluslararası bir araştırma projesi olan MAREPS (Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Stratejilerinin Rasyonelliği ve Etkinliğini Analiz Metodolojisi)'in direktörüdür. Dr. Riitten ayrıca Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Avrupa Komitesi'nin faaliyetlerinde DSÖ için danışmanlık yapmıştır.

Jerry Schultz, Kansas Üniversitesi Sağliğın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda direktör yardımcısı ve aynı üniversitenin koruyucu tıp, antropoloji ve beşeri kalkınma bölümlerinde yardımcı doçent olarak görev yapmaktadır. Dr. Schultz doktorasını Kansas Üniversitesi'nden almış ve aynı üniversitede ve Nebraska Üniversitesi'nde ders vermiştir. Şu anda Kansas'ta bir kırsal sağliğın teşviki ve geliştirilmesi girişimini yönetmekte; sağliğın teşviki ve geliştirilmesi ve topluluk gelişimine yönelik elektronik teknik destek sisteminin geliştirilmesi konusunda çalışmaktadır. Topluluk gelişimi, risk altındaki gruplarının güçlendirilmesi ve katılımcı eylem araştırması alanlarında çalışma yapmaktadır. Dr. Schultz'un sağliğın teşviki ve geliştirilmesi ve topluluk ortaklıklarının değerlendirilmesi konularında yardımcı yazarlığını yaptığı makaleleri bulunmaktadır. Stratejik planlama ve koruyucu girişimlerin değerlendirilmesi alanlarında çeşitli kılavuzların yardımcı yazarlığını yapmıştır. Özel vakıflar ve topluluk koalisyonları gibi çeşitli kuruluşlarda danışmanlık yapmıştır.

Jane Springett, İngiltere'de Liverpool John Moores Üniversitesi'nde sağliğın teşviki ve geliştirilmesi ve halk sağliğı profesörüdür. Ayrıca aynı üniversitede *Journal of contemporary health* dergisini yayımlayan Sağliğ Enstitüsü'nün direktörüdür. Liverpool Şehri Sağliğ Planı'nı geliştiren ortak halk sağliğı ekibinin bir üyesi olarak yerel Sağliğlı İnsanlar Politikası'nın geliştirilmesine aktif olarak katılmaktadır. Kentsel coğrafya doktorası vardır; sağliğlı şehirler ve topluluklar alanında araştırma yapmaktadır. Yeni Merseyside Sağliğ Eylem Alanı için yerel değerlendirme ekibinin bir üyesidir; Manchester Salford ve Trafford Sağliğ Eylem alanlarının değerlendirilmesine dâhil olmuştur. Ortak çalışma ve kurumsal değişim, katılımcı değerlendirme ve eylem araştırması konuları ile ilgilenmektedir. Sağliğın teşviki ve geliştirilmesi alanında müfredat geliştirme konusunda geniş tecrübesi vardır. İnsanların öğrenme şeklinin teorik açıdan anlaşılması konusunda da tecrübesi bulunmaktadır. Liverpool John Moores Üniversitesi'nde Sağliğ Yüksek Lisans Programı'nda ders vermektedir (teşvik, araştırma ve politika değişikliği) ve aynı alanda doktora programını yönetmektedir.

Sylvie Stachenko, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Akıl Sağliğı Birimi'nin başkanıdır. 1997 yılında DSÖ'ye katılmadan önce, Kanada Sağliğ Dairesi'nde çeşitli pozisyonlarda çalışmıştır. Koruyucu Hizmetler Birimi'nin direktörü olarak, kalp sağliğı, diyabet, göğüs ve servikal kanser alanlarında ulusal girişimlerin geliştirilmesinden sorumlu olmuştur. Ayrıca Kanada'da DSÖ Ülke Çapında Entegre Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi Programı'nın direktörü olarak görev yapmıştır. Ayrıca DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesinde Politika Geliştirme İş Birliği Merkezi'nin direktörlüğünü yapmıştır (CINDI).

Sarah Stewart-Brown, İngiltere'de Oxford Üniversitesi Halk Sağliğı Bölümü'nde sağliğ hizmetleri konusunda araştırma yapmaktadır. Ayrıca, Sağliğ Hizmetleri Araştırma Birimi'nde direktör olarak görev yapmaktadır. Oxford'a gelmeden önce ilk olarak Ulusal Sağliğ Hizmetleri'nde çocuk hastalıkları uzmanı olarak

daha sonra Londra, Bristol ve Worcester’da halk sağığı hekimisi olarak çalışmıştır. Bristol niversitesi ocuk Sağığı Bölümü’nde ve Epidemiyoloji ve Toplum Sağığı Bölümü’nde akademik pozisyonlarda çalışmıştır. Daha nceki araştırma deneyimi 2 alana dayanmaktadır: ocuk sağığı ve sağığın teşviki ve geliştirilmesi. şu anki araştırmaları yetişkinlerin ve çocukların duygusal sağığının önemine odaklanmaktadır. En son yayınları, ebeveyn programlarının halk sağığı açısından sonuçları, ocuk tarama programlarının etiğı ve yetişkinlerde duygusal sağığın önemi konularını kapsamaktadır.

Reg Warren, Kanada’daki ilk sağığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasını yrtmştır ve 1990 araştırmasında proje direktörü olarak çalışmıştır. Her 2 araştırma için de geniş tabanlı yaygınlaştırma (dissemination) stratejileri geliştirmiş ve uygulamıştır. Kendisi şu anda Toronto Üniversitesi Sağığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi’nde danışman ve Merkez’in iyi uygulama ve değerlendirme biriminin üyesidir. Ayrıca, sağığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasından anlamlı sonuçlar elde etmek için projede kıdemli danışman olarak çalışmıştır. Sonuçların yayılması konusunda birçok araştırma projesinden geniş tecrübe elde etmiştir. Warren’in aynı zamanda, karmaşık bilgilerin analizi, değerlendirilmesi, geliştirilmesi, birleştirilmesi ve yayılması konusunda da büyük tecrübesi bulunmaktadır. Warren; Kanada Sağık Dairesi, Premier’s Council of Ontario ve Ontario Sağık Bakanlığı gibi müşteriler için mevcut araştırmanın sentezlenmesi ve literatür taramasını tamamlamıştır. Federal hükümet ile geniş tecrübesi bulunmaktadır. Sağıklı Yaşlanma Konulu Ulusal İştişare Projesi, Ulusal AİDS Aşama III İştişare Projesi ve Kanada Sağık Dairesi ile sağık alanında çalışan ulusal gönüllü kuruluşlar arasındaki yeni ilişki hakkında ereve taslağı hazırlanması çalışmalarına dahil olmuştur. Warren, Kanada ve Avrupa’da sağığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinin değerlendirilmesi çalışmalarına katılmıştır. Uluslararası kalkınma alanında yüksek lisans yapmıştır.

Ella L. Williams, Kansas Üniversitesi Sağığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi alışma Grubu’nda araştırmacı ve Beşeri Kalkınma Bölümü’nde doktora öğrencisidir. Toplum sağığı koalisyonları ve toplum gelişimi ve sağığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin çoklu kültürel konuların değerlendirilmesi ve bu konularda teknik destek sunulması alanında tecrübe sahibidir. Williams, lisanslı bir uyururucu madde kullanımı danışmanıdır. Koruma, tedavi ve tedavi sonrası bakım konularında tecrübe sahibidir. Uyuşturucuyla ilişkili şiddet alanında tecrübelidir ve adolesan sağığı, topluluk psikolojisi, gençler arasında şiddetin kökeni ve önlenmesi konularında araştırma yapmaktadır.

Rick Wilson, sağığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasından anlamlı sonuçlar elde etmek için Kanada’da bir projede, proje koordinatörü olarak çalışmıştır. Çeşitli araştırmalar, tütün ve madde bağımlılığı konularında bilgilerin yayılması alanında tecrübe edinmiştir. Kamu sektöründe yönetici deneyimi vardır. Çeşitli kullanıcı grupları ile pratik irtibat ve iştişare tecrübesi bulunmaktadır. Sağıklı yaşlanmaya ilişkin ulusal bir iştişare projesinde koordinatör olarak çalışmıştır. Ayrıca Ulusal AİDS

Aşama III İstişare Projesi’nde ve Kanada Sağlık Dairesi ve sağlık alanında çalışan ulusal gönüllü kuruluşlar arasındaki yeni ilişki konulu çerçeve taslağı hazırlığında yer almıştır.

Laura Young, (M.P.H.) ABD’de, Pennsylvania Üniversitesi Sağlık Eğitimi Ofisi’nde kıdemli program değerlendircisidir. Kolej öğrencilerinin sağlık durumunun belirleyicileri olarak bilişsel faktörler, davranış faktörleri ve sosyal koşulların karşılıklı etkilerini değerlendirmek için değerlendirme stratejilerinin tasarlanması ve uygulanmasından sorumludur.

Erio Ziglio, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’nde Sosyal ve Ekonomik Kalkınmaya Yönelik Bölgesel Danışman’dır. DSÖ’ye katılmadan önce 12 yıl boyunca Avrupa ve Kuzey Amerika’daki çeşitli üniversitelerde akademik pozisyonlarda çalışmıştır. 1981 yılından beri DSÖ ile çalışmaktadır.

İçindekiler

Teşekkürler.....	VII
Kısaltmalar.....	VII
Sunuş.....	IX
Türkçe Baskıya Ön Söz	XI
Ön Söz.....	XIII
DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu	XV
Katkıda Bulunanlar	XVII

Bölüm 1. Giriş ve Çerçeve

Kitabın Girişi- <i>Irving Rootman</i>	3
1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Çerçeve - <i>Irving Rootman, Michael Goodstadt, Louise Potvin ve Jane Springett</i>	8

Bölüm 2. Bakış Açıları

Giriş - <i>Louise Potvin</i>	43
2. Süreç ve Çıktı Değerlendirmesinin Ötesi: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesine Yönelik Kapsamlı Yaklaşım - <i>Louise Potvin, Slim Haddad ve Katherine L. Frohlich</i>	47
3. Kanıt Nedir: Konular ve Tartışmalar- <i>David V. McQueen ve Laurie M. Anderson</i>	65
4. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdahalelerinin Değerlendirilmesinde Katılımcı Yaklaşımlar - <i>Jane Springett</i>	85
5. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırmalarında Nitel ve Nicel Yaklaşımlar Arasında Dönüşümsel İttifak - <i>Sylvie Gendron</i>	110
6. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Yaşam Kalitesi Girişimlerinin Değerlendirilmesi - <i>Dennis Raphael</i>	125
7. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi - <i>Christine Godfrey</i>	150
8. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Kalite Güvencesi Çerçevesine Doğru - <i>Richard Parish</i>	174
9. Sağlığa Yönelik Politika Ağlarının İncelenmesi: Daha Geniş Bir Örgütsel Bakış Açısıyla Teori ve Yöntem - <i>Evelyn de Leeuw</i>	188

Bölüm 3. Ortamlar

Giriş - <i>Michael Goodstadt</i>	213
10. Toplum Sağlığının Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesi - <i>Louise Potvin ve Lucie Richard</i>	216

11. Sağlık ve Kalkınmaya Yönelik Topluluk Girişimlerinin Değerlendirilmesi - <i>Stephen B. Fawcett, Adrienne Paine-Andrews, Vincent T. Francisco, Jerry Schultz, Kimber P. Richter, Jannette Berkley-Patton, Jacqueline L Fisher, Rhonda K. Lewis, Christine M. Lopez, Stergios Russos, Ella L. Williams, Kari J. Harris ve Paul Evensen</i>	245
12. Okullarda Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi: Düşünceler - <i>Sarah Stewart-Brown</i>	277
13. İş Yerinde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesi - <i>Lindsey Dugdill ve Jane Springett</i>	292
14. Kent Yerleşimlerinde Değerlendirme: Sağlıklı Şehirler'deki Zorluklar - <i>Lisa Curtice, Jane Springett ve Aine Kennedy</i>	317

Bölüm 4. Politika ve Sistemler

Giriş - <i>David V. McQueen ve Jane Springett</i>	347
15. Sağlıklı Toplum Politikalarının Topluluk Bağlamlarında ve Bölgesel Bağlamlarda Değerlendirilmesi - <i>Alfred Rütten</i>	351
16. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikalarının Değerlendirilmesi: Hareketli Hedefin İzlenmesi - <i>Nancy Milio</i>	375
17. Ülke Çapında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikalarının Değerlendirilmesi: Kanada Tecrübesi - <i>Reg Warren, Irving Rootman ve Rick Wilson</i>	396
18. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Halk Sağlığında Bir Araç Olarak Sağlık Etki Değerlendirmesi - <i>C. James Frankish, Lawrence W. Green, Pamela A. Ratner, Treena Chomik ve Craig Larsen</i>	413
19. Sosyal Sermaye: Toplum Sağlığının Geliştirilmesi İçin Değerlendirme Sonuçları - <i>Marshall W. Kreuter, Nicole A. Lezin, Laura Young ve Adam N. Koplan</i>	448
20. Vaka Çalışması: Kanada Kalp Sağlığı Girişimi - <i>Sylvie Stachenko</i>	472
21. Medyadaki Sağlık İletişimi Kampanyalarının Değerlendirilmesiyle İlgili Konular - <i>Vicki Freimuth, Galen Cole ve Susan D. Kirby</i>	483
22. Sağlık Yatırımı: Çok Katmanlı Bir Değerlendirme Yaklaşımının Geliştirilmesi - <i>Erio Ziglio, Spencer Hagard ve Lowell S. Levin</i>	501

Bölüm 5. Sentez ve Sonuç

23. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanında Değerlendirme: Sentez ve Tavsiyeler - <i>Michael S. Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen, Louise Potvin, Irving Rootman ve Jane Springett</i>	525

Bölüm 1

Giriş ve Çerçeve

Kitabın Giriş

Irving Rootman

DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine adanmış diğer kurum ve kuruluşlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmasını değerlendirmek veya bu çalışmanın değerlendirilmesini desteklemek için artan bir baskı görmektedir. Bu baskı, alanın hem dışından hem de içinden gelmektedir. Dış baskı, sağlık reformuna dâhil olan ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine dair maliyetlerin azalmasına katkısı hakkında kanıt görmek isteyen kişilerden ve etkililiğinden şüphe duyan eleştirmenlerden gelmektedir. İç baskı; çabalarını belgelemek, değerini göstermek ve çalışmalarını geliştirmek isteyen uygulayıcılardan, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yaptıkları yatırımı savunmak isteyen politika yapıcılarından ve sağlık kazanımları çerçevesini kullanan bir dizi proje başlatan Bölge Ofisi'nden gelmektedir. Bu baskı bir dizi soruyu da beraberinde getirmiştir. Örneğin, “En büyük potansiyel fayda sağlayan sağlık yatırımları nerededir ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki ödünleşimleri (trade-off: bir şeyi elde etmek için başka bir şeyden vazgeçilmesi) ve sağlık yatırımlarının sonuçlarını değerlendirmek için ne gibi yeni analitik beceriler gerekmektedir?” gibi sorular ortaya çıkmaktadır (1).

Değerlendirmeye daha fazla ilgi gösterilmesine yönelik gerçekleşen baskı sonucunda Bölge Ofisi, DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu'nun kurulmasını desteklemek için ortak ve finansman arayışına girmiştir. Her iki arayışa da yanıt ABD'de Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), Kanada Sağlık Dairesi ve İngiltere'de Sağlık Eğitimi Yetkili Makamı'ndan (Health Education Authority-HEA) (yeni adı Sağlık Geliştirme Kurumu'dur) gelmiştir. Homojenliğin sağlanması için grup üyeleri farklı bakış açılarını temsil edecek şekilde seçilmiştir. Kanada, Avrupa ve ABD'den, hükümetlerden; DSÖ ve akademik çevrelerden gelen temsilciler farklı değerlendirme tecrübelerine sahiptir. Bununla birlikte üyelik, batılı, sanayileşmiş ülkelerle sınırlandırılmış; Çalışma Grubu buradaki değerlendirme çabalarına odaklanmıştır. Çalışmalar Temmuz 1995 tarihinde başlamış; Çalışma Grubu'nun amacı, aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (2):

Değerlendirme teorisi ve iyi uygulama modeller incelenerek ve politika yapıcılar ve uygulayıcılar için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımlarının değerlendirilmesine ilişkin rehberler ve tavsiyeler üretilerek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirilmesi ve uygulamasına ilişkin yenilikçi yaklaşımları hızlandırmak ve desteklemektir.

Çalışma Grubu'nun hedefleri şunlardır:

- Mevcut nicel ve nitel değerlendirme metotlarını incelemek,
- Politika yapıcılar ve uygulayıcılara, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesine ilişkin uygun metotların kullanımını teşvik etmek ve değerlendirmelerin kalitesini artırmak için rehberlik yapmaktır.

Süreç

Bu hedeflere ulaşmak için aşağıdaki süreç kabul edilmiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri, HEA, Kanada Sağlık Dairesi ve DSÖ iş birliği merkezleri sponsorluğunda, Kuzey Amerika ve Avrupa'da 8 Çalışma Grubu Toplantısı yapılmıştır. İlgili konulara değinmek için 30'dan fazla arka plan raporu hazırlanmıştır. Bu raporlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda paydaş olan çeşitli birey ve gruplara gönderilmiştir. Bunlar arasında; DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Avrupa İş Birliği Merkezleri, Avrupa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Geliştirilmesi Komitesi, CDC Kronik Hastalık Konferansı ve Kanada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırma Konsorsiyumu bulunmaktadır. Üç rapor planlanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine yönelik bir çerçeve sunan ilk arka plan raporu, 1997 yılında Jakarta, Endonezya'da, 4. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda sunulmuştur (3). İkinci rapor, 1998 yılında Avrupa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Komite toplantısında sunulan, politika yapıcılara yönelik bir rapordur (4). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgilenen uygulayıcılara değerlendirme konusunda rehberlik etmek için Avrupa'da DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi İş Birliği Merkezleri'nin desteğinde üçüncü bir rapor hazırlanmaktadır (5).

Bu kitap, bahsedilen iş birliği çabasının dördüncü eseridir. Çalışma Grubu tarafından istenen veya çalışma grubuna sunulan raporları içermektedir. Sunulan tüm arka plan raporları bu cilt için seçilmemiş olmakla birlikte, Çalışma Grubu hepsini dikkate almış; fikirlerin çoğu bu kitapta ve yukarıda bahsedilen belgelerde yer almıştır. Yedi kişilik bir editör grubu tarafından hazırlanan bu belge, Çalışma Grubu tarafından incelenmiştir.

Temel İlkeler

Çalışma Grubu'nun en baştaki tartışmalarında üyeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini tanımlayacak temel ilkelerin çalışma ve tavsiyelerini yönlendirmesine karar vermiştir. Bu ilkeler, bu kitaptaki tartışmanın büyük çoğunluğunun temelini oluşturmaktadır ve tartışmanın içerik ve yapısını tanımlamaya yardımcıdır. Çalışma Grubu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin (program, politika ve diğer organize faaliyetler) özellikle şunlar olmasına karar vermiştir:

- Güçlendirici (bireylerin ve toplulukların sağlıklarını etkileyen kişisel, sosyoekonomik ve çevresel faktörler üzerinde daha fazla güç elde etmesini sağlamak);

- Katılımcı (sürecin tüm aşamalarına ilgili tüm tarafların katılımının sağlanması);
- Bütünlükçü (fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlığın geliştirilmesi);
- Sektörler arası (ilgili sektörlerdeki kurumların iş birliğini içeren);
- Hakkaniyetli (hakkaniyet ve sosyal adalet duygusuyla hareket eden);
- Sürdürülebilir (başlangıç finansmanı sona erdiğinde bireylerin ve toplulukların sürdürebileceği değişiklikleri getiren);
- Çoklu stratejilere dayalı (politika geliştirme, kurumsal değişim, topluluk gelişimi, mevzuat, taraf tutma, eğitim ve iş birliği gibi çeşitli yaklaşımları birlikte kullanan -).

Bu ilkeler temelinde Çalışma Grubu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesine yönelik uygun yaklaşımların 4 çekirdek özelliği olduğu sonucuna varmıştır. Bunlardan ilki katılımdır. Değerlendirme her aşamada, uygun şekillerde, girişimde yasal menfaati olan herkesi içermelidir. Bunlar; politika yapıcılar, topluluk üyeleri ve kurumlar, sağlık personeli ve diğer mesleklerde çalışanlar, yerel ve ulusal sağlık kurumlarıdır. Sağlıkla söz konusu olan topluluk üyelerinin değerlendirmeye katılımı özellikle önemlidir. İkinci olarak değerlendirme çeşitli disiplinler üzerine kurulmalı; geniş çapta bilgi toplama prosedürünün kullanılmasına dikkat edilmelidir. Üçüncü olarak değerlendirme bireylerin, toplulukların, kurumların ve hükümetlerin önemli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sorunlarına değinme kapasitesini kurmalıdır. Son olarak değerlendirme uygun olmalıdır: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin karmaşık özelliğini ve bunların uzun vadedeki etkisini içerecek şekilde tasarlanmış olmalıdır.

Sınırlamalar ve Güçlü Yanlar

Daha önce söylediğimiz gibi bu kitap; Batılı, sanayileşmiş toplumlardaki değerlendirme çalışması ile sınırlıdır. Bu durum, kitabın diğer ülkeler için uygun olmayacağı anlamına gelmez, ancak bu ülkelerde çalışanlar, burada tartışılan çalışmayı uygulama esnasında muhakeme etmeli ve dikkatli olmalıdır. Ayrıca, bu kitabın bir metodoloji metni olduğu iddia edilemez, ancak kitapta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine ilişkin birçok konu ele alınmaktadır ve metodoloji de bunlardan biridir. Fısıll 1’de, değinilen konuların türleri çerçevelenmektedir.

Bu kitapta, bireysel davranış değişikliklerine yaklaşımların değerlendirilmesi ile ilgili konular derinlemesine ele alınmamaktadır. Bu tartışmaların başka kaynaklarda olduğunu düşünerek Çalışma Grubu; ortam, politika ve sistemlere değinen değerlendirme yaklaşımlarına uygun konulara odaklanmayı tercih etmiştir. Buna benzer şekilde, bu kitapta hastalık önlemeye ilişkin geleneksel çalışmanın değerlendirilmesi vurgulanmamaktadır. Bu konuda geniş çapta bir literatür mevcuttur. Ayrıca Çalışma Grubu; Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’ne uygun şekilde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının değerlendirilmesine odaklanmak istemiştir (6). Çalışma Grubu, sağlığın teşviki

ve geliştirilmesi yaklaşımının hastalık önleme çalışmalarının değerlendirilmesini güçlendireceğine inandığından, buradaki tartışma bahsedilen konuyla ilgilidir (bk. Kısım 1).

Son olarak bu kitapta, genellikle hesap verebilirlik ve pozitif bilim için bir kod görevi gören kanıtların geniş çapta incelemesi yapılmaktadır. Çalışma Grubu geniş bir bakış açısının, temel ilkelerinden dolayı, sağlığın teşvikine tamamen uygun olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, Çalışma Grubu'nun politika mekanizmalarına yönelik raporunda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini değerlendirmek için kullanılan randomize kontrollü deneylerin kullanımının çoğunlukla “uygunsuz, yanıltıcı ve masraflı” olduğu sonucuna varılmıştır (4). Fasal 2’de bu konu daha geniş ele alınmaktadır.

Yapı

Bu kitapta, her biri ayrı konulara değinen 5 bölüm bulunmaktadır. Bu bölümlerin her birinde konuyla alakalı kilit sorunları belirleyen, değerlendirme teorisi ve iyi uygulama modellerini tartışan ve politika mekanizmaları ile uygulayıcılar için rehberler öneren fasıllar bulunmaktadır. Bu kitap; araştırmacılar, öğrenciler, hekimler, politika yapıcılar, uygulayıcılar ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesindeki güncel konuları derinlemesine anlamak isteyen diğer kişiler için hazırlanmıştır. Çalışma Grubu, bu kitabın faydalı olmasını ümit etmektedir.

Kaynaklar

1. *Securing investment in health: Report of a demonstration project in the provinces of Bolzano and Trento. Final report.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document).
2. *WHO-EURO Working Group on Health Promotion Evaluation: executive summary report of meeting, Atlanta, Georgia, USA, July 27-28, 1995.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
3. *New players for a new era: leading health promotion into the 21st century: 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997.* Geneva, World Health Organization, 1998 (document).
4. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ ICP/IVST 05 01 03).
5. SPRINGETT, J. *Practical guidance on evaluating health promotion: guidelines for practitioners.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document).
6. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesine Yönelik Çerçeve

Irving Rootman, Michael Goodstadt, Louise Potvin ve Jane Springett

Bu bölümde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine yardımcı olmak için kavramsal çerçeve ve uygulama çerçevesi sunulmaktadır. İlk kısımda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne olduğundan, ikinci kısımda değerlendirmenin genel bağlamda ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında ne olduğundan bahsedilmektedir. Üçüncü kısımda ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik program, politika ve diğer girişimlerin değerlendirilmesi için faydalı bir çerçeve sunulmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Nedir?

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirmek için sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne olduğu bilinmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin cevap bulduğu durum ve konular da dahil güncel kökenini, bu konuda önerilen çeşitli tanımları ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin uygulamada neyi içerdiğini inceleyerek sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne olduğunu 3 şekilde netleştirmek istiyoruz.

Güncel Kökenler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yeni bir fikir olmayıp konuya gereken önemi vermek için bu yüzyılın ilk yarısında çeşitli girişimlerde bulunulmuş olsa da (1,2) düzenlenmiş bir alan olarak ortaya çıkışı, dönemin Kanada Sağlık Bakanı Marc Malone'nin "*Kanadalıların sağlığına yeni bir bakış*" başlıklı bir rapor yayımladığı 1974 yılına dayanmaktadır (3). Bu belge, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin kilit bir strateji olarak belirlendiği ilk ulusal hükümet politika belgesi olma özelliğini taşımaktadır. Daha sonra bu belge, İsveç ve ABD gibi diğer ülkelerdeki benzer politika belgeleri için temel alınmıştır. Bu eylemler de sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin hem bir kavram hem de hükümetler, kurumlar, topluluklar ve bireyler tarafından kullanılabilir bir yaklaşım olarak kabul görmesine katkıda bulunmuştur. 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda bu artan ilgi dikkate alınarak Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi onaylanmıştır (4). Bunun sonucunda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tüm dünyada gelişmeye başlamıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki bu ilginin temeli bir dizi farklı gücün bir araya gelmesidir. Anderson (5) bunları 5 başlık altında toplamıştır:

1. Pozitif sağlık ve iyileştirilmiş yaşam kalitesine verilen önemin artması,
2. İnsanların, tüketicilik eğilimlerine bağlı olarak yaşamları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmak istemeleri,
3. Genellikle sağlık eğitimi ile ilişkilendirilen geleneksel didaktik stratejilerin etkililiğinin sınırlı olması,
4. Birçok sağlık sorununun bireysel yaşam stiliyle ilişkili olduğunun kabul edilmesi,
5. Sağlık hizmeti ve sağlık durumu arasındaki zayıf ilişkinin kanıtlanması, özellikle sağlığa yapılan maliyeti yüksek kaynak yatırımının getirisinin düşük olması.

Green & Raeburn (6) konuyla ilgili aşağıdaki etkileri de belirlemiştir:

6. Yukarıdan aşağı girişimlerin aksine tabandan yapılan girişimleri teşvik eden topluluk gelişim ve iletişim hareketleri,
7. Gücün bireylere ve topluluklara dağıtımını gerektiren öz bakım ve kadın hareketlerinin etkisi,
8. Dünyadaki ekonomik şartların bozulmasının, sosyal programlar ve yüksek teknoloji tıbbi bakıma baskı yapması,
9. Sağlık konularında daha iyi sosyal, davranışsal araştırmalar ve eğitim araştırmaları,
10. Sağlığın bütünlükçü doğasının daha fazla anlaşılması; yani “sosyal, zihinsel ve ruhsal yaşam kalitesi”.

(Green & Kreuter (7) ve Macdonald & Bunton (8) ayrıca bu etkileri tartışmaktadır.)

Son olarak epidemiyolojik araştırmalardan halk sağlığının yeniden yönlendirilmesine yönelik zorlu argümanlar gelmektedir ki bu da sağlığın daha geniş belirleyicilerinin güçlü etkisini açıkça belgelemektedir. Bunlar, genetik ve davranışsal özelliklerden farklı faktörlerdir; genellikle sosyoekonomik şartlar, hakkaniyet, erişim, ulusal refah, sosyal destek konuları ve diğer yapısal veya sistemik faktörlerle çok ilişkilidirler (9-16).

Bu karmaşık soy ağacı, bazen yeni halk sağlığı olarak adlandırılan (8,11) sağlığın teşviki ve geliştirilmesi anlayışı ile sonuçlanmıştır. Yeni halk sağlığı, sağlığın korunmasının ötesinde aşağıdakileri içermektedir:

1. Sağlığın güçlendirilmesi,
2. Bireysel ve kolektif sağlık konuları üzerinde güç ve kontrolün yeniden dağıtılması,
3. Sosyal, politik ve ekonomik ortamla ilişkilendirilen çok sayıdaki sağlık belirleyicilerinin olumsuz etkisinin azaltılması,
4. Kaynakların yukarı doğru tahsis edilmesi yerine sorunlar ortaya çıkmadan çözülmesi,
5. Fiziksel sağlığın ötesinde zihinsel, sosyal, mümkünse ruhsal boyutlara önem verilmesi,

6. Ekolojik yaklaşımın takip edilmesi (17,18),
7. Topluluk gelişimi ve katılımının meşru ve etkili stratejiler olarak kabul edilmesi.

Bu özelliklerden bazıları, yeni halk sağlığının amaçlarıyla daha fazla ilgiliyken (1 ve 5) diğerleri bu amaçlara ulaşma yollarına değinmektedir (2-6 ve 7). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin önerilen çeşitli tanımlarının bu özellikleri yansıtması şaşırtıcı değildir.

Tanımlar

Son yirmi yıl içinde çok çeşitli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımları önerilmiştir. Tablo 1.1’de en önemli tanımların bazıları liste halinde verilmektedir. İlk bakışta bu tanımların birbirinden önemli ölçüde farklı olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, yakından incelendiğinde bu aykırılıkların temel uyumsuzlıklardan ziyade, bakış açısı ve vurgu açısından farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili olarak sonuç ve süreç açısından faydalı bir ayırım yapılmıştır. Kickbusch (18) sağlığın teşviki ve geliştirilmesine “değişimi başlatma, sürdürme ve uygulama süreci, ... kişisel, kurumsal süreç ve politika gelişim süreci” olarak yaklaşmaktadır. Diğer kavramlar analiz edildiğinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin nasıl algılandığı daha iyi anlaşılır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini diğer yaklaşımlardan ayıran nokta, beklenen sonuçların özelliği (hedef ve amaç) ve stratejilerdir (süreçler ve faaliyetler). Bu sonuç ve süreçlerin yapısı, sonuç olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde neyin işe yaradığı ve değerlendirmenin en iyi nasıl yapılabileceği sorularına nasıl yanıt verildiğini belirler (Buchanan (30), sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde “amaç-süreç boşluğu” konusunu tartışmaktadır.)

Rokeach’ın nihai ve yardımcı değerlerle ilgili ayırımından hareketle (31), sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çeşitli tanımlarda bulunan amaç ve hedefleri 2 kategoride toplanabilir: nihai amaçlar ve yardımcı hedefler. Nihai amaçlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin (genellikle uzun vadedeki) son amacı veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi strateji ve faaliyetlerini yönlendiren ve motive eden “istenilen son durum” anlamına gelmektedir (31). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin nihai amacı, genellikle sağlık veya refahın iyileştirilmiş halini kapsamaktadır; bununla birlikte DSÖ sağlığı, yaşam kaynağı olarak tanımlamakta (4,24), bundan dolayı kendi içinde bir son olarak görmemektedir. Yine de sağlığın içsel bir değeri vardır ve genellikle bu değer, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının beklenen sonucudur.

Yardımcı hedefler, ara dönem (genellikle kısa vadeli) hedeflerdir ve bunlara ulaşılmasının nihai amaca ulaşılmasına aracılık ettiğine inanılır. Örneğin, hedef olarak sigaranın bırakılması, sağlık veya refahın iyileştirilmesine ulaşmada bir araçtır. Beklenen yaşam süresinde iyileşme, kaybedilen yaşam yılında azalma, yaşam kalitesi, vb. ile ölçülür.

Yardımcı hedefler ve bunların elde edildiği yardımcı süreçler de birbirinden

ayrılabilir. Örneğin, sigarayı bırakma hedefine, öz yeterliliğin (*self-efficacy*: yetkinlik hissi) artırılması ile ulaşılabilir. Son olarak yardımcı faaliyetler; yardımcı süreçler ve onlarla ilişkili yardımcı hedefler ve nihai amaca ulaşılmasında kullanılan faaliyetlerdir. Örneğin, sigarayı bırakma programına katılmak, sigara içen bir kişinin daha fazla öz yeterlilik edinmesine ve sigarayı bırakmada etkili adımlar atabilmesine yardımcı olur.

Tablo 1.1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Tanımları

Kaynak ve tarih	Tanım (vurgu ekli)
Lalonde, 1974 (3)	“Bireylerin ve kurumların bilgilendirilmesi, etkilenmesi ve onlara destek verilmesi; böylece zihinsel ve fiziksel sağlığı etkileyen konularda daha aktif olmaları ve daha fazla sorumluluk almalarını amaçlayan <i>strateji</i> ”
ABD Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı, 1979 (19)	“Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini desteklemek üzere tasarlanmış ekonomik <i>programların</i> birleşimi”
Green, 1980 (20)	“Sağlığı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini kolaylaştırmak için tasarlanmış kurumsal, politika ve ekonomik <i>müdahaleler</i> ile sağlık eğitiminin birleşimi”
Green & Iverson, 1982 (21)	“Sağlık eğitimi ve sağlığa yardımcı davranışa yönelik ekonomik ve çevresel <i>destekler</i> birleşimi”
Perry & Jessor, 1985 (22)	“Sağlığın 4 alanında da (fiziksel, sosyal, psikolojik ve kişisel) iyileştirme ve refahı artırmak için <i>girişimler</i> uygulanması”
Nutbeam, 1985 (23)	“İnsanların sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrolünü artırabilmeleri ve böylece sağlıklarını geliştirebilmeleri <i>süreci</i> ”
WHO, 1984 (24), 1986 (4) ve Epp, 1986 (25)	“İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini <i>sağlama süreci</i> ”
Goodstadt ve ark., 1987 (26)	“Etkili <i>programlar, hizmetler ve politikalar</i> uygulanmasıyla sağlığın mevcut düzeyinin artırılması ve sürdürülmesi”
Kar, 1989 (27)	“Sağlığın davranışsal, toplumsal, çevresel ve biyomedikal belirleyicilerini optimal düzeye çıkararak refaha erişilmesi ve sağlık risklerinin önlenmesi”
O'Donnell, 1989 (28)	İnsanların optimal sağlık durumuna erişmek için yaşam stillerini seçmelerine yardımcı olma <i>bilimi ve sanatı</i> ”
Labonté & Little, 1992 (29)	“İnsanların refah içinde yaşaması için sosyal ve çevresel yaşam koşullarını iyileştirmek amacıyla tasarlanmış <i>faaliyet veya program</i> ”

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tanımları ve kavramları amaç, hedef, süreçler ve eylemler açısından farklılık göstermektedir. Tablo 1.2’de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramları, Tablo 1.1’de listelenen tanımlar gibi analiz edilmektedir. Bu tanımlar nihai amaçlarına ve yardımcı hedef, süreç ve eylemlerine göre yapılandırılmıştır.

Tablo 1.2. Sağ lğm Teşviki ve Geliştirilmesi Tanımlarının Analizi

Kaynak ve tarih	Faaliyetler (Program, Politika, vb.)	Süreçler (Temel Mekanizmalar)	Hedefler (Yardımcı Sonuçlar)	Amaç (Nihai Sonuçlar)
Winslow, 1920 (2)	“bireylerin kişisel sağ lık alanında eğitilmesi ve sosyal mekanizmanın geliştirilmesine yönelik organize toplum çabası”		“... herkese belli bir yaşam standardı sağlamak”	“... sağ lğın sürdürülmesi veya geliştirilmesi”
Sigerist, 1946 (1)			“... düzgün yaşam standardı, iyi çalışma koşulları, eğitim, kültür, dinlenme ve eğlence araçları sağlayarak”	“Sağ lğın teşviki ve geliştirilmesi”
Lalonde, 1974 (3)	“... hem bireyleri, hem de kurumları bilgilendirmek, etkilemek ve destek olmak	“... böylece hem bireyler hem de kurumların zihinsel ve fiziksel sağ lğı etkileyen konularda daha fazla sorumluluk alması ve daha aktif olması ”		
ABD Sağ lık Bakanlığı, 1979,	“Sağ lık eğitimi ve sağ lğı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini desteklemek üzere tasarlanmış ekonomik programların birleşimi”		“... davranış ve çevredeki değişikliklerin desteklenmesi için tasarlanmış”	“... sağ lğın iyileştirilmesi”
Green, 1980 (20)	“Sağ lğı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini kolaylaştırmak için tasarlanmış kurumsal, politika ve ekonomik müdahaleler ile sağ lık eğitiminin birleşimi”		“... davranışsal ve çevresel değişikliklerin kolaylaştırılması için tasarlanmış”	“... sağ lğın iyileştirilmesi”
Green & Iverson, 1982 (21)	“Sağ lık eğitimi ve sağ lğa yardımcı davranışa yönelik ekonomik ve çevresel desteklerin birleşimi”			“... sağ lğa yardımcı olan”

Kaynak ve tarih	Faaliyetler (Program, Politika, vb.)	Süreçler (Temel Mekanizmalar)	Hedefler (Yardımcı Sonuçlar)	Amaç (Nihai Sonuçlar)
Perry & Jessor, 1985 (22)	“Çabaların uygulanması”			“...Sağlığın 4 alanında da (fiziksel, sosyal, psikolojik ve kişisel) iyileştirme ve refahı artırmak için girişimler uygulanması)”
Nutbeam, 1985 (23)		“İnsanların daha fazla kontrol sahibi olması”	“... sağlığın belirleyicileri üzerinde”	“... böylece sağlıklarını geliştirmeleri”
DSÖ, 1984 (24), 1986 (4) Epp, 1986 (25)		“İnsanların sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma süreci”		“... ve böylece sağlıklarını geliştirmeleri”
Goodstadt ve ark., 1987	(26) “... etkili program, hizmet ve politikalar uygulayarak”			“sağlığın mevcut düzeyinin artırılması ve sürdürülmesi”
Kar, 1989 (27)			“... Sağlığın davranışsal, toplumsal, çevresel ve biyomedikal belirleyicilerini optimal düzeye çıkararak sağlık risklerinin önlenmesi”	“refahın artırılması”
O'Donnell, 1989 (28)	“İnsanların yaşam stillerini seçmelerine yardımcı olma bilimi ve sanatı			“... optimal sağlık durumuna erişilmesi”
Green & Kreuter, 1991 (7)	“Yaşam faaliyetleri ve koşullarına yönelik eğitim ve çevre desteklerinin birleşimi”			“... sağlığa yardımcı olan”

Görüldüğü üzere, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımlarının çoğu, sağlığın veya refahın artırılması açısından istenen sonucu (nihai amaç) anlatmaktadır. Bununla birlikte bazı tanımlarda sağlığın korunması bir amaç olarak verilmektedir. Hedefler, süreçler ve eylemler konusunda tanımlar daha fazla farklılık göstermektedir; yani tanımlar sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin sağlığı nasıl geliştirdiğinin tanımlanmasında daha fazla değişkenlik göstermektedir. Bazı tanımlarda bileşenler belirtilmemiştir. Bununla birlikte bu farklılık gerçekte olduğundan daha fazladır. Tanımların yardımcı hedefleri 2 kümeye ayrılmaktadır; bu kümeler birbirinden farklıdır. İlki çevreye odaklanırken ikincisi bireye odaklanmaktadır. Bununla birlikte tanımların çoğunda ikisine de odaklanmanın gerekli olduğu kabul edilmektedir.

Yardımcı faaliyetler, özgüllük seviyeleri ve özel unsurlar açısından farklılık göstermektedir. Örneğin, bazıları çaba ve tedbirlere değinirken diğerleri program, hizmet veya politika gibi müdahale türlerine değinmektedir. Bununla birlikte çoğu bir çeşit eylemden bahsetmekte veya bunu ima etmektedir.

Tanımların birkaçında süreçler belirtilmektedir. Bunun istisnası; DSÖ tanımı (4), Nutbeam tarafından hazırlanmış tanım (23) ve Marc Lalonde tarafından öne sürülen tanımdır (3).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin güncel kavramları değişiklik göstermekle birlikte, ortak bir takım önemli unsurlar vardır. Spesifik olarak söylemek gerekirse tanımları yapan kişiler; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çeşitli eylemleri kapsadığını, bireye veya çevreye odaklandığını, bunlar üzerindeki kontrolü artırmanın sonucunda sağlık veya refahın geliştiğini kabul etmektedir. Bununla birlikte biz, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından ilk kez önerilen (24) ve Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda onaylanıp Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde (4) yayımlanan tanımın üstünlüğünü kabul ediyoruz. Bu tanımda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi “insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci” olarak tanımlanmaktadır.

Bu tanımın Nutbeam (23) tarafından hazırlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Terimler Sözlüğünde kullanılan genişletilmiş versiyonu “insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.” şeklindedir. Bu tanım, kontrol edilen bireyler ve topluluklar ile olası bir nedensel mekanizma ilgisini belirgin hale getirmektedir. Bununla birlikte, bireylerin ve toplulukların kontrol edemeyeceği, ancak negatif etkilerini azaltmaya sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yardımcı olabileceği bazı sağlık belirleyicileri vardır (örneğin, genetik hastalığı olan insanlar arasında karşılıklı yardım tesis etme, düşük gelirli aileler için aşıları). Buna ilaveten sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri doğrudan kontrol edilemeyen bazı sağlık belirleyicilerinin pozitif etkilerini güçlendirmeyi veya artırmayı amaçlamaktadır (örneğin, sosyal desteğin artırılması – bk. Fasil 22). Ayrıca, bazı kanıtlar göstermektedir ki kişisel kontrol ve öz yeterliliğin

artması sağığı güçlendirmektedir (32-34). Ottawa Sözleşmesi (4) tanımında ise sağığın teşviki ve geliştirilmesinin, alanda çalışan birçok kişi tarafından anlaşılan ve kabul edilen bazı unsurları vurgulanmaktadır.

Bu tanımda özellikle sağığın teşviki ve geliştirilmesinin kilit temel kavramı veya ana ilkesi olan yetkilendirme (*empoverment*) belirtilmektedir. Yetkilendirme, bireyler ve toplulukların hak ettikleri gücü elde edebilmelerini sağlamakla ilgilidir. Bundan dolayı belli bir girişimin sağığı teşvik edici olup olmadığına karar vermek için birincil kriter, bireyler veya toplulukları yetkilendirme veya etkin kılma sürecini ne kadar içerdiği olmalıdır. Yetkilendirme faaliyetlerinin bulunmaması, sağığın teşviki ve geliştirilmesi başlığında müdahalenin bulunmadığına işaret etmelidir. Halkın katılımını teşvik etme teşebbüsleri yetkilendirme süreci için çok önemlidir. Sağığın teşviki ve geliştirilmesini ayırt eden bir başka kriter ise sağığa geniş açıdan bakılması ve hakkaniyet veya sosyal adalet ve sektörler arası iş birliğini vurgulamasıdır (35).

Bu kriterlere göre sağığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımı birçok alanda uygulanabilir. Bunlar arasında hastalık önleme, tedavi, rehabilitasyon ve hatta uzun dönem bakım bulunmaktadır. Ayrıca bu alanlardaki her şeyin sağığın teşviki ve geliştirilmesini içerdiği söylenebilir. Özellikle sağığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme birbiriyle eş anlamlı değil birbirini tamamlayıcıdır. Buna rağmen, hastalık önlemeye (ve hatta tedavi ve rehabilitasyona) yönelik faaliyetlerin hepsi olmasa bile birçoğu, bireyler ve topluluklar yetkilendirerek, halkın katılımını teşvik ederek, sağık ve sağığın belirleyicilerine daha geniş bir açıdan bakarak sosyal adaleti vurgulayarak ve sektörler arası iş birliğini güçlendirerek sağığı teşvik edici bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Uygulama

Bu kriterlere rağmen, uygulayıcılar sağığın teşviki ve geliştirilmesi etiketini, faaliyetlerine geniş ölçüde uygulamaktadır. Örneğin, Downie ve ark. (35) bu başlık altında olduğunu düşündükleri 7 farklı türde faaliyet belirlemiştir:

1. Koruyucu hizmetler (bağıışıklama, servikal tarama, hipertansiyon vakası saptama ve nikotin sakızı tedarik etme gibi),
2. Koruyucu sağık eğitimi (yaşam stilini etkileme ve koruyucu hizmetlerin kullanımını artırmak amaçlı çabalar gibi),
3. Önleyici sağık hizmetleri (suyun florlanması gibi),
4. Önleyici sağık korumaya yönelik sağık eğitimi (örneğin emniyet kemeri yasası için lobi yapma),
5. Pozitif sağık eğitimi (boş vakitlerin verimli kullanılmasını teşvik etmeyi ve insanların sağıkla ilgili yaşam becerileri geliştirmelerine yardımcı olmayı içeren pozitif sağık temelinde davranışı etkileme amaçlı),
6. Pozitif sağığı koruma (iş yerinde sigara karşıtı politikaların uygulanması ve boş zaman olanaklarının sunulması gibi),
7. Pozitif sağığın korunmasına yönelik sağık eğitimi (pozitif sağığın teşviki ve geliştirilmesi önlemleri için destek almak gibi).

İngiltere’de Sağlık Eğitim Kurumu gibi alanda etkili kurumların bu faaliyetleri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının bir parçası olarak desteklediği göz önünde tutulacak olursa bu faaliyetlerin hepsinin yukarıda belirtilen kriterlere uyup uymadığı tartışmalı noktadır.

Birçok ülkede yukarıdaki kriterlere uysa da uymasa da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi adı altında birçok faaliyet yapılmaktadır. Örneğin Kanada’da, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi adına şu faaliyetler finanse edilmekte ve gerçekleştirilmektedir: sigara içme ve alkolü araç kullanmanın tehlikeleri hakkında farkındalığı artırmak için kitle iletişim araçları ile yapılan kampanyalar; okulda kapsamlı sağlık eğitim programları; kalp sağlığı, düşük doğum ağırlığı ve diğer koruyucu sağlık konularına toplumun dikkatini çekmeye yönelik çabalar; dezavantajlı annelerin ebeveynlik becerilerini güçlendirmesi için toplumsal kalkınma projeleri; işyerlerinde yaşam stili konularının ve çevresel konuların değerlendirilmesi ve ele alınmasına yönelik çabalar; hizmet kesintilerine çözüm bulmak için iş birliğine yönelik çabalar; sigara içme ve diğer konulara ilişkin politika değişikliklerine yönelik lobi yapma; hekimler ve diğer sağlık personelinin koruyucu uygulamalarını güçlendirme çabaları.

Buna ek olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri giderek artan bir şekilde birlikte planlanmakta ve yapılmaktadır. Kapsamlı bir yaklaşımda, bireylerin davranışlarını çevresel değişiklikler ve politika değişiklikleri vasıtasıyla değiştirmek için bir dizi strateji kullanılmaktadır. Mevcut müdahale yaklaşımında sürdürülebilirliği sağlamak için çok katmanlı (ulusal, bölgesel, toplumsal) eylem ve çok boyutlu yaklaşımlar geliştirilmektedir.

Böylece, birçok farklı faaliyet teorik makalelerdeki kriterlerin hepsine veya bazısına uygun olsa da olmasa da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyeti olarak adlandırılmaktadır. Buradaki soru, değerlendirme perspektifinden baktığımızda bu faaliyetlerin her birinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyeti olarak düşünülüp düşünülmeceğidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kriterlerinden en az birine uyan faaliyetlerin dahil edilmesi gerektiği fikri cazip gelmektedir. Ancak bunun sonucunda sağlığın teşviki ve geliştirilmesine katkı sağlayan, bazıları çok ılımlı kapsam ve hedeflere sahip olan birçok müdahale dışarıda kalabilir. Her durumda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirmeye uyan düşüncelerin çoğu diğer alanlardaki, özellikle önleme alanındaki değerlendirmelere uygundur. Bundan dolayı, değerlendirme amaçları için sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ne olabileceği hakkında çok fazla kuramsal olunmamalıdır. Aynı zamanda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerinin, özellikle yetkilendirmenin, değerlendirmeye ilgili faaliyetleri de dahil olmak üzere rehber faaliyet aracı olarak önemi bilinmelidir.

Sonuç

Saha, teori ve mevcut uygulamanın gelişimi açısından sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımlarının gözden geçirilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tek parça olmaktan uzak olduğunu göstermektedir. Birçok disiplini kapsayan ve çözülmemiş anlaşmazlıklarla doludur. Bununla birlikte, mevcut paradoksların bazılarını bütünleştirmek ve çözmek için bazı geniş mutabakat alanları temel alınabilir. Özellikle yetkilendirme ve katılım gibi bazı temel ilkelerin önemli olduğuna dair uzlaşma görülmektedir ve bireylerin ve toplulukların sağlığını geliştirme amaçlı faaliyetler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasını oluşturmaktadır. Bu faaliyetleri değerlendirmenin en uygun yolu nedir?

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Değerlendirmenin Anlamı ve Uygulanması

Son 40 yıl içinde birçok yazar değerlendirmeye yönelik tanımlar ortaya atmıştır. Bu tanımların en geniş olanları arasında Green ve Kreuter'in tanımı bulunmaktadır; "İlgilenilen hedefin kabul edilebilirlik standardına göre karşılaştırılmasıdır." (7) Ancak bu tanım akıllarda birçok soru bırakmaktadır. Araştırma hedefi nedir? Karşılaştırma nasıl yapılır? Standart nasıl tanımlanır? Değerlendirme sonuçları ne için kullanılır? Değerlendirmecilerin programın devam etmesi ve sonlandırılmasındaki rolü nedir? Değerlendirme teorisyenleri ve uygulayıcılar bu sorulara birçok yanıt önermiştir. Bu kısımda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine yönelik birçok olasılığı örnekleyen gelişme ve tartışmalara genel bir bakış sunulmaktadır.

Temel Konu ve Zorluklar

Suchman (36) ve Wholey ve ark. (37) gibi yazarlar tarafından hazırlanmış birçok değerlendirme ders kitabı bulunmaktadır. Her birinde, program veya diğer müdahaleleri değerlendirme görevini yapmaya yönelik bir dizi araç ve bakış açısı önerilmektedir. Ders kitabı yazarlarına ek olarak birçok öncü düşünür, *Evaluation and program planning*, *Evaluation review*, *Evaluation and the health professions* ve *New directions for program evaluation* gibi alanda önde gelen hakemli dergilerde yayımlanmış makalelerinde kendi bakış açılarını geliştirmiştir. Bu bilimsel tartışmaların değeri ve zenginliğini anlamak için okuyucular bunlara bir göz atmalıdır.

Değerlendirme, birçok disiplin ve mesleki faaliyetten katkılarla zenginleşmiştir. Değerlendirmecilerin çoğu eğitim alanından gelmektedir. Eğitim sistemlerinin değerlendirme ihtiyacı, özetleyici ve biçimlendirici değerlendirme (38) ve herhangi bir amaca hizmet etmeyen değerlendirme (39) gibi kavramların kaynağıdır. Bunlar, sırasıyla program hakkında genel bir hükme varmak, programın uygulanması ve gerçekleştirilmesine yardımcı olan bilgileri edinmek veya beklenmeyen sonuçlar hakkında bilgi edinmek amaçlı faaliyetleri tanımlamak için kullanılır.

Sosyal psikoloji, sosyoloji, sosyal hizmet, siyaset bilimi, antropoloji ve iktisat bilimi gibi sosyal bilimler de ana girdi kaynakları olmuştur. Süreç ve etki değerlendirme

(40), kurum içi ve kurum dışı doğrulama arasındaki farklılık (41,42), maliyet-fayda ve diğer maliyetlendirme metodlarının uygulanmasına (43,44) dayalı sınıflandırma, “post-pozitivizm”, “yapısalcılık” veya “kritik teori” (45-47) ve “yetkilendirme değerlendirmesi” (48) gibi kuramsal bilgi paradigmalarına dayalı değerlendirme sınıflandırmaları başlıca katkılardır.

Sağlık bilimleri başka bir etki daha sağlamıştır. Tıbbi tedavi değerlendirmesine yönelik randomize klinik deneylerin gelişimi (49), değerlendirme projelerinde nüfus değişkenlerini dikkate almak için epidemiyoloji modellerinin kullanılması (50), program geliştirmenin etkililik ve verimlilik arasındaki farkı vurgulayan değerlendirme aşamalarına ayrılması (50) ve geniş çapta koruyucu programların geliştirilmesi ve uygulanması (51), değerlendirme bilgileri bütününe eklenmiştir.

Son olarak değerlendirme konusu akademik çevre dışında da önemli bir konu olmuştur. 1960’lı yıllarda, sosyal program konuları hakkında (52) karar alınmasını rasyonel hâle getirme amaçlı olarak ABD Federal Hükümeti’nin tüm yürütme kurumlarında Planlama-Programlama-Bütçeleme Sisteminin kabul edilmesiyle değerlendirme konusu, kamu yöneticilerinin başlıca meşguliyeti olmuştur. Hükümet programlarına katılan değerlendirmeciler, hesap verebilirlik (53) ve değerlendirilebilirlik (54) gibi kavramlar ile program yönetimine (55) önem verilmesini teşvik etmektedir. Bunlar artık değerlendirmeye ilişkin fikirlerin bir parçasıdır.

Bu geniş bakış açısı, değerlendirmenin çok disiplinli özelliğini göstermekte ve alanın gelişmesini sağlayan çeşitli konu ve endişelere örnekler vermektedir. Bu katkılara ek olarak tüm bu faaliyeti düzenlemeye yönelik analitik çerçeve sağlamak amacıyla sınırlı sayıda bazı girişimler başlatılmıştır. Bunlardan kısaca bahsetmek gerekirse House’un *Değerlendirme Çeşitlerinin Sınıflandırılması* (56) ve Guba ve Lincoln’un *Alanın Gelişim Aşamaları* (57) örnek verilebilir. Mevcut tartışma için özellikle önemli olan 5 konu vardır. Bunlar Shadish ve ark. (58) tarafından belirlenmiş olup bütün program değerlendirmesini anlama ve tanımlamaya ilişkindir: sosyal programlama, programlama, değer biçme, bilgi inşa etme, bilgi kullanımı ve değerlendirme uygulaması. Bu yazarlara göre değerlendirmenin tanımı şöyledir:

1. Değerlendirme, genellikle; sosyal programların değinmesi gereken sorunlara ilişkin geliştirdiği ve iyileştirdiği bakış açısına dayalıdır (araştırma hedefini tanımlayan),
2. Değerlerin program tanımlarına nasıl eklenebileceğini belirlemelidir (kabul edilebilir standart alanının tanımlanması),
3. Program hakkında bilgi üretmek için gerekli koşullara ilişkin değerlendirmeci görüşlerini yansıtmalıdır (kabul edilen karşılaştırmaları belirlemeye yardımcı),
4. Genellikle değerlendirme bilgisinin nasıl kullanılabileceğini ve takibine yardımcı olduğu hedefleri yansıtır,
5. Değerlendirmecilerin mesleki çalışmalarında takip ettikleri yaklaşım ve uygulamaları belirlemelidir (program veya girişimlere ilişkin rollerinin belirlenmesi).

Bu 5 konu, değerlendirmenin doğasını, genel anlamda ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında incelemeye ve netleştirmeye yönelik bir çerçeve sağlamaktadır.

Sosyal Programlama

Program değerlendirme, programların sistematik olarak incelenmesi hakkındadır. Programlar doğal objeler değildir; birlikte ele alındığında spesifik bir nüfusa yönelik belli bir bağlamdaki bir sorunu ele alan hedefleri takip eden faaliyet ve hizmetleri yaratmak için bir araya getirilen kaynaklardan oluşan, insan eliyle yapılmış eserlerdir (59). Bu faaliyetlerin duruma ilişkin bazı etkiler yaratması beklenir.

Değerlendirmenin bu boyutu meşru olarak değerlendirilebilir bir dizi bileşeni tasvir eder ve mevcut tipolojilerin çoğunu kapsar. Örneğin, süreç değerlendirme (40) kaynak ve faaliyetlere odaklanırken sonuç değerlendirme faaliyetler, hizmetler ve durumdaki değişiklikler arasındaki ilişkileri ele alır. Müdahalelerin etkililiği ve verimliliği konusunun çok önemli olduğu sağlık alanında, program değerlendirme; program veya unsurları ile ele alınan durumun bazı konuları arasında ilişki kurulmasını sıklıkla vurgulamaktadır (60). Bizim tavsiyemiz, ele alınabilecek bir dizi soru oluşturmak veya sorulara değer biçmek için bir hiyerarşi kurmak değildir. Program veya katılımcıları için uygun olan her bir sorunun ele alınmaya değer olduğunu düşünüyoruz. Programlar, birden fazla ilgi çekici özelliğe sahiptir.

Değerlendirmenin bu yönü, programların içinde bulunduğu bağlamla sınırlı olduğu gerçeğini vurgulamaktadır. Bunlar spesifik bağlamlardaki belli sorunlara yanıt olarak birleştirilir. Bundan dolayı program değerlendiricileri, bu program-bağlam ilişkisinin programın bazı özelliklerini açıklamada çok önemli olabileceğini bilmelidir. Weiss (61) ve Cronbach ve ark. (62) “bağlamsal olarak gerçekçi” değerlendirme teorisinin en güçlü savunucuları arasındadır. Bu; değerlendirme ile elde edilen bilginin, hem yerel hem de genellenebilir bilgi olarak programların nasıl tasarlandığı, uygulandığı ve değiştirildiğinin anlaşılması için faydalı olması gerektiği anlamına gelmektedir. Ayrıca, Weiss (63) programların durağan olmadığını öne sürmektedir. Programlar, zaman geçtikçe ve değerlendirmeden alınan bilgilerle geri bildirim yapıldıkça değişen dinamik varlıklardır. Bundan dolayı, hangi değerlendirme sorusu ele alınırsa alınsın değerlendiriciler; üretilen bilginin, programın ele aldığı sosyal probleme ilişkin gelişimi ile yerel olarak tanımlandığını unutmamalıdır.

Güncel olarak Guba ve Lincoln’un *Dördüncü Kuşak Değerlendirme* (57) eserinde değerlendirmenin; programların sosyal bağlamla ilişkilerindeki evrimini tanımlamaya odaklanması gerektiği öne sürülmektedir. Değerlendirmeyi bu tür bir tanımlama ile sınırlamadan, herhangi bir programın dinamiğini anlamanın faydalı olduğunu düşünüyoruz. Program ne kadar karmaşık ise bu tanımlamalar da o kadar faydalı olur.

Son olarak bu tanımda problem ile program arasındaki ilişkinin bir program teorisi haline getirilebileceği öne sürülmektedir (64). Chen (65, 66) ve Rossi (65) bir programın etkin mekanizmalarının problem bilgisinden nasıl ayrılabilirliğini; acil, orta ve nihai sonuçların nasıl belirlenip daha sonra program teorisi için test olarak değerlendirilebileceğini örneklemek amacıyla teori odaklı değerlendirme kavramını geliştirmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde, Green ve Kreuter's ÖNCESİ/SONRASI modeli (7) bu tür bir sürece örnektir. Modelin ÖNCESİ kısmını oluşturan sosyal, epidemiyolojik, eğitimle ilgili, kurumsal ve çevresel tanıların her biri (ekosistem tanı ve değerlendirmesinde hazırlayıcı, güçlendirici ve sağlayıcı yapılar), SONRASI (eğitim ve çevresel gelişimine yönelik politika, düzenleme veya kaynak bulma, organizasyon) kısmını veya değerlendirme aşamalarını oluşturan spesifik sonuç göstergelerine karşı gelmektedir.

Değer Biçme

Değerlendirmeyi takiben programa bir değer verildiği süreçtir. Daha önce değerlendiricilerin çoğu, gerçeklerin ortada olduğunu ve bundan dolayı değerlendirmenin değer biçmeksizin yapıldığını düşünüyordu (39). Bu değerlendiricilerin haklı olmadığı 3 açıdan kanıtlanmıştır. İlk olarak sosyal programların kendisi değer yüklüdür. İkinci olarak değerlendirme verileri, sosyal kaynakların dağıtımını içeren kararların alınmasında kullanıldığı için bunların değeri ve etik açıdan anlamı vardır. Üçüncü olarak veriler anlam kazanmak için yorumlanmalıdır. Sonuç olarak birçok değerlendirme düşünürü ve uygulayıcısı bu konuya değinmiyor olsa da değer biçmeye daha fazla dikkat edilmelidir (58).

Değer biçme hakkındaki teoriler, kuralcı veya betimleyici olabilir. Kuralcı teoriler, sosyal adalet ve eşitlik gibi belli değerleri teşvik eder. Bu öncelikli değerler, programların kıyaslandığı standartları sağlar. Betimleyici teoriler, paydaşların desteklediği değerleri sunar ve bu teoriler programı değerlendirmede kullanılan kriterleri belirler. Her ne kadar birçok değerlendirici, ikinci değer biçme teorisini kullansa da (58) House (56); değerlendirme, karar alıcıların kaynakları yeniden tahsis etmesine yardımcı olan bir politik faaliyet olduğundan, kuralcı etiğin değerlendirmenin doğasında bulunduğunu öne sürmektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi artan bir şekilde; yetkilendirme, eşitlik ve katılım gibi değerler açısından tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, betimleyici teorilerin kabul edilmesi çok zordur. Değerlendiriciler, alandaki değerlerin aktif destekçileri olmaya ve bunları programın kıymetini değerlendirmede kullanmaya mecbur tutulmaktadır. Değerlendirme politik açıdan tarafsız veya ideolojik açıdan masum değildir; politik ve ideolojik amaçlara hizmet etmektedir. Buradaki soru, kimin amacına hizmet etmesi gerektiğidir: Gücü elinde bulunduranlar mı? Yoksa güç sahibi olmayanlar mı? Bürokrasi mi? Yoksa toplum mu? Bu gibi sorular sağlığın teşviki ve geliştirilmesine özellikle uygundur. Çünkü, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; yetkilendirme, katılım ve eşitlik gibi değerlere dayalıdır ve bu değerlerin politik sonuçları bulunmaktadır.

Bundan dolayı, sađlđđın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme bir dereceye kadar politik bir faaliyetir ve politik konuları dikkate almalıdır. Değerlendiriciler; politik bağlamı makro, mezzo ve mikro düzeylerde anlamalıdır. Makro düzeyde, değerlendiricilerin gúçlü olanın ideolojisini dikkate alması ve kendi ilkelerini karıştırmadan bu ideolojilere göre değerlendirmeyi tasarlaması gerekmektedir. Aynı şekilde, mezzo düzeyde, değerlendiriciler ve değerlendirmelerin; toplumdaki kişilerin endişelerine ve pozitif sosyal değişimi başarmaya yúnelik araçları sağlayacak bilgi ihtiyaçına duyarlı olması gerekmektedir. Mikro düzeyde ise değerlendiriciler, değerlendirmeye katılan kişilerin politik gündeminin farkında olmalıdır.

Bilgi İnşa Edilmesi

Bilgi inşa edilmesi, değerlendirme literatüründe çok tartışılmaktadır. Önceki değerlendiriciler, işleyişe paralel olarak programların; deneysel/yarı deneysel metodoloji altında gruplanan temel doğa ve sosyal bilimlerin metodolojik araçları ile incelenebileceğini varsaymıştır (67, 68). Bunlar, programları etkisi manipúlasyonların etkilerini incelemek için kullanılan metotlarla incelenilecek karmaşık işleyiş paketleri olarak görmüştür (69) (70). Gerçekten de Campbell'in içsel geçerlilik üzerine yaptığı vurgu, bu önceki dönemin bir örneği olarak kalmaktadır (67). Campbell'in savunduğu gúçlü araştırma programı talebine rağmen, değerlendirme sonuçlarının yanılııcı olduğu görölmüştür (61). Programların etkileri varsa marjinal olmuştur.

Guba (71, 72) bu yaklaşımı çok eleştirmiş, nedenselliğin konu olmadđđını ve bundan dolayı değerlendirmenin etki gösteremeyeceğini savunmuştur. Guba'nın görüşü en geçerli atomlarla ilgili paradigmaya tepki olarak doğal değerlendirme paradigmasının (73) savunulmasına yol açmıştır. Bu bakış açısı, nicel metodoloji karşısında nitel metodoloji tartışmasında özetlenmektedir.

Bu tartışmada araştırmacıların 3 görüşten birine katıldığı söylenebilir. Deneysel metodolojinin bilgiye giden yol olduğunu iddia eden gúçlü olgucu görüş, önemini yitirmektedir. Bu görüş, gerçeğin bağımsız bir gözlemci tarafından objektif olarak değerlendirilebileceği ve nedenselliğin incelenen işleyiş hariç tüm parametreler sabit tutulması koşuluyla gösterilebileceği bakışını temel almaktadır. Mantıklı kararlar almak için aksi kanıtlanamayan gerçeklerin gerekli olduğunu düşünenler için bu görüş çok caziptir. Programların çoğu, kontrolü elde etmenin zor olduğu açık sistemlerde meydana geldiğinden (74) bu görüşü savunmak zordur.

Diğer yanda yapısalcılar, bilginin yerel olduğunu ve bir gözlemci tarafından meydana getirildiğini öne sürerler. Yerel yapıların programdaki aktörlerin değerlerini yansıttđđını söyleyerek nedensellik ve tarafsızlığın varlığını reddederler. Değerlendirici, bu aktörlerden biridir; programın ve değerlendirme çabasından ortaya çıkan bilginin gelişimini etkiler. Bu anlayışı kabul eden değerlendiriciler, programın yürütülmesine doğrudan dâhil olan kişilerin dikkatini çekmiştir. Benzersiz süreçlere yapılan bu vurgu, programın iyileştirilmesi için faydalı bilgilerle sonuçlanır; ancak

değerlendirme araştırmasının potansiyel finansörleri, bunun diğer program veya bağlamlara genellenmesinin zor olduğunu düşünmektedir.

“Eleştirel çoğulculuk” (75) adı verilen orta görüş ise metotların sorulan soruya uyarlanması gerektiğini iddia etmektedir. Değerlendirme, çok çeşitli sorulara yanıt verecekse tek bir metodun bunların hepsine yanıt verememesi şaşırtıcı değildir. Bundan dolayı değerlendiriciler, uygulamalarını belli girişimlerin ihtiyaçlarına uyarlayan seçmeci metodolojistler olarak görülmektedir. Çünkü bunlar; karar alıcılar, program çalışanları ve katılımcıları kapsayan paydaşlar tarafından formüle edilir (76). Bu görüşün aldığı başlıca eleştiri, metodolojilerin tek bir çaba bünyesinde uzlaştırılamayacak farklı epistemolojilerden kaynaklanmakta olduğudur (77). Ayrıca çok azı tek bir değerlendirici tarafından ele alınabilir.

Genel olarak değerlendirmeye olduğu gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme bir takım felsefi sorunla karşı karşıya gelmek zorundadır. Caplan (78), dikkat edilmesi gereken 2 soru belirlemiştir. Bunlardan ilki, müdahalelerin bilimsel bilgi doğası etrafında planlandığı ve çözüldüğü hakkındaki kanıtlarla ilgilidir. İkincisi ise toplum doğası hakkındaki varsayımlar ve teorilerle ilgilidir. Caplan, biraz daha ileri giderek bu soruların birleşmesinin sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından önemli sonuçları olduğunu öne sürmektedir.

Bilginin doğasına ilişkin bir görüş; sağlık veya hastalığı objektif patolojik bir varlığın mevcudiyeti veya yokluğu olarak ele alır. Diğerisi ise insanların sağlık durumuna yüklenen anlamlar gibi daha az somut, sübjektif tecrübe kategorilerine dayalıdır. Caplan (78) şöyle demektedir: “Faaliyet programlarımızı temellendirdiğimiz bilgi sorunu, birbiri ile yarışan mantıksal sistemler üzerindeki mücadelede yer alan uygulanabilir geniş ifadeye ilişkin temel felsefi sorun olmaya devam etmektedir.”

Caplan, toplumun doğası hakkındaki varsayım ve teorilerin, radikal değişimden sosyal düzenlemeye kadar bir aralıkta yer alan teorilerde ele alındığını öne sürmektedir. Radikal değişim; değişim, yapısal çelişki, egemenlik, çelişki, özgürleşme, yoksunlaşma ve potansiyellik biçimleriyle ilgilidir. Bunun aksine sosyal düzenleme; statüko, sosyal düzen, fikir birliği, sosyal bütünleşme ve içerim, dayanışma, ihtiyaçların karşılanması ve gerçeklikle ilgilidir (78).

Caplan (78) daha sonra bu 2 boyuttaki öznel ve nesnel bilgi yaklaşımlarını, toplumun işleyişi hakkında radikal değişim ve sosyal düzenleme varsayımları ile birleştirerek bir tipoloji yaratır ve her çeyreğin “sağlık ve sağlık eğitimi/sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının anlaşılmasında ana bir yaklaşım veya paradigma temsil ettiğini” öne sürer. Ayrıca Caplan, bu tipolojinin “çeşitli sağlık eğitimi/ sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modelleri arasında ne tür fark ve benzerlikler olduğunu daha derin ve temel bir şekilde değerlendirmek için gerekli kavramları sağladığını” öne sürmektedir. Caplan, daha sonra bu araçları; sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin dönüşlü bir analizine uygulamakta ve çeşitli sağlığın teşviki ve

geliştirilmesi modellerinin (eğitim, öz yetkilendirme, politik ekonomi ve toplum gelişimi); “sağlık sorunlarının başlıca kaynakları ve sağlık eğitimi/ sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin sonuçlarının ne olduğuna ilişkin görüşleri farklı olsa da benzer bir toplum bakışına sahip oldukları” sonucuna varmaktadır. Bu analizin, epistemolojik konuların sağlıkla ilgili araştırmalarda dikkate alınması gerektiğini gösterdiğini öne sürmektedir. Bu sonuç, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirmeyi de içine alabilir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinde teorinin rolü ne olmalıdır ve en uygun teoriler hangileridir? Burada zor olan, *Yeni bir halk sağlığı için okumalar* (12) eserinde olduğu gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik genel bir teori geliştirme çabalarına rağmen, çok az başarı sağlanmış olmasıdır. Böylece her biri, alanın sınırlı bir açısını açıklamaya veya öngörmeye çalışan farklı birçok teori ortaya çıkmıştır. Bu durum, Chen (66) ve Weiss (79)’in değerlendirmeleri gibi “teoriye dayalı” değerlendirme gereğinin arttığı değerlendirmede özellikle önemlidir.

Sorunun kolay bir yanıtı olmamakla birlikte, bunu ele almayı sürdürme ihtiyacı kabul edilmelidir. Çünkü teori, değerlendirme çabalarında çok faydalıdır. Teori, az sayıda değerlendirme kaynağının yöneltileceği kilit program konuları hakkında yön gösterir ve böylece etkililik ihtiyacı ile başa çıkılmasına yardımcı olur. Teori, aynı zamanda birçok spesifik program kararının dayandığı varsayımların geçerli olup olmadığını göstermeye ve katılımcıların kendi varsayımlarını dikkatlice düşünmelerine yardımcı olur. Weiss’e göre (79), programlardaki teorik varsayımları ele alan değerlendirmeler, hem politikada hem halkın görüşünde daha fazla etki yapabilir. Diğer bir deyişle iyi bir teoriden daha pratiği yoktur.

Bundan dolayı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendiren kişiler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde teori geliştirme ve kullanma ile başka alanlardan uygun teorileri alma başarısını göstermelidir. Bireysel, kurumsal ve toplum değişikliği hakkındaki teoriler özellikle faydalıdır.

Gelişmekte olan bir alan olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, değerlendirme açısından birtakım sonuçları olan bir dizi kavramsal mücadele ile karşılaşır. Bunlardan biri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yetkilendirmeye ilişkin vurgusudur. Yetkilendirmeyi tanımlama konusundaki zorluklar yanında (80) bu kavram, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımlarını değerlendirmede birtakım sorunlar ortaya çıkarır. Örneğin, toplum sağlığı programlarında etkililik ve yetkilendirme amaçları arasındaki anlaşmazlık (81), değerlendiricilerin bu çelişen şartları uzlaştırmasını gerektirir. Benzer şekilde değerlendiriciler, paydaşları çelişen değer ve amaçları destekleyen programları değerlendirme zorluğu ile başa çıkmalıdır (82).

Boyce (82), bu zorluğun üstesinden gelmek için bir yaklaşım tanımlamakta ve kilit yetkilendirme unsuru olan toplum katılımını değerlendirmeye yönelik bir metodoloji öne sürmektedir. Bu metodoloji, kilit paydaşları temsil eden bir toplum

kurulu tarafından yapılan halk oturumları süreci vasıtasıyla, katılımcı etik kuralları geliştirilmesini içerir. Bu kural, daha sonra mevzuat gibi bir kamu mekanizması tarafından onaylanacak; eşitlik, hakkaniyet ve adalete ilişkin verileri içerebilen bilgi toplama sürecini yönlendirmede kullanılacaktır. Bu veriler toplandığında, değerlendiriciler ve toplum değerlendirmecileri bunları bir topluluk paneline sunacaktır. Burada veriler, halk arasında fikir birliği oluşturmak amacıyla katılımcı etik kuralları kullanılarak değerlendirilecektir.

Bu yaklaşım, gerekli zaman veya çaba açısından etkili olmasa da çeşitli paydaşların, etkililiğin topluluk girişimlerini değerlendirmeye yönelik önemi hakkında fikir birliğine varmasına ve mevcut topluluk kaynaklarından yararlanmasına olanak sağlar. Boyce'un dediği gibi (82) "Program etkililiğinin birincil amaç olduğu ve halkı sürece dâhil etmeyen durumlar bu model kullanılarak değerlendirilmemelidir."

Kapasite oluşturma ve kontrol gibi diğer sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramları da değerlendirme açısından zorluklar oluşturmaktadır (bk. Fası 11). Bunlar gelişimin erken aşamalarındadır ve bu durum, değerlendirme sürecinde zorlukların fark edilmesini zorlaştırarak yeni araştırma prosedürleri ve teknolojilerinin geliştirilmesini gerektirmektedir.

Bilginin Kullanımı

Karar alıcıların programlar hakkında karara varmasına yardımcı olmak gibi amaçlar için sonuçların kullanılması, değerlendirmenin birçok tanımında açıktır. Bu durum, değerlendirme sonuçlarının başlıca kullanım alanıdır. Birçok çalışmada değerlendirme verilerinin yardımcı kullanımını artırma yolları incelenmektedir (38, 61, 83, 84). Böyle yapmak için kabul edilen faktörler arasında şunlar vardır: potansiyel kullanıcıların, sürecin erken safhasında belirlenmesi; kullanıcılarla özellikle değerlendirmenin soru tanımlama aşamasında sık sık toplantı yapılması; kullanıcıların kontrol edebileceği program özelliklerinin incelenmesi; başlangıç raporları ve ara raporlar hazırlanması; sonuçların eyleme dönüştürülmesi; teknik olmayan faaliyet ve özetlerle yaygınlaştırılması.

Yardımcı araç kullanıma ek olarak Rossi ve Freeman (40) kavramsal ve ikna edici kullanıma değinmektedir. Kavramsal kullanım, değerlendirme sonuçlarının sorunlar hakkında spesifik programlara etkisi olmadan, daha genel bir şekilde düşünülmesini etkilemek amacıyla kullanılması olarak tanımlanır. Örneğin, halk sağlığı alanındaki araştırmacılar, gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerinin, nüfus sağlık göstergeleri açısından azalan verim noktasına nasıl geldiği hakkında modeller üretmek için çeşitli kaynaklardan elde edilen değerlendirme sonuçlarını kullanmaktadır (10). Rossi ve Freeman (40) değerlendiricilerin, kavram kullanımının yardımcı araç kullanım kadar güçlendirilmesi için çaba harcaması gerektiğini iddia etmektedir. Değerlendirme sonuçları; kavramsallaşmış sorunları ele almak için program şeklinde, pratik çözümler hakkında bilgi sağlar. Bu bilginin yardımcı bir araç şeklinde kullanılması, genellikle incelenen spesifik programa yöneltilir. Program, ilgi öznesidir. Çeşitli

programlar, kavramsal kullanım yoluyla bir sorunu aydınlatmak veya sorunun daha etkili ele alınması için programlamanın nasıl yürütülmesi hakkında yeni hipotezler oluşturmak amacıyla analiz edilir (85). Bu durumda hiçbir spesifik program, kendi içine yeterli değildir ve değerlendirme sonuçları yalnızca programlar arasında toplandığında anlam kazanır.

Çoğunlukla değerlendircilerin elinde olmadığı söylenen ikna edici kullanım, “politik görüşleri savunmak veya eleştirmek amaçlı olarak değerlendirme sonuçlarının kullanılmasıdır” (40). İnsanlar, politik kararları veya aktörleri etkileme konumundayken genellikle sonuçları ikna edici bir şekilde kullanırlar. Örneğin, bir sağlık memuru kalp sağlığının geliştirilmesi için risk faktörleri üzerinde topluluk programlarının pozitif etkilerinin olmamasını, meşru bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisi olarak topluluk gelişimine karşı çıkmak için kullanabilir.

Değerlendirmenin 3 kullanımının da (yardımcı, kavramsal ve ikna edici) meşru olduğu düşünülmektedir. Gerçekten de değerlendirme farklı insanların farklı amaçlarına hizmet eder. Farklı değerlendirme teorisyenleri yardımcı (83) veya kavramsal (85) değerlendirme kullanımını savunmaktadır. Shadish ve ark. (58) değerlendirmeyi tek bir kullanımla sınırlandırmanın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının gelişimi için zararlı olacağını tahmin etmektedir.

Değerlendirmenin Uygulanması

Son olarak değerlendirme uygulamasına ilişkin sorular, bir değerlendirme yapılıp yapılmayacağına ve yapılacaksa amacının, değerlendircinin rolünün, sorulacak soruların, kullanılacak tasarımın ve yürütülecek faaliyetlerin ne olması gerektiği hakkındadır. Shadish ve arkadaşlarına göre (58), çok az sayıda değerlendirme teorisi bu konuların hepsini içine alacak kadar kapsamlıdır. Rossi ve Freeman’ın ders kitabı (40) belki de en kapsamlı çalışmalar arasındadır; ancak bu kitap konuların hepsi hakkında tüm farklı görüşleri sunmada eksik kalmaktadır.

Shadish ve ark. (58), program değerlendirme konusunda iyi bir uygulama teorisinin, uygulamaya ilişkin her konuyu ele almaya uygun ödünleşimleri netleştirme hakkında olduğunu öne sürmektedir. Bu açıdan, değerlendirme uygulaması yukarıda bahsedilen 4 konunun altını çizmektedir (sosyal programlama, değer biçme, bilgi yapılandırması ve bilginin kullanımı). Bunların hepsi uygulamanın bir parçasıdır. Bununla birlikte 2 soru, uygulama konularına özgü gibi görünmektedir: değerlendirme yapılması gerekip gerekmediği ve değerlendircinin rolünün ne olması gerektiği.

Yazarlar, programın değerlendirilebilirliğine farklı şekilde yaklaşmaktadır. Örneğin Campbell (69), programların iyileştirilmesi amaçlı süreç değerlendirmenin her zaman sonuç veya etki değerlendirmesinden önce yapılması gerektiğini savunmaktadır. Süreç değerlendirmesiyle olanaklı hâle getirilen hata ayıklama döneminden sonra “Yalnızca görkemli programlar değerlendirilmelidir.” Bu görüş Nutbeam ve arkadaşlarının görüşüne zıt bir görüştür. Nutbeam ve arkadaşlarının (86) program

gelişimine yönelik yaptığı modellemede; programlar demonstrasyon aşamasından yaygınlaştırma aşamasına kadar değiştiğinden dolayı, sonuç değerlendirme ihtiyacı azalırken süreç değerlendirme ihtiyacı artmaktadır. Rutman (54) gibi diğer yazarlar, başarılı bir değerlendirme olasılığını artırmak için var olması gereken koşul ve programların özellikleriyle ilgilenmektedir. Başarılı bir değerlendirme; geçerli, faydalı ve ilgili sonuçlar üretme anlamında kullanılmıştır.

Bu fasılda ele alınacak son konu değerlendircinin rolüdür. Değerlendirici ve program katılımcılarının göreceli konumları hakkındaki kavramsallaştırma, yıllar içinde gelişmiş; tarafsızlığa erişmek için mümkün olduğunca ayrı değerlendirme yapılması yerine (67), değerlendiriciyi, programın paydaşlarından biri yaparak günlük iş birliğini ve iletişimi savunma hâline gelmiştir (67). Bununla birlikte genel eğilim; program ve değerlendirici arasında yakın iş birliği ve ekip çalışması kurulması yönündedir. (Campbell (70) ayrı organizasyon tartışmasının bir hata olduğunu kabul etmektedir.) Bu eğilim ayrıca, klinik araştırmacıların kendi tedavilerini değerlendirdiği veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacılarının kendi programlarını değerlendirdikleri sağlık bilimlerinde görülebilir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesinde kullanılacak en uygun metodoloji nedir? Amerikan Değerlendirme Vakfı, 100'den fazla değerlendirme türü olduğunu kabul etmektedir. Bunların hepsi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine uygun mudur? Yoksa bazıları diğerlerine göre daha mı iyidir? Ayrıca yeni metodolojiler geliştirilmeli midir? Yeni metodolojilerin geliştirilmesi gerekiyorsa bunlar nasıl geliştirilmelidir?

Topluma dayalı değerlendirmeler özellikle zordur. Toplum sağlığının geliştirilmesi müdahalelerinin değerlendirilmesini zorlaştıran özellikleri arasında; karmaşık oluşları, sosyal ve politik bağlamın dikkate alınması gereği, müdahalelerin esnek ve değişen doğası, ulaşılmak istenen sonuçların çokluğu ve kıyaslama amaçları için uygun kontrol gruplarının bulunmaması sayılabilir. Toplum düzeyinde etki veya sonucun ölçülmesinin de metodolojik zorlukları vardır. Bu zorlukların her biri cesaret kırıcıdır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin gittikçe karmaşık hâle gelmesi, önemli metodolojik zorluklar doğurmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi girişimler artık birçok düzlemde işleyen birden fazla strateji içermektedir. Bu şartlarda uygun değerlendirmenin tasarlanması ve yapılması fazlasıyla zordur. Kilit bir mücadele konusu, optimal müdahale paketi ve bu paketin her bir parçasının etkililiğine karar verilmesidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin uzun vadeli olmasından dolayı, girişimlerin nihai ve hatta ara dönem sonuçları hakkında hızlı yanıtların alınması zor olmaktadır. Bu gecikme, belli değerlendirmelerin şartlarına uygun stratejiler geliştirme ihtiyacı ile daha da artar. Ayrıca değerlendirme çabalarının sonuçlar yerine

sürece adanması gerekip gerekmediği sorusunu ortaya çıkarır; ancak biz her ikisinin de eşit olarak gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde olduğu gibi kavramların net olmadığı veya tartışmaya açık olduğu durumlarda, yukarıda bahsedilen kavramsal zorluklar arasında ölçüm yapmak özellikle zorludur; tıpkı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde olduğu gibi. Nesnel ve öznel ölçekleri birleştirmek ek bir zorluktur.

Etkililiğin kanıtı nedir? Bazıları, kabul edilebilir tek değerlendirme metodunun randomize kontrollü deney olduğunu kabul ederken sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve onunla ilgili alanlarda gittikçe artan sayıda araştırmacı ve uygulayıcı; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yapısının çeşitli değerlendirme yaklaşımlarını ve uygun tekniklerin geliştirilmesini gerektirdiğini söylemektedir. Biz sonraki görüşe katılıyor ve bu kitabın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve onunla ilgili alanlarda metodolojik çoğulculuğun genel olarak kabul görmesine katkı sağlamasını umut ediyoruz.

Birçok metodolojik konu, değerlendirmenin genel zorluklarının ötesinde -ki bunlar yeterince zordur- sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme ile ilgilidir. Bu kitabın bu problemlerin en azından bazılarının çözümüne katkıda bulunacağını ümit ediyoruz.

Ayrıca, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesinde bir dizi uygulama konusu bulunmaktadır. Örneğin; değerlendiriciler, uygulayıcılar, tüketiciler ve finansör kurumlara uygun roller nelerdir? Bu oldukça açık bir konuydu. Bu konu, katılımcı yaklaşımın ve kullanıma dayalı değerlendirmenin vurgulanmasıyla daha da karmaşık hale gelmiştir. Elbette ki katılımcı yaklaşımın takip edilmesi gerekiyorsa tarafların öncekinden daha aktif katılması gerekecek ve rolleri farklı olacaktır. Örneğin, değerlendiricilerin; uygulayıcı ve tüketicilerin ihtiyaçlarına daha fazla saygılı ve duyarlı olması gerekecek ve değerlendiriciler, sürecin kontrolünde uzmandan çok koç gibi hareket etmek zorunda kalacaktır. Uygulayıcılar ve tüketiciler sürecin kontrolünü daha fazla almak zorunda kalacaktır. Finansör kurumların, uygulayıcı ve tüketicilerin artan gücünü kabul etmesi, politika ve prosedürlerini buna göre uyarlamaları gerekecektir.

Neyin değerlendirilmesi gerekir? Maliyetlerden dolayı her girişimi ideal tasarım ve maksimum çaba ile değerlendirmek mümkün değildir. Az olan değerlendirme kaynaklarının ne için ve nasıl ayrılacağı hakkında seçim yapılmalıdır. Ancak bu seçim hangi temelde olmalıdır? Olasılıklar arasında şunlar bulunmaktadır: Girişimin maliyeti nedir? Değerlendirilebilir mi? Benzer girişimler değerlendirilmiş mi? Değerlendirme için gerekli teknik uzmanlık mevcut mu? Bu ve benzeri kriterlerin uygulanması, değerlendirme kaynaklarının uygun şekilde tahsis edilmesine yönelik karar alınmasına yardımcı olabilir. Bu faslın sonraki kısmında önerilen çerçeve gibi bir değerlendirme çerçevesinin kullanılması da faydalı olabilir.

Diğer uygulama konuları şunlardır: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin özelliklerinden olan belirsiz amaç ve hedefler nasıl ele alınır? Çeşitli ve kötü bir şekilde ölçülen sonuçlar nasıl ele alınır? Kendi kaynaklarını oluşturacak ve en üst düzeye çıkaracak şekilde topluluklarla nasıl çalışılır? Değerlendirme sonuçlarının bunlara mümkün olan en kısa sürede ihtiyacı olan kişilerin eline geçmesi nasıl sağlanır? Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme çabaları ülke, bölge ve yerel seviyelerde nasıl birleştirilir? Bunlara yönelik uygun değerlendirmeler nasıl tasarlanır? Bu kitapta bu gibi konular ele alınmaktadır.

Her değerlendirmede olduğu gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinde de bir dizi etik sorunla karşılaşmaktadır. Genel olarak araştırmaya ilişkin standart konuların yanında, katılımcı araştırma yaklaşımına özgü birtakım etik konular bulunmaktadır (87). Bunlardan biri, topluluk üyelerinin araştırmaya aktif katılımından doğabilecek potansiyel tehlike ile ilgilidir. Örneğin, bu tür bir araştırmadan elde edilen bilgi topluluk üyelerini kötülemek için kullanılabilir. Bunun olmaması için sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde koruma önlemleri alınmalıdır. Ancak etik bakış açısından katılımcı araştırmanın, paydaşlar arasında açık ve dürüst iletişim sağlamak amacıyla yerleşik prosedürler içermesi önemlidir. Ne yazık ki bu tür araştırmaya ilişkin özel etik konuları gözden geçirmeye uygun yapılar genel olarak yerleşmiş değildir.

Sonuçlar

Bu noktada değerlendirme alanında kabul görmüş uygulamaların çok olduğu ve bu uygulamaların her birinin belli konu ve sorunları oluşturma ve açıklamaya katkıda bulunduğu anlaşılmış olmalıdır. Kavramsallaştırmanın bu çeşitliliği ve farklılığı, meraktan veya değerlendirme planlama amacıyla bu alanı ilk kez değerlendiren biri için korkutucu olabilir. Bununla birlikte değerlendirmeyi bu kadar güçlü bir araç yapan şeyin bu çeşitlilik olduğunu düşünüyoruz. Söz konusu sorulara, bağlama, değerlendiricinin kendi felsefi görüşüne ve girişime dâhil olan diğer kişilerin özelliklerine bağlı olarak değerlendiriciler, (farklı kombinasyonların sınırsızlığının da geçerli olduğunun farkında olarak) tartışılan 5 konuya ilişkin herhangi bir fikir kombinasyonu yapabilir. Karmaşıklık açısından bu kombinasyonlar değişebilir. Doğru karmaşıklık düzeyinin, hem değerlendirici tarafından ele alınabilen hem de değerlendirme sürecini başlatan bilgi ihtiyacını karşılayabilen düzey olduğunu düşünüyoruz. Bundan dolayı daha basit araçlar, soruya yanıt verebiliyorsa karmaşık ve maliyetli tasarımlar kaynak israfı olabilir. Ayrıca, uzmanı olmadıkları karmaşık araçları kullanan değerlendiricilerin faydalı ve geçerli sonuçlar alması zordur.

Bu genel bakışın sonucu olarak değerlendirme, farklı paydaşların çeşitli amaçlarla kullanabileceği bilgileri üretmek amacıyla bir program veya müdahalenin özelliklerinin sistematik olarak incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Bu tanım, güncel tanımların çoğuna yer vermekte ve az da olsa bilginin hiç yoktan iyi olduğuna ve hiçbir değerlendirmenin belli bir girişim hakkındaki tüm soruları yanıtlayacak kadar evrensel olmadığına olan inancımızı kuvvetlendirmektedir. En basit değerlendirme

bile spesifik program veya sosyal problemler ve sağlıkla ilgili problemler hakkında bilgi edinmenin ek sürecine katkıda bulunmaktadır (88).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme, genel olarak değerlendirmeye ilişkin birçok konuyu paylaşırken alanına ilişkin bazı konuları da dikkate almalıdır. Bu kitabın bu konuları belirleyerek bunları ele alma yolları önermeye ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirmeye yönelik uygun süreci belirlemeye katkıda bulunacağını ümit ediyoruz. Genel olarak süreçler birçok değerlendirmeyi tanımlar veya tanımlamalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirirken bunlar takip edilmelidir. Bununla birlikte, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yapısı başka kilit değerlendirme unsurları da akla getirmektedir.

En önemlisi de sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesi katılımcı olmalıdır (89). Toplum katılımı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tek temel özelliği değildir; ancak şu 3 açıdan faydalıdır. Paydaşların, özellikle daha az güçlü olanların, bakış açılarını belirlemeye yardımcı olur. Değerlendirme amacının takdir edilmesini ve bulguların anlaşılması ve kabul edilmesini güçlendirir ve bunlar üzerinde harekete geçmeyi teşvik eder. Bu ilke, kullanılan metodolojiye bakılmaksızın mümkün olduğuunca takip edilmelidir. Bu ilkenin kullanılmasında ve toplum becerileri ve bireysel becerilerin geliştirilmesinde katılımcı araştırma, son derece başarılı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine uygun olmuştur (87). İkinci bir ilke de değerlendirmenin, bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişiminin en erken aşaması da dahil her aşamasına uygulanması ve entegre edilmesidir. Diğer bir deyişle değerlendirme; izleme ve öğrenme sürecini kapsayan devam eden bir faaliyet olarak ele alınmalıdır. Üçüncü olarak değerlendirme bulguları, katılımcı ve paydaşların hepsine zamanında ve uygun şekilde iletilmelidir.

Bireylerin ve toplulukların yetkilendirme potansiyeli, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin değerlendirilmesi için güçlü bir gerekçedir. Bu potansiyel, topluluk üyelerinin sürecin her aşamasına katılmasıyla gerçekleştirilebilir. Toplumu bilgilendirmeye ek olarak değerlendirme aynı zamanda, topluluk üyelerinin, kendi yaşamları üzerinde kontrolü artırmasına ve yaşamlarını iyileştirmelerine olanak sağlayacak beceriler geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu beceriler arasında mantıksal düşünme, iletişim, insanlarla ilişkiler ve spesifik araştırma becerileri bulunmaktadır. Değerlendirme, bu şekilde hem kişisel olarak ödüllendirici olabilir ve toplumda kaynak yaratılmasına katkıda bulunur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin meşrulaşmasını ve dâhil olanların güçlerini artırmanın yanında, değerlendirmeler; iletişim ağları ve temaslar kurmaya yardımcı olur; uygulayıcılarla katılımcılara geri bildirim sağlar. Bireyleri ve toplulukları yetkilendirme aracı olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme, genellikle gözden kaçırılan veya yanlış kullanılan önemli bir araçtır.

Bir sonraki kısımda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirmede faydalı bir rehber olabilecek bu ve benzeri ilkelere dayalı bir çerçeve sunulmaktadır.

Bu kitabın, sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine y6nelik bir el kitabı olması ama7lanmamaktadır. Bu kitap gerekli pratik detay d6zeyini sağlamamaktadır. Springett (89) sađlđđın teşviki ve geliştirilmesine y6nelik programların değerlendirilmesi hakkında uygulayıcılar i7in daha gelişmiş bir rehber sunmaktadır.

Sađlđđın Teşviki ve Geliştirilmesi Girişimlerinin Değerlendirilmesine Y6nelik Bir 7er7eve

Springett ve ark. (90), işyeri programlarını değerlendirmeye yardımcı olmak 6zere 6nerilen bir modelin (91) diğer sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi d6zenlemelerine aktarılabileceğini 6ne s6rmektedir. Bu model Patton'un (76) 7alışmasından esinlenmektedir ve yukarıda tartışılan diğer fikirlerin yanında sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine y6nelik bir 7er7evenin temelini oluşturmaktadır. Bu 7er7eve, yukarıda tartışılan kilit fikirleri yansıtan 6 ilkeye dayalıdır:

1. T6m değerlendirme yaklaşımlarına uygulanabilir olmalı; ancak değerlendirilen program veya politika i7in en uygun metot kullanılmalıdır,
2. Sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerine uyumlu olmalı; 6zellikle katılımcılık vurgulanarak bireylerin ve toplumların yetkilendirilmesi ilkelerine uyumlu olmalıdır,
3. Toplu ve bireysel hesap verebilirliğe odaklanmalıdır; yani hem kurumsal ve bireysel hem de sinerjik ve tekil sonu7lara uygulanacak şekilde tasarlanmalıdır,
4. Uygulamada esnek olmalı; değerşen koşullar, fırsatlar, zorluklar ve 6nceliklere yanıt verebilmelidir,
5. G6ndemin belirlenmesinden, sonu7ların kullanılmasına kadar değerlendirme s6recinin her aşamasını kapsamalıdır,
6. Değerlendirmenin her seviyesine değinmelidir; yani değerlendirmenin yapıldığı d6zey ne olursa olsun faydalı olmalıdır.

Bu ilkelere dayalı olarak sađlđđın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirme 8 adımdan oluşmalıdır. İlk adım; 6nerilen program, politika veya girişimin tanımlanmasıdır. Bu adım, girişimin yetki, ama7 ve hedeflerini netleştirme; diğer girişimler, prosed6rler ve yapılarla bağlantı kurmayı i7ermektedir. Program mantıksal modeli bu s6re7te faydalıdır. Bu adımda ayrıca, insanların katılımını sağlamak, değerlendirmenin g6zetimi ve y6r6t6lmesi i7in bir grup kurmak, ilgili sağlık konularını incelemek ve temel bilgileri toplamak yer almaktadır.

Bir sonraki adım, ilgili konuların ve soruların belirlenmesidir. Bu adımda, değerlendirmenin ama7larına karar verilmesi, sonu7ların potansiyel kullanıcıları da dahil t6m paydaşları ilgilendirebilecek konuların a7ıklığa kavuşturulması, program veya diğer girişimin ama7 ve hedefleri hakkındaki değerlendirme sorularının belirlenmesi yer almaktadır. Bu ama7 ve hedefler, değerlendiriciler ne kadar başarılı olduklarını nasıl 6l7eceklerine karar vermeden 6nce a7ıklığa kavuşturulmalıdır.

Ölçme, bir girişimin amaçlarını etkiliyorsa sadece sayılabilir hedeflerin takip edilmesi tehlikesi vardır.

Üçüncü adım, gerekli bilgileri elde etme sürecinin tasarlanmasıdır. Bu adımda yürütülecek değerlendirme türüne, değerlendirilecek hedeflere, ölçme metotlarına, değerlendirmenin kim için yapıldığına ve verilerin ne zaman toplanacağına karar verilmesi yer almaktadır. Bu adım ayrıca sorulan soruya en iyi yaklaşımın seçilmesi ve tasarım uygulama planını da içermelidir. Bu süreçte maksimum katılımın sağlanması, tüm deneyime önem verilmesini ve bilgilerin güvenilir kaynaklardan toplanmasını sağlar.

Dördüncü adım, kararlaştırılan veri toplama metotları ve prosedürlerini takip ederek veri toplanması; beşinci adım ise verilerin analiz edilmesi ve değerlendirilmesidir. Beşinci adımda verilerin yorumlanması ve beklenen sonuçlarla karşılaştırılması yer almaktadır.

Altıncı adımda tavsiyeler yapılır. Paydaşların hepsi sonuçların yorumlanmasına dahil olmalıdır. Bu adımda, bulguların kısa ve uzun vade sonuçlarının netleştirilmesi ve tavsiyelerin uygulanması veya göz ardı edilmesinin maliyet ve faydalarının belirlenmesi yer almaktadır.

Yedinci adım, bulguların finansör kurumlara ve diğer paydaşlara anlamlı ve faydalı bir şekilde yaygınlaştırılmasıdır. Değerlendirme bulguları üzerinde harekete geçmesi gereken kişiler sürecin parçası olduğunda eylemin gerçekleşmesi daha olasıdır.

Bu adımlar tekrarlar içerir ve Springett ve ark. (90) şöyle demektedir:
Her aşamada ... açık bir şekilde ele alınması gereken sorular ve kilit konular vardır. Bu sorular, proje amaçları ve değerlendirmenin net olmasını, hedeflerin konulmasını, orijinal hedeflere ilişkin doğru sonuçları ölçmek için doğru verilerin en uygun şekilde toplanmasını sağlar.

Son olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerine uyumlu olmak için ilgili her paydaşın sürecin her adımında katılım göstermesi gereklidir. Aşağıda yer alan detaylı tartışma, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin değerlendirilmesi için özellikle önemli olan fikirleri vurgulamaktadır.

Adım 1. Programın Tanımlanması

Yukarıda belirtildiği gibi mantıksal modeller girişimin tanımlanmasında yardımcı bir araçtır. Bir mantık modeli; program veya girişimin, faaliyetleri, çıktıları, etkileri, hedefleri ve amaçları gibi çeşitli unsurlar arasındaki mantıksal bağlantıların şematik olarak gösterilmesidir.

Herhangi bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimi için bir mantık modeli oluşturulurken sağlığı söz konusu olan kişiler ve değerlendirilecek program veya

girişimden sorumlu olan kişiler de dahil olmak üzere tüm paydaşların katılımı sağlanmalıdır. İdeal olarak söz konusu sağlık konusunun incelenmesine ve temel verilerin toplanmasında da dahil olmalıdırlar. Springett ve ark. (90) şöyle demektedir:

Bu temelde zaman harcamak çok önemlidir. Doğru insanların katılımı; taahhüt, edinilen bilgilerin kullanımı ve anketlere iyi yanıt verilmesini sağlayacaktır. Değerlendirme grubu (en az 3) farklı çıkarları yansıtmalıdır. Uygun açıklama, değerlendirmenin düzenli olmasını sağlar.

Patton (76); kilit paydaşların karar alma sürecine aktif katılımının sağlanması, politika ve uygulama konularının dikkate alınması için bir forum oluşturulması, sonuçlara yönelik taahhüdün artırılması, değerlendirme bilgisinin ve sonuçların yorumlanma kapasitesinin artırılması amacıyla değerlendirme görev ekibi kurulmasını önermektedir. Bu ekibin üyeleri arasında çeşitli gruplar ve alanlardan temsilciler bulunmalıdır. Bu üyeler; edinilen bilgilerden yararlanmalı, bulguları kullanma yetki ve gücüne (gücü olanları etkileme kapasitesine) sahip olmalı, değerlendirmeyi yapılmaya değer bulmalı, sonuçların nasıl kullanılması gerektiğini dikkate almalı ve sürece yeterli zaman ayırmaya istekli olmalıdır.

Adım 2. Konuların ve Soruların Belirlenmesi

Thompson (92), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinde 3 konu belirlemiştir: kavram ve tasarım; süreçler; etki. Diğer önemli konular şunlardır: girişimin işleyişi, etkiler, hedef ve amaçlara ulaşılması ve müdahale alternatifleri.

Bu konuların her biri hakkında ele alınması gereken birçok soru bulunmaktadır. Örneğin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavram ve tasarımı konusuna ilişkin olarak programın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavram ve ilkelerine uyumlu olup olmadığı değerlendirilebilir veya uygulanan süreçlerin katılımcı ve yetkilendirici bir şekilde yapıp yapılmadığı sorulabilir. Etkiye ilişkin olarak mantık modelinde gösterildiği gibi girişimin beklenen etkiyi ne ölçüde yarattığı incelenebilir. Burada da eşitlik konuları ele alınabilir.

Girişimin işleyişine ilişkin olarak programın etkili ve amaçlandığı gibi yapıp yapılmadığı sorulabilir. İlk bakışta, bu tamamen denetim ve kalite kontrol konusu olarak gözükse de etkililiğin değerlendirilmesinde önemlidir. Sonucun başarısız olması, programın içeriğindeki hatalardan çok uygulanma şekliyle ilgilidir. Ayrıca, müdahalenin mantık modelinde gösterilen etkileri ne ölçüde yarattığı, belirlenen amaç ve hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı incelenebilir. Sonuçta, alternatiflere ilişkin olarak girişimde kullanılan faaliyetlerin etkililiğinin değerlendirilmesi ve bileşenlerin en iyi kombinasyonuna ve önemine karar verilmesi istenebilir.

Diğer bir deyişle mantık modelinin ele alınması kilit konu ve sorular ortaya çıkarmaktadır (ortak anlaşmaya dayalı gelişimin önemi). Konu ve soruların

belirlenmesi ve değerlendirme amaçlarının belirtilmesi, kilit paydaşları kapsayan ortak anlaşmaya dayalı bir süreç olmalıdır. Böylece paydaşlar güçlendirilecek; zıt beklentiler ve paradigmlar tartışmaya açılacaktır. Her paydaşın var olan paradigma ve bakış açılarını daha iyi anlaması sağlanacak böylece etkili değerlendirmenin özelliklerinden olan öğrenme süreci güçlendirilecektir.

Adım 3. Veri Toplama Sürecinin Tasarlanması

Veri toplama sürecinin tasarlanması, çalışma için seçilen konulara, sorulara ve değerlendirme bulgularının kullanıcılarına bağlıdır. Doğru kişilerin katılımı sağlanmışsa bu kullanıcılar, aynı zamanda değerlendirme sürecine katılan paydaşlar olacaktır. Süreç tamamıyla katılımcı olursa toplanacak bilgilerin seçimi, bunun sonuçlarından biri olacaktır. Politika yapıcılar ve yöneticiler, maliyet etkinlik ve gerçek sonuçla ilgileniyor olsa da değerlendirmenin ana amaçlarından biri uygulayıcıların neyin işe yaradığını, neyin işe yaramadığını ve bunun sebeplerini keşfetmesini sağlamaktır. Uygulayıcıların bunları tekrarlaması için farklı girişim türlerinin değerinin saptanması, hesap verebilirlik kadar önemlidir. Bundan dolayı paydaş katılımı, seçimlerin farklı öncelik ve paradigmların açık bir şekilde tartışılması vasıtasıyla yapılmasını sağlar. Müdahaleleri değerlendirmek için uygun olmayan kriterler kullanılmasından dolayı başarılı müdahalelerin etkili olmadığına karar verilmemesini de sağlar. Ayrıca, neyin ölçüleceği ve hangi soruların sorulacağı hakkında ortak karar verilmesi, değerlendirmenin yapılması ve sonuçlara göre eyleme geçilmesi için taahhütte bulunulmasını sağlayacaktır. Bu ayrıca, katılan herkesin, uygulanabilirlik ile kullanışlılık ve bunların geçerlilik ile güvenilirlik üzerindeki etkisi açısından kaçınılmaz ödünleşimi anlaması demektir.

Değerlendiriciler tarafından alınan önemli kararlar arasında, gerekli verilere ilişkin kararlar bulunmaktadır. Bu kararlar karmaşık ve zorluklarla doludur. Seçim aşağıdakilere bağlıdır:

1. Müdahalenin amaç ve hedefleri,
2. Bunların başarılı bir şekilde ele edilmesine yönelik kriter,
3. Başarı göstergeleri,
4. Farklı paydaşların bakış açıları ve ihtiyaçları,
5. Bilginin gerekli olduğu düzey.

Bu faktörlerin her birine ilişkin sorular hakkında çok şey yazılabilir ve bunlar uygulayıcı rehberlerinde yer alır (89). Bu soruların, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesinde toplanacak verilerin mahiyetine karar verilmesi konusunda ortaya çıkardığı başlıca zorlukları vurgulaması yeterlidir.

İlk soru, ne tür verilerin toplanması gerektiğidir. Bu kısmen değerlendirme paradigmasına bağlıdır; örneğin pozitif yaklaşımlarda nicel veriler ve yorumsal yaklaşımlarda nitel veriler tercih edilir. Bununla birlikte bunun yanlış bir bölünme olduğunu ve verilerin seçiminin paradigmanın seçilmesine bağlı olmadığını, sorulan

soruları cevaplamak için gerekli bilginin doğasına bağlı olduğunu savunabilir (93). Anlamli esnek ölçekler, anlamsız rijit ölçeklerden daha iyidir (76).

İkinci olarak sağliğin teşviki ve geliştirilmesi girişimleri birden fazla amaç ve hedefe sahip olma eğilimindedir (bunlar genellikle kötü belirlenir veya oybirliğinden yoksundur) ve çeşitli alanlara (bireysel ve toplumsal) ilişkin birçok istenen sonuca değinebilir. Daha önce belirtildiği gibi istenen bazı sonuçlar müdahalelerin nihai amaç ve hedeflerine ulaşmada yardımcı sonuçlardır. Değerlendirme, sonuçlara odaklı olduğunda hem yardımcı hem de nihai amaçların elde edilmesine ilişkin veri toplanmalıdır.

Üçüncü olarak amaç ve hedeflerin belirlenmesi oldukça kolaydır; bunlar genellikle müdahalenin genel amacından (vizyon ve misyon) kolayca ortaya çıkar. Bununla birlikte başarı kriterleri ve göstergelerini belirlemek daha zordur.

Değerlendirme 2 soruyu ortaya çıkarır. Birincisi, amaç ve hedeflere ulaşmada başarı kriteri nedir? Bu bağlamda *kriter* terimi, başarının değerlendirileceği standarttır; örneğin, gençlerin sigara içmesinde %50 azalma. İkinci olarak başarı kriterlerine göre performansı ölçmek için hangi göstergeler kullanılacaktır? Burada *göstergeler*, kriterlere göre ölçülen başarıyı belirlemek için kullanılan veri veya ölçeklerdir; örneğin, 15-18 yaş arası gençlerde okulda yapılan bir anketle ölçüldüğü gibi kişinin kendisi tarafından bildirilen günlük sigara içimi. Bu süreçteki zorluklar şunlardır: Amaç ve hedeflere ulaşmadaki başarıyı değerlendirmek için gerekli kriterlerin çeşitliliği, kriterlere ilişkin netlik veya mutabakat eksikliği, geçerli ve uygun başarı göstergelerinin yokluğu. Bazen yerine geçebilecek farklı ölçeklerin kullanılması gerekecektir.

Adım 4. Verilerin Toplanması

Bilgi toplanması, temel ve duyarlı sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Tüm prosedürlerin dikkatli ve etik bir şekilde takip edilmesi, gerçek verilerin toplanmasıyla ilgilidir. Gizlilik ihtiyacı ve bir programa katılmayan kişiler hakkında bilgilerin kullanılması ihtiyacı sorun yaratabilir. Değerlendirme süreci katılımcı olduysa birden fazla veri toplama şekli kullanılırsa ve verilerin alındığı kişilere geribildirim verilirse bu sorunlardan bazıları çözülebilir. Paydaşların aktif katılımı desteklenir ve kolaylaştırılırsa tüm katılımcılar, süreçteki kısıtlamalardan ve sonuçların geçerliliği ve güvenilirliğinden haberdar olacaktır.

Adım 5. Verilerin Analiz Edilmesi ve Yorumlanması

Tüm paydaşlar analiz ve yorumlamaya dâhil olursa verilerin güçlü yanları ve sınırlamalarını anlayacak ve nitel verilere karşı daha açık olacaktır. İstatistiğin çeşitli hata dereceleri vardır ve sayılar dünyanın nasıl olduğunu göstermenin yalnızca bir şeklidir. Paydaşların neyin neyle kıyaslandığını ve neden kıyaslama yapıldığını anlaması gerekir. Ayrıca, sonuçların sunulma şekli bunların etkisine tesir edebilir.

Adım 6. Tavsiyeler Yapılması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinden tavsiyeler oluşturulmasında paydaş katılımcı çok önemlidir. Springett ve arkadaşlarının da dediği gibi (90): “İnsanlar sürece dâhil olmuşlarsa bulgular üzerinden harekete geçmeye hazır olacak ve sonuçlara karşı açık olacaktır.” Katılım politika yapıcılarının hesap verebilirliğini de artırır. Tavsiyeler; gerekli ivedi uygulama değişikliklerini kapsamalı, neyin faydalı olduğunu netleştirmeli, mevcut düşüncelere karşı çıkmalı, bulguların uygulanma ve uygulanmamasına ilişkin maliyet ve faydaları içermelidir.

Adım 7. Yaygınlaştırma

Genellikle değerlendirme bulguları ve tavsiyeler, fazla fikir ve kaynak yatırımı yapmadan *kısa süreli* bir şekilde yayılır. Bununla birlikte, yaygınlaştırma konusuna yatırım yapılması, özellikle bilginin topluluk ve bireyleri yetkilendirmede çok güçlü bir araç olduğu sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çok önemlidir (94). Etkili yaygınlaştırma, zaman alıcı başka bir değerlendirme ihtiyacını azaltır. Hem değerlendirme hakkında rehberlik hem de uygulayıcılar tarafından en iyi nasıl kullanılabileceği hakkında rehberlik yaygınlaştırılmalıdır. Böyle bir süreç, programların yürütülmesindeki kalite standartlarını etkileyecektir. Böylece uygulayıcılar tekrarlamak istedikleri değerlendirmesi yapılmış programlar gibi aynı faydaları gerçekleştirebilir. Bundan dolayı, bir pazarlama ve yaygınlaştırma planı oluşturulması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerine yönelik değerlendirmelerin hepsi için olmasa bile çoğu için gereklidir. Değerlendirme bulguları ve tavsiyelerinin yaygınlaştırılmasına harcanan çaba ve kaynakların, bunları yaratmak için harcanan çaba ve kaynaklarla eşleşmesi önerilmektedir.

Adım 8. Eyleme Geçilmesi

Tek bir kısa dönem projeden edinilen dersler, sıklıkla bir sonrakinde eyleme dönüştürülmemektedir. Bu adımı atmadaki kilit kararlar, değişim için gerekli kaynakların belirlenmesi ve uygun eylem planlarının oluşturulmasıdır. Her ikisi döngüyü tamamlar ve tekrar başlatır. Bu adım kendiliğinden, bir sonraki değerlendirme planlama döngüsündeki ilk adım olur. Bu döngüyle değerlendirme sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kültürüne entegre edilir.

Kaynaklar

1. SIGERIST, H.M. *The university at the crossroads*. New York, Henry Schuman, 1946.
2. WINSLOW, C.E.A. The unfilled fields of health promotion. *Science*, 51: 23 (1920).
3. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information, 1974.
4. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
5. ANDERSON, R. *Health promotion: an overview*. Edinburgh, Scottish Health Education Group, 1984 (European Monographs in Health Education Research, No. 6).
6. GREEN, L.W. & RAEBURN, J. Contemporary developments in health promotion: definitions and challenges. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
7. GREEN, L.W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
8. MACDONALD, G. & BUNTON, R. Health promotion: discipline or disciplines. In: Bunton, R. & MacDonald, G., ed. *Health promotion: disciplines and diversity*. London, Routledge, 1992.
9. EVANS, R.G. & STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. *Social science and medicine*, 31(12): 1347-1363 (1990).
10. EVANS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Walter de Gruyter, 1994.
11. *Knowledge development for health promotion: a call for action*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1989.
12. MARTIN, C.J. & MCQUEEN, D.V., ED. *Readings for a new public health*. Edinburgh, Edinburgh University Press, 1989.
13. ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
14. SYME, S.L. Control and health. *Advances*, 7(2): 16-27 (1991).
15. TERRIS, M. Determinants of health: a progressive political platform. *Journal of public health policy*, 15(1): 5-17 (1994).
16. WILKINSON, R.G. *Class and health*. London, Tavistock, 1986.
17. CHU, C. & SIMPSON, R., ED. *Ecological public health: from vision to practice*. Toronto, Centre for Health Promotion & Participation, 1996.
18. KICKBUSCH, I. Introduction: tell me a story. In: Pederson, A. et al., ed. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 8-17.
19. GREEN, L.W. National policy in the promotion of health. *International journal of health education*, 22: 161-168 (1979).
20. GREEN, L.W. Current report: Office of Health Information, Health Promotion, Physical Fitness and Sports Medicine. *Health education*, 11(2): 28 (1980).
21. GREEN, L.W. & IVERSON, D.C. School health education. *Annual review of public health*, 3: 321-338 (1982).

22. PERRY, C.L. & JESSOR, R. The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health education quarterly*, 12(2): 169-184(1985).
23. NUTBEAM, D. *Health promotion glossary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP/HBI 503 (GO 4)).
24. *Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
25. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986.
26. GOODSTADT, M.S. ET AL. Health promotion: a conceptual integration. *American journal of health promotion*, 1(3): 58-63 (1987).
27. KAR, S.B., ED. *Health promotion indicators and actions*. New York, Springer, 1989.
28. O'DONNELL, M.P. Definition of health promotion. Part III. Expanding the definition. *American journal of health promotion*, 3(3): 5 (1989).
29. LABONTE, R. & LITTLE, S. *Determinants of health: empowering strategies for nurses*. Vancouver, Registered Nurses Association of British Columbia, 1992.
30. BUCHANAN, I. The purpose-process gap in health promotion. In: Liss, P.-E. & Nikku, N., ed. *Health promotion and prevention: theoretical and ethical aspects*. Stockholm, Forskningsradnamnden, 1994.
31. ROKEACH, M. A values approach to the prevention and reduction of drug abuse. In: Glynn, T.J. et al., ed. *Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies*. Rockville, US Department of Health and Human Services, 1983, pp. 172-194.
32. LANDAU, R. LOCUS of control and socioeconomic status: does internal locus of control neglect real resources and opportunities of personal coping abilities? *Social science and medicine*, 41(11): 1499-1505 (1995).
33. MARMOT, M.C. ET AL. Socioeconomic status and disease. In: Badura, B. & Kickbusch, I., ed. *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991, pp. 113-146 (WHO Regional Publications, European Series, No. 37).
34. MIROWSKY, J. & ROSS, C. Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of health and social behavior*, 31(1): 71-86 (1990).
35. DOWNIE, R.S. ET AL. *Health promotion: models and values*. Oxford, Oxford University Press, 1990.
36. SUCHMAN, E.A. *Evaluation research. Principles and practice in public service and social action programs*. New York, Russell Sage Foundation, 1967.
37. WHOLEY, J.S. ET AL., ED. *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1994.
38. WEISS, C.H. *Evaluation research. Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1972.
39. SCRIVEN, M. Goal-free evaluation. In: House, R.E., ed. *School evaluation: the politics and process*. Berkeley, McCutchan, 1973, pp. 319-328.
40. Rossi, P.H. & FREEMAN, H.E. *Evaluation: a systematic approach*, 5th ed.

- Thousand Oaks, Sage, 1993.
41. CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago, Rand McNally, 1963.
 42. CRONBACH, L. J. *Designing evaluation of educational programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1982.
 43. DRUMMOND, M.F. ET AL. *Methods for the economic evaluation of health care programs*. Toronto, Oxford University Press, 1987.
 44. LEVIN, L.S. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: consideration on theory and practice. *Health promotion international*, 11(1): 33-40 (1996).
 45. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 105-117.
 46. LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. *Naturalistic enquiry*. Thousand Oaks, Sage, 1985.
 47. REICHARDT, C.S. & COOK, T.D. Beyond qualitative versus quantitative methods. In: Reichardt, C.S. & Cook, T.D., ed. *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1979, pp. 7-32.
 48. FETTERMAN, D.M. ET AL., ED. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
 49. POCOCK, S.J. *Clinical trial. A practical approach*. New York, Wiley, 1983.
 50. SUSSER, M. Epidemiological models. In: Struening, E.L. & Guttentag, M., ed. *Handbook of evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1975, pp. 497-517.
 51. BRAVERMAN, M.T. & CAMPBELL, D.T. Facilitating the development of health promotion programs: recommendations for researchers and funders. In: Braverman, M.T., ed. *Evaluating health promotion programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989, pp. 5-18 (New Directions for Program Evaluation, No. 43).
 52. O'CONNOR, A. Evaluating comprehensive community initiatives: a view from history. In: Connell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 23-63.
 53. CHELIMSKY, E. What have we learned about the politics of program evaluation? *Evaluation news*, 11: 5-22 (1987).
 54. RUTMAN, L. *Planning useful evaluations*. Beverly Hills, Sage, 1980.
 55. WHOLEY, J.S. *Evaluation and effective program management*. Boston, Little, Brown, 1983.
 56. HOUSE, E.R. *Evaluating with validity*. Beverly Hills, Sage, 1980.
 57. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.
 58. SHADISH, W.R. ET AL. *Foundations of program evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1991.
 59. PINEAULT, R. & DAVELUY, C. *la planification de la sante: concepts, methodes, strategies*. Montreal, Agence d'Arc, 1986.
 60. FLAY, B.R. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the

- development of health promotion programs. *Preventive medicine*, 15: 451-474 (1986).
61. WEISS, C.H. The politicization of evaluation research. In: Weiss, C.H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 327-338.
 62. CRONBACH, L.J. ET AL. *Toward reform of program evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
 63. WEISS, C.H. Evaluating educational and social action programs: a treeful of owls. In: Weiss, C.H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 3-27.
 64. LIPSEY, M.W. Theories as methods: small theories of treatment. In: Seechrest, L. et al., ed. *Research methodology: strengthening causal interpretations of non-experimental data*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990, pp. 33-52.
 65. CHEN, H. & ROSSI, P.H. The theory-driven approach to validity. *Evaluation and program planning*, 10: 95-103 (1987).
 66. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
 67. CAMPBELL, D.T. Reforms as experiments. *American psychologist*, 24: 409-429 (1969).
 68. COOK, T.D. & CAMPBELL, D.T. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, Rand McNally, 1979.
 69. CAMPBELL, D.T. Guidelines for monitoring the scientific competence of prevention intervention research centers. *Knowledge: creation, diffusion, utilization*, 8: 389-00 (1987).
 70. CAMPBELL, D.T. Can we be scientific in applied social science? In: Connor, R.F. et al., ed. *Evaluation studies review annual*. Thousand Oaks, Sage, 1984, pp. 26-48.
 71. GUBA, E.G. The failure of educational evaluation. In: Weiss, C.H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 25-266.
 72. GUBA, E.G., ED. *The paradigm dialogue*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
 73. PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage, 1980.
 74. POTVIN, L. & MACDONALD, M. *Methodological challenges for the evaluation of the dissemination phase of health promotion programs*. Montreal, University of Montreal, 1995.
 75. COOK, T.D. & MACDONALD, M. Postpositivism critical multiplism. In: Shortland, L. & Mark, M.M., ed. *Social science and social policy*. Beverly Hills, Sage, 1985, pp. 21-62.
 76. PATTON, M.Q. *Practical evaluation*. Beverly Hills, Sage, 1982.
 77. HALDEMAN, V. & LEVY, R. Oecomenisme methodologique et dialogue entre paradigmes. *Canadian journal on aging*, 14: 37-51 (1995).
 78. CAPLAN, R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health promotion international*, 8(2): 147-156 (1993).
 79. WEISS, C.H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based

Bölüm 2

Bakış Açıları

Fasıl 1’de Shadish ve ark. (1) program değerlendirmesinin tanımlanması ve anlaşılması bakımından önemli olan 5 konu ortaya koymuştur: sosyal programlama, değer verme, bilgi inşa etme, bilgi kullanımı ve değerlendirme uygulaması. Birbiriyle ilgili olan bu konularda görüş bildirilmesi, değerlendirmeye ilişkin tutarlı bir yaklaşım oluşturulmasını sağlamaktadır.

Hâlâ teorik temellerini (2) tanımlama çabası içinde olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanı, henüz böyle bir yaklaşım önermeye hazır değildir. Ancak bu 5 temel konuyu araştırmak için sosyal bilimler ve sağlık araştırması literatüründeki yakın geçmişe ait bazı tartışmalara başvurulabilir. Bu tartışmaların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bakış açısıyla incelenmesi, değerlendirmenin tartışılması bakımından faydalı bakış açıları ortaya koymaktadır. Bu kitabın 2. bölümünü oluşturan 8 fasılın her biri Shadish ve ark.(1) tarafından belirlenen temel konulara ilişkin bakış açıları geliştirmektedir.

Fasıl 2’de Potvin, Haddad ve Frohlich, ilk olarak sosyal programlamaya ve ikinci olarak da bilgi kullanımına odaklanmaktadır. Yazarlar, bir değerlendirme çalışmasında sorulabilecek sorular dizisini belirlemek için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının ne olduğu konusunda tematik bir bakış geliştirmiştir. Yazarların bu kavramı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin 2 özelliğini dikkate almaktadır. Bu özellikler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini, genellikle halk sağlığı programlarında görülen “hedeflere göre yönetim” genel yaklaşımından ayırmaktadır. İlk olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri çeşitli çevresel değişikliklere odaklanan çok seviyeli, çok stratejili, toplum temelli karmaşık paketlerdir. İkinci olarak girişimin bazı hedefleri, net bir şekilde tanımlanmış sağlığın iyileştirilmesinden ziyade sosyal değişiklikler şeklinde tanımlanabilir. Bu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının 3 boyut kullanılarak kavramlaştırılmasına neden olur: çevre ile etkileşim, bileşenler ve evrim. Bu durum, ilgili değerlendirme sorularının haritalanmasına izin vermekte; süreç ve çıktı değerlendirmesi arasındaki alışılmış ayrımı çoğunlukla anlamsız hâle getirmektedir.

McQueen ve Anderson tartışma yaratan fasıllarında, değer verme ve bilgi oluşturma konularıyla son derece ilgili olan bir argüman geliştirmektedir. Yazarlar; kanıt kavramlarının ve bunların doğal, kanıt temelli uygulamalarının biyotipten nasıl ödünç alındığını gözden geçirerek uygulayıcıları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinde, kanıt temelli argümanın muhtemel yanlış yönlendiren çekiciliğine karşı uyarılmaktadır. Programın etkililiğine ilişkin iyi, somut, nicel ve bilimsel kanıtın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde, planlama ve uygulama konularında karar almasında bir ön koşul olduğunu düşünmek çekicidir. Yazarlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında kanıt temelli argümanın sunduğu kısmen

yanıltıcı güvenceyle ilişkili metodolojik ve epistemiyolojik sorunları tartışmaktadır. Yazarlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin büyük ölçüde sosyal bilimlerden gelen bilgiye dayanmasından dolayı, programları değerlendirirken veya hazırlarken yararlanılacak bir kanıt repertuarı yaratmak için uygulayıcıların büyük bir kısmı tarafından kabul gören teorilerin esas alınamayacağını öne sürmektedir.

Fasıl 4, çoğunlukla değerlendirme uygulaması ile ilgilidir. Springett, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki değerlendirmenin, diğer değerlendirme çabalarından farklı olduğu argümanını ortaya koymaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, değer yüklü ve belirlenmiş hedeflere odaklı olduğu için ideal olan; program değerlendirmesinin de kendi içinde sağlığı teşvik edici ve geliştirici olmasıdır. En azından, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde benimsenen değerlerle zıt değerleri yüceltmemelidir. Springett, bu zorlayıcı gündemin, programın hedeflenen alıcılarının değerlendirme sürecine katılması vasıtasıyla aşılabileceğini öne sürmektedir. Program katılımcılarının çalışılması gereken özneler olduğu varsayımına dayanan değerlendirme yaklaşımları, doğası gereği yetkisiz kısıcı ve dolayısıyla ters etki yaratıcı niteliktedir. Buna ilaveten bu fasılda; katılımcı araştırma, bir metodoloji olmaktan ziyade genel bir değerlendirme yaklaşımı olarak görülmekte ve katılımcı değerlendirme yürütülürken ele alınması gereken 6 konu belirtilmektedir.

Bir sonraki fasılda Gendron, sosyal bilimlerde nicele kıyasla nitel yöntemler hakkındaki tartışmanın epistemiyolojik ve metodolojik etkilerini incelemekte ve bilgi oluşturma bakımından konuyla oldukça ilgili olan bir argüman ortaya koymaktadır. Gendron, nicel yöntemlerin genellenebilir bilginin üretilmesi ile ilişkilendirildiğini öne sürmektedir. Bu tür bilgi, bir hedef gerçeğinin var olduğu ve ölçülebilir boyutlar vasıtasıyla değerlendirilebileceği varsayımıyla mümkün hale getirilmektedir. Gendron, sosyal dönüşüm veya reformu hedefleyen projelerin, bir program vasıtasıyla dönüştürülecek yapılandırılmış gerçeği anlamak için nitel bir yaklaşım kullanması gerektiğini iddia etmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hem genellenebilir bilgi üretilmesi hem de gerçeğin dönüştürülmesiyle ilgili olduğu için nitel ve nicel yöntemler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında birbirini tamamlayıcı olarak görülmelidir.

Fasıl 6-9, genel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinde bilgi kullanımı konusunu ele almaktadır. Fasıllardan her biri değerlendirme araştırmasının, şu soruların cevaplanması açısından konuyla ilgili olan bir özelliğini araştırmaktadır: Değerlendirme çalışmalarında üretilen bilgi ne için kullanılabilir? Yazarlar, “programların geleceği konusunda karar almak” şeklindeki kolay cevabı reddederek değerlendirme sonuçlarının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında konuyla ilgili ve meşru çıktılarının ne olduğuna ilişkin tartışmalarda nasıl kullanılabileceğini ele almaktadır. Yaşam kalitesi, ekonomik değerlendirme, teftiş, kalite kontrolü ve politika etkisi gibi konular; sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle gittikçe daha ilgili konular hâline gelmektedir. Bu 4 fasıl, okuyucuya bu konularda giriş niteliğinde sentezler sunmaktadır.

Raphael, yaşam kalitesini sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin bir çıktı göstergesi olarak ele almaktadır. Son 10 yıl içerisinde sağlık ve biyomedikal literatürde tartışılan birçok alan, müdahaleleri değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçütü tasarlamış ve kullanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi de bu eğilimden etkilenmiştir. Bu ölçütleri tasarlamada kullanılan tanımların çok olması, önemli miktarda karışıklık ve tartışmaya neden olmuştur. Raphael, yaşam kalitesinin Guba ve Lincoln tarafından belirlenmiş 4 bilimsel paradigma temelinde değerlendirilmesine ilişkin kavramsal bir harita sunmaktadır. Raphael'in temel argümanı; bu konuların, sağlık ekonomisi literatüründe gösterildiği gibi sadece “kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları” (QALY) ve “sakatlığa göre ayarlanmış yaşam yılları” (DALY) gibi gelişmişlik göstergeleriyle ilgili olmadığıdır. Daha ziyade, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çıktılarının değerlendirilmesine yönelik yaşam kalitesi göstergeleri; çalışılan programla ilgili olan pozitif sağlık, sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi yönünün net tanımlarını esas almalıdır.

Fasıl 7’de Godfrey, ekonomik değerlendirmenin temel kavramlarını sunmakta ve bunların, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi çalışmasına nasıl adapte edilebileceğini tartışmaktadır. Ekonomik değerlendirmeyi, karar almaya yardımcı bir unsur olarak sunmaktadır. Ekonomik değerlendirme, farklı programların veya farklı türde çıktılarını olan programların karşılaştırılmasına imkân oluşturan veri sağlamaktadır. Bu fasılın büyük bölümünde, ekonomik değerlendirmede kullanılan terimlere giriş yapılmaktadır. Bu fasıl diğerlerinden farklı kılan ve bu kitaba değerli katkıda bulunmasını sağlayan şey, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ekonomik açıdan değerlendirilmesinin kullanılmasına yönelik olası girişimlerin merkezinde bulunan 5 önemli konunun tartışılmasıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amacı dikkate alındığında bu konular, büyük ölçüde çıktıların yapısı ve ekonomik göstergelerin kullanılmasıyla bağlantılı etik konular ile ilgilidir.

Fasıl 8’de Parish, bir program döngüsünün tamamında net kalite standartlarının tanımlanması ve uygulanmasını sağlamak için bir izleme ve değerlendirme mekanizması olarak kalite güvencesini tanımlamaktadır. Parish, kalite güvencesi hareketinin altında yatan hedef ve ilkeleri gözden geçirmekte ve Ottawa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi’nde (3) yer alan ilkelerin, kalite standartlarını tanımlamak için bir başlangıç noktası olarak nasıl kullanabileceğini tartışmaktadır.

Bölüm 2’nin son faslında De Leeuw, değerlendirme araştırması ile politika geliştirme ve araştırma arasındaki bağlantıyı incelemektedir. Bu faslında 2 önerme vurgulanmaktadır: Sağlıklı halk politikası büyük ölçüde sağlık sektörünün dışında oluşturulmaktadır ve politika, çok farklı aktörlerin birbirine bağımlı olduğu durumlarda geliştirilmektedir. Bunlar, politika gelişiminin interaktif ağ kurma sürecini takip ettiği bir bakış açısına götürmektedir. De Leeuw bu sürecin, Guba ve Lincoln’un dördüncü nesil değerlendirme metodolojisinde (4) tanımlandıkları sürece benzer olduğunu öne sürmektedir. Bu süreçle program veya politika geliştirilmesinde rol oynayan değerlerin açıklığa kavuşturulması amaçlanmaktadır.

Kaynaklar

1. SHADISH, W.R. ET AL. *Foundations of program evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1991.
2. McQUEEN, D.V. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health promotion international*, 11: 27-32 (1996).
3. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v(1986).
4. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.

Süreç ve Çıktı Değerlendirmesinin Ötesi: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirmesine Yönelik Kapsamlı Yaklaşım

Louise Potvin, Slim Haddad ve Katherine L. Frohlich

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, uygulamalı bir bilgi ve uygulama alanıdır. Fasıllar 1’de değinildiği üzere, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplum sağlığını koruma ve güçlendirme yollarının anlaşılmasının ayrıntılarını vermek için psikoloji, sosyoloji, antropoloji, coğrafya, eğitim ve epidemiyoloji (1) gibi alanların teori ve yöntemlerini kullanmaktadır. Bu uygulamalı bilginin geliştirilmesinde başvuru alanı yaygın yollardan biri; program tasarlama, uygulama ve değerlendirmedir. Bu bölümde *program* sözcüğü, diğer yazarların *sağlığın teşviki ve geliştirilmesini hedefleyen müdahale, girişim veya eylem* olarak adlandırdıkları sözcükleri kapsayacak şekilde kullanılmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının, program devam ederken incelenmesi (program faaliyetleri ve hizmetler arasındaki bağlantıları, uygulandıkları ortamları ve sonuçta ortaya çıkan değişiklikleri inceleyerek) bilgi birikimi sağlamada önemli araçlardan biridir. Herhangi bir değerlendirmeden elde edilen bilgi, programın iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca sağlığı teşvik eden ve geliştiren toplu süreçleri belirleyen değerlendirmeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının bilgi zeminini genişletme potansiyeline sahiptir.

Literatürde, birçok farklı türde değerlendirme sorusu sorulmaktadır (bk. Fasıllar 1). En yaygın biçimde kullanılan ayrımlardan biri, süreç ve çıktı değerlendirmesi arasındaki ayrımdır. Süreç değerlendirmesi, birçok farklı şekilde tanımlanmış olmasına rağmen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi literatürü, süreç değerlendirmesini çıktı değerlendirmesine karşı konumlandırma eğilimindedir (2-4). Green ve Lewis (2) için süreç değerlendirmeleri ve biçimlendirici değerlendirmeler birbirine denktir ve uygulama kalitesinin kontrolü ve güvencesi ile ilgilidir. Nutbeam ve ark. için (3) süreç değerlendirmesi, bir programın nasıl uygulandığının değerlendirilmesi için kullanılabilir: Hangi faaliyetler, hangi koşullarda, kim tarafından, kime ve hangi çaba seviyesinde sunulmaktadır? Nutbeam ve ark. (3), bu sayılanların, nedenselliğin oluşturulmasında da yardımcı olabileceğini belirtmektedir.

Bu fasılda ilgili değerlendirme sorularının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının kapsamlı kavramsallaştırılmasına dayanması gerektiğini iddia etmekteyiz. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, içerikleri ile etkileşim sonucu değişen karmaşık paketler oluşturdukları için bunların değerlendirilmeleri, çok çeşitli değerlendirme sorularının kullanılmasını gerektirmektedir. Ayrıca, değerlendirme sonuçlarının belli bir programın iyileştirilmesine ve alanda bilgi birikimi sağlanmasına olan katkısı, programların çıktılarına ulaşmak için nasıl

değiştikleri ve çevreleri ile nasıl etkileştiklerinin derinlemesine anlaşılmasına bağlıdır. Gerek sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarını gerekse değerlendirme sorularını kavramsallaştırmamız; program izleme, süreç izleme ve çıktı değerlendirme arasındaki mevcut ayrımları hükümsüz kılmaktadır.

Programlar

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarına yönelik kavramsal açıklamamız, halk sağlığında çoğu kez benimsenen “hedeflere göre yönetim” yaklaşımının genişletilmiş hâlidir. Bir halk sağlığı programı; genellikle belli bir zaman çerçevesinde organize edilen ve toplumun hedeflenen belli bir kısmını etkileyen zor bir durumu değiştirmeyi amaçlayan bir dizi eş güdümlü faaliyet veya hizmetler olarak tanımlanmaktadır (5). Bu nedenle bir halk sağlığı programı, zor bir duruma verilen kurumsal ve toplumsal yanıttır. Hem durum hem de program daha geniş bir çevrede var olmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, bu tanıma 2 temel açıdan genişletilmektedir. Öncelikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, yüksek riskli yaklaşımlardan (Bu yaklaşımlar, Çoklu Risk Faktörü Müdahale Çalışması’nda (6) olduğu gibi tarama yoluyla yüksek risk grubunda olan insanları tespit etmeyi ve bu kişilere sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktır) daha geniş, çok katmanlı, çok stratejili, toplum temelli yaklaşımlara geçmiştir. Böylesi bir yaklaşım kullanarak programlar, müdahale için tüm toplumu, toplumun geniş bir kısmını ya da iş yeri veya okul gibi kurumsal bir yapıyı hedef almaktadır (7, 8). Bu yaklaşımın temelindeki varsayım; çoklu stratejiler kullanan, fiziksel, düzenleyici veya sosyoekonomik çevreleri hedefleyen programların sağlıklı davranışı daha çok desteklediğidir (9-12). Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, giderek daha kompleks hale gelmekte ve bir dizi geniş çevresel değişimlere odaklanmaktadır (13)(bk. Fası 10).

İkinci olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, her zaman kalp damar hastalıkları veya diyabet gibi spesifik sorunlara cevap vermek üzere tasarlanmamaktadır. Aslında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi “değişiklikler başlatma, yönetme ve uygulama süreci” olarak tanımlanmaktadır (14). Bu değişiklikler, toplumun gelişmesini hedeflediğinde, kendi içlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konuları hâline gelen yoksulluk veya cinsiyet ayrımcılığı gibi geniş sosyal konuları içerebilir (15). Bu konular sağlıkla direkt ilgili olmayabileceği için (16), bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının amaçlarını, sorundan ziyade değişim hedefleri olarak tanımlamak daha iyi olabilir.

Yaşayan Sistemler Olarak Programlar

Programın kavramsallaştırılmasının temelinde yatan varsayım; programların, uygulandıkları çevreye minimum düzeyde atıfta bulunarak sağlık çalışanları tarafından dağıtılacak ve kullanılacak araçlar olarak görülemeyeceğidir. Bunun yerine, her bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı, sosyal bir kurumu temsil etmektedir ve bu hâliyle yaşayan, açık bir sistem olarak nitelendirilmelidir (10-17).

Le Moigne, bir sistemin 5 boyutunu tanımlamaktadır (18). Bunlardan ilki yapısal boyuttur; yani bir sistem, bileşenlerden oluşmaktadır. İkincisi işlevsel boyuttur; bir sistem, değişim süreçleri olarak gözlemlenebilecek operasyonlar gerçekleştirir. Üçüncü boyut, evrimseldir; bir sistem, yaşam döngüleri vasıtasıyla evrim geçirir. Sistem zaman ilerledikçe değişse de kimliğini korur. Dördüncü boyut, bağlamsal boyuttur; bir sistem, çevresindeki diğer sistemlerle etkileşim hâlinindedir. Bu etkileşimler, her birinin bireysel değişimine katkıda bulunur. Beşinci boyut, teleolojiktir (amaçbilim); bir sistemin amaç ve hedefleri vardır.

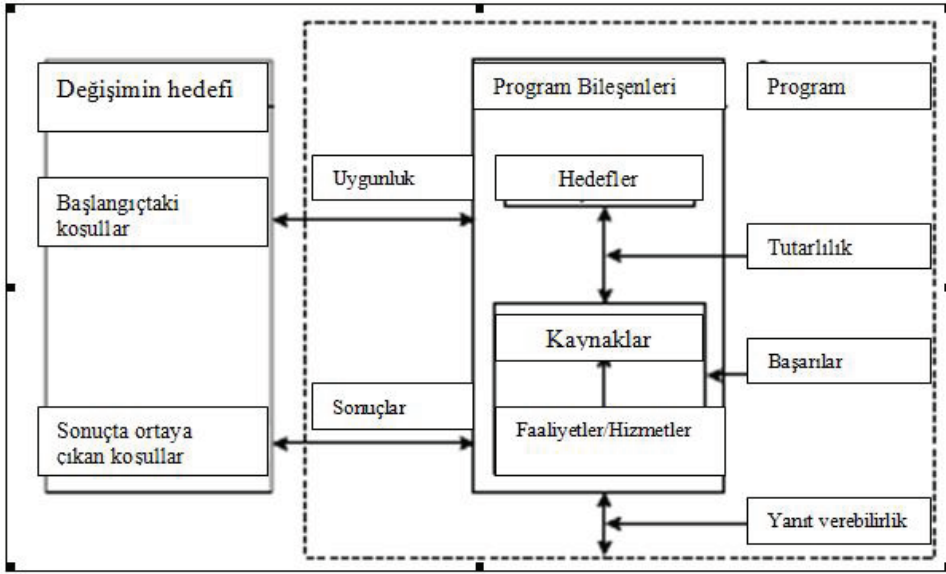
Halk sağlığının geliştirilmesine yönelik karmaşık programlar, bu boyutlara göre modellenebilir (18). Bu karmaşık programlar, herhangi bir halk sağlığı programında olduğu gibi hedefleri (teleolojik boyut), faaliyetleri (işlevsel boyut), bileşenleri (yapısal boyut), yaşam döngüleri (evrimsel boyut) ve çevreleri ile ilişkileri (bağlamsal boyut) açısından nitelendirilebilir. Bizim kavramsal açıklamamıza göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları; çevrelerinden bilgi, materyal ve insan kaynağı temin etmektedir. Bunlar da daha önceden belirlenmiş bir dizi hedef doğrultusunda hizmet veya faaliyetlere dönüştürülmektedir. Buna karşılık programın tüm boyutları, çevre tarafından verilen geri bildirim tam cevap vererek çeşitli safhalardan geçerek evrimleşmektedir.

Bizim kavramsal açıklamamız, Le Moigne'ın 5 boyutunu 3'e düşürmektedir. Le Moigne'ın bağlamsal boyutu ile paralel olan ilk boyut, program ve çevresi arasındaki etkileşimleri içermektedir. Bir program ve çevresi arasında diyalektik bir ilişki vardır. Program, çevrenin bazı yönlerini (değişim hedefi) değiştirmeyi amaçlamaktadır ve buna karşılık bağlamsal öğeler tarafından değiştirilmektedir. İkinci boyut, programın iç özellikleridir: hedefler, yapısal bileşenler (sunulan kaynaklar ve hizmetler) ve dönüşüm süreçleri (19). Üçüncü boyut, programın evrimidir. Bir program, her zaman yaşam döngüsünün belli bir safhasından geçiyor olarak nitelendirilebilir.

Program-Çevre Etkileşimleri

Çevre dediğimizde; sosyal aktörler, kaynaklar ve anlam sistemleri gibi bir sistemin uygulandığı sosyal sistemin tüm yönlerini kastetmekteyiz. Bu sosyal sistemler; kurumsal ortamlar, toplumlar, belediyeler, iller veya bir ülke olabilir (11). Net olması bakımından, çevresel elemanların 2 alt kategorisi arasında suni bir ayırım yapmaktayız. İlk olarak Şekil 2.1'de görülebileceği gibi değişim hedefi olarak adlandırdığımız bir kategori yaratmaktayız; Bu kategori, programın amaçlarının hedef aldığı çevresel koşul veya ilişkileri içermektedir. Bu değişim hedefleri, ayrıca baştaki koşullar ve ortaya çıkan koşullara ayrılmaktadır. Çevresel koşullar; program ortamının, programın ve değişim hedefinin bir parçasını oluşturmeyen yönleridir.

Şekil. 2.1. Program Bileşenleri ve Değerlendirme Soruları



Kaynak: Contandriopoulos ve arkadaşlarından uyarlanmıştır (19).

Halk sağlığının geliştirilmesi programlarının çoğunun temel öğelerinden biri, kendi başlarına sağlığı teşvik edici ve geliştirici oldukları düşünülen katılımların (20) veya diğer toplu mekanizmaların kullanılmasıdır (bk. Fası 1). Aslında Stokols (12); sağlığın teşviki ve geliştirilmesini hastalığın önlenmesinden ayıran şeyin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, sağlık uygulamaları ve politikalarının şekillenmesinde aktif ajanlar olarak insan, grup ve kurumların rollerine vurgu yapması olduğunu öne sürmektedir. Toplum katılımı; müdahalenin etkililiğinin artırılması ve dolayısıyla bireysel seviyede daha iyi sağlık çıktılarına ulaşmada bir araç olarak anlaşılabilecekken içsel sağlık faydalarına sahip olma olarak da görülebilir (21).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki mevcut uygulama, uygulayıcıların, programın her aşamasında programın birincil faydalanıcıları ile ortaklık hâlinde çalıştığı katılımcı yaklaşıma değer vermektedir (22). Ortak süreçlere bağlı olmanın 2 etkisi vardır. İlk olarak programın çevresindeki süreçler, program ve çevresi arasında yoğun bir ilişki ağı oluşturmaktadır. Dolayısıyla diğer halk sağlığı program türlerine kıyasla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi söz konusu olduğunda çevre, programdan ayrılamaz. İkinci olarak bu süreçler, programın bileşenlerini değiştirmedeki öneminden dolayı işlem teorilerine (teories of treatment) dâhil edilmektedir.

Program Bileşenleri

Çoğu program planlama modeli gibi (5,23) bizim planlama modelimiz de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı bileşenlerini, Şekil 2.1’de gösterildiği üzere 3 genel kategoriye ayırmaktadır. Hedefler veya beklenen sonuçlar, bir programın

itici gücüdür. Prensip bu hedefler, çevredeki belli değişiklikler olarak tanımlanır. Kaynaklar, programın işlemesi için gerekli olan ham maddelerdir: çoğunlukla bilgi, para, personel ve fiziki altyapı. Faaliyetler/hizmetler, programın hedeflerine ulaşmada kullandığı araçlardır ve bir müdahale stratejisi içerir (11). Bu 3 kategori, bir olaylar zinciri ile birbirine bağlanmıştır (24,25). Yukarıda değinildiği üzere olaylar zinciri, herhangi bir program bileşeniyle etkileşim içinde olduğu düşünülen çevre öğelerini içermelidir.

Bu olaylar zincirinin formülasyonu, değişim hedefi ile ilişkilendirilen faktörler hakkındaki sistematik bilgi temelinde bir işlem teorisinin oluşturulmasını sağlayabilir (26,27). İşlem teorileri; değerlendirmenin, bir program ve programın etkileri arasındaki girdi-çıkı bağlantısını kurmaya çalışan ilişki olarak nitelendirilmesine karşdır (28). Program planlamasında işlem teorisi; faaliyet ve hizmetler sırasının, hedeflerle uyumunu ve faaliyet ve hizmetleri uygulamak için ihtiyaç duyulan kaynak türü ve miktarı ile uyumlu olmasını sağlar.

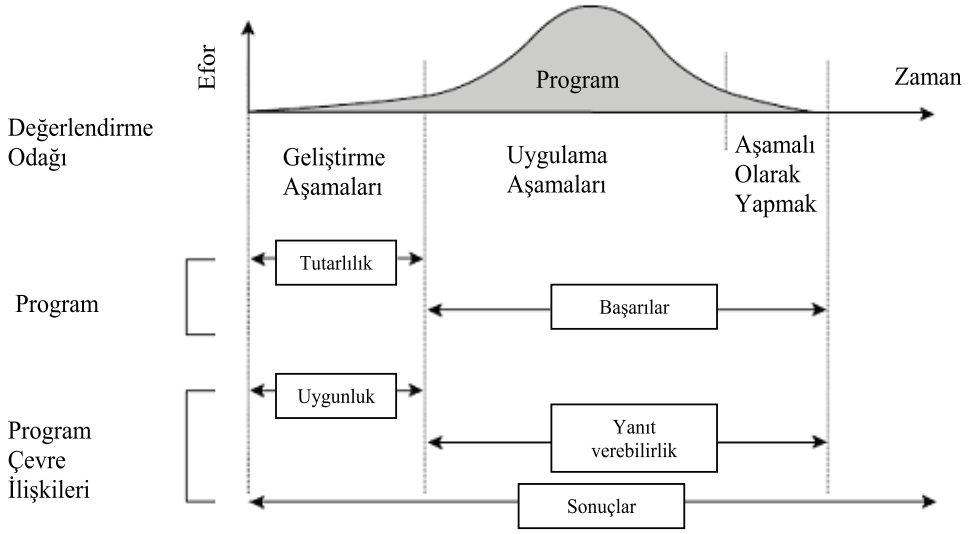
ÖNCESİ /SONRASI modeli, bir işlem teorisi oluşturmak için kullanılan bir çerçeve örneğidir (13). Bu model, programı planlayanların bir duruma ilişkin bir dizi teşhiste bulunmasını sağlar. Özünde görev, belli bir sağlık sorunu ile nedensel olarak ilgili olan davranış özellikleri ve çevresel özelliklerin tespit edilmesidir. Daha sonra programı planlayan kişi; hangi hazırlayıcı, etkinleştirici ve güçlendirici faktörlerin bu nedenlerle ilişkilendirildiğini belirler. Son görev, faaliyetleri geliştirmek ve uygulamak için gerekli kaynakların harekete geçirilmesidir.

Programın Evrimi

Programlar zaman içinde değişir. Şekil 2.2'nin üst kısmında gösterildiği gibi 3 genel safha vardır ve ilk safha geliştirmedir. Bu safhadaki başlıca görevler; değişim hedefinin tespit edilmesi, farklı müdahale stratejilerinin olabilirliği ve kabul edilebilirliği üzerinde çalışılması, hedefler konması, işlem teorisinin belirlenmesi, faaliyet sırasının planlanması ve faaliyetleri yerine getirmek ve hizmetleri sunmak için ihtiyaç duyulan kaynakların nitelik ve miktarının tahmin edilmesidir. Bu safhada program, çevreden kaynak ve bilgi temin eder. Faaliyetlerin çoğu, programı başlatmak ve işletmek için gerekli olan kaynakların bir araya getirilmesi ve değişim hedefi ve çevrenin diğer ilgili öğeleri hakkındaki bilginin seçilmesi, toplanması ve analiz edilmesinden oluşur.

İkinci safha, kaynakların faaliyetlere kanallıze edildiği ve hedef gruplara hizmetlerin sunulduğu uygulama safhasıdır. Hedef, amaç ve kaynaklar, değerlendirmenin yan ürünü olarak revize edilebilir; ancak bu safhadaki temel görev, bu tür revizyonlar yapmak değildir. En uzun safha, bu safhadır ve Şekil 2.2'de gösterildiği üzere, en fazla çaba gerektiren safhadır. Bu safha, program ve çevresi arasında en fazla etkileşimin olduğu safhadır. Program, faaliyet ve hizmetleri çevrenin öğelerine yönlendirir. Değerlendirme faaliyetleri ise çevreden bilgi temin eder; bu bilgiyi işler ve bilgiyi program personeli, hedef nüfus veya diğer paydaşlara geri bildirir.

Şekil 2.2. Program Safhaları ve Değerlendirme Soruları



Kaynak: S. Haddad ve L. Albert tarafından geliştirilen yayımlanmamış bir kurs materyalinden adapte edilmiştir, Montreal Üniversitesi, 1997

Son olarak program, aşamalı olarak bitirilir; çünkü program ya farklı hedefleri olan bir faaliyet dizisine sahip başka bir döngüye dönüşmüştür ya da orijinal hedeflere ulaşılmıştır ve kaynaklar tükenmiştir. Veri toplama gibi bazı değerlendirme faaliyetleri, program sona erdikten sonra gerçekleşecek şekilde planlanabilir.

Tek bir değerlendirme projesinin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının tüm boyut ve bileşenlerini ele alması olası değildir. Bir değerlendirmenin kapsamı; çoğu kez ilgi çeken bileşenler, programın evrimi bakımından projenin zamanlaması ile program ve çevresi arasındaki etkileşime odaklanma derecesi tarafından kısıtlanmaktadır. Olası değerlendirme soruları, çeşitli şekillerde kategorize edilebilir ve etiketlenebilir. Bazı sorular, -biçimlendirici değerlendirmeye karşı, sonuç özetleyici değerlendirmede olduğu gibi (29)- değerlendirme sonuçlarının olası kullanımını temel alırken bazıları da -süreç değerlendirmesine karşı çıktı değerlendirmesinde olduğu gibi (3)- kullanılan performans göstergeleri türlerine dayanmaktadır. Biz, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin kavramsal açıklamamızın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında değerlendirme soruları organize etmek için teorik açıdan sağlam bir başlangıç noktası oluşturduğunu düşünmekteyiz.

Değerlendirme Soruları

Bir programın değerlendirilmesi, bir proje içindeki alt proje olarak adlandırılabilir. Bir program gibi bir değerlendirme projesi de önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmaya odaklanmış kaynak ve faaliyetler içerir.

Değerlendirme hedefleri, program bilgisinin üretilmesi ile ilgilidir ve sorulan sorular bu ilginin niteliğini belirler. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programına ilişkin kavramsal açıklamamız temelinde, 5 değerlendirme sorusu öneriyoruz.

Sorular, program veya programın çevresiyle olan etkileşime odaklanabilir. Program bileşenlerine ilişkin 2 soru sorulabilir.

- Program hedefleri, kaynaklar ve faaliyetleri/hizmetleri birbirine bağlayan işlem teorisi ne kadar tutarlıdır?
- Program faaliyet ve hizmetlerinin kazanımları nelerdir?

Program-çevre etkileşimine ilişkin 3 soru öneriyoruz:

- Program hedefleri, değişim hedefine ne ölçüde uygundur?
- Program bileşenleri, çevresel koşullara ne ölçüde cevap vermektedir?
- Program sonuçlarının çevre üzerindeki etkileri nelerdir?

Bir programın spesifik safhaları süresince bu sorular üzerinde düşünülmesi gerekmektedir. Şekil 2.2, uygunluk ve tutarlılık sorularının genelde geliştirme safhasında incelendiğini, program kazanımları ve cevap verme durumunun ise uygulama aşamasında ele alınması gerektiğini göstermektedir. Sonuçlara ilişkin sorunun içsel olarak belli bir program safhası ile bağlantılı olduğunu düşünmüyoruz. Değerlendirme sorusu türlerinin nasıl kullanılabileceğini göstermek için Kahnawake Okulu Diyabet Önleme Projesi (Kahnawake School Diabetes Prevention Project-KSDPP) () (30) örneğini kullanacağız. Projenin tanımı, Kutu 2.1’de sunulmaktadır.

Program Uyumunun Analiz Edilmesi

Şekil 2.1 ve 2.2’de gösterildiği üzere, uyum analizi sadece program bileşenlerine odaklanır ve çoğunlukla geliştirme safhasında yapılır. Bu değerlendirmeler, işlem teorisini kısmen veya tamamen ortaya koyarak program hedefleri, planlanan faaliyetler ve hizmetler ile kaynaklar arasındaki uyumu inceleme eğilimindedir. Program planlayıcıları işlem teorisini ayrıntılı olarak tanımladıktan sonra değerlendiricinin görevi, program planının en güncel mesleki bilgi ile uyumlu olup olmadığını belirlemektir. Ancak, çoğu zaman işlem teorisi açıkça ortaya konmamaktadır veya en iyi ihtimalle kısaca tarif edilmiştir. Bu durumlarda değerlendiricinin başlıca görevi teoriyi açık hâle getirmektir. Chen (28) ve Sheirer (25), işlem teorisinin bileşenlerini ve bunlara program planlarından nasıl ulaşılabileceğini enine boyuna tartışmaktadır.

Değerlendiriciler, katılımcı programlarda uyum sorununu ele alırken program-çevre etkileşimlerini dikkate almalıdır. Katılımcı programlarda harekete geçirilen toplu süreçler, risk faktörleri ve müdahale yoluyla hedeflenen davranışla doğrudan ilgili olmayabilir.

Kutu 2.1. Kahnawake Okulu Diyabet Önleme Projesi

Kahnawake Okulu Diyabeti Önleme Projesi (KSDPP), Kanada’da yerli Mohawk topluluğu tarafından uygulanan bir toplum sağlığını geliştirme programıydı. Projenin amacı, insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus’un başlangıcını önlemek için gençler arasında aktif bir yaşam biçimini ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik etmektir.

KSDPP, toplumun geliştirilmesi ve aktivasyon ile birleştirilen, aktif yaşam şekli ve sağlıklı beslenme temalarını işleyen okul temelli bir program olarak geliştirilmişti. Müdahale modeli, sosyal öğrenme teorisinden öğeler, ÖNCESİ /SONRASI modeli; Ottawa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi’ni, sözlü geleneği ve tüm toplumun katılımını vurgulayan geleneksel öğrenme tekniklerini birleştirmekteydi. Faaliyetler, Ottawa Sözleşmesi’nin 4 ögesi çerçevesinde tasarlanmıştır: kişisel becerilerin geliştirilmesi, toplum eyleminin güçlendirilmesi, destekleyici ortamlar oluşturulması ve sağlıklı halk politikaları için lobi faaliyetleri yürütülmesi.

KSDPP’nin gösterim döngüsü boyunca yürütülen faaliyetler, 2 ilkokulda (6-12 yaş) tüm çocuklar için sınıf içi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müfredatının uygulanması ve spor alanı oluşturulması ve sağlıklı okul ortamı için politikaların uygulamaya konmasına yönelik lobi çalışmalarının yürütülmesini içermekteydi. Temel ilke, ebeveynler ve toplumdaki diğer yetişkinler aynı mesajı verirse ve salık verdiklerini uygularlarsa; okula giden çocukların bilgi, tutum ve sağlıklı alışkanlıklar edinebilecekleri ve bunları sürdürebilecekleriydi. Toplumda yürütülen faaliyetler, yetişkinleri KSDPP ve genel olarak diyabetin önlenmesi konusunda bilgilendirmeyi amaçlıyordu. Buna ilaveten faaliyetler ailelere yeni, sağlıklı yaşam şekillerini deneme fırsatı sunmuştur.

KSDPP; Kahnawake topluluğu, araştırmacılar ve akademisyenler arasında eşit ortaklık biçiminde geliştirilmişti. Topluluk üyeleri, topluluk danışma kurulu ve tüm KSDPP personelinden oluşmaktaydı. Topluluğun, KSDPP’nin tüm yapısal öğelerinde ve safhalarında güçlü mevcudiyeti; program, birçok kurum ve birey arasında yoğun bir ilişki ağı ve karşılıklı geri bildirim yaratmıştır.

Gösterim safhası, asıl olarak katılımcı araştırma ilkelerine dayanan kapsamlı bir değerlendirme çalışması başlatmak için kaynak sağladı. Değerlendirme ve müdahale ekipleri, aşağıdaki amaçlara yönelik bir bilgi tabanı oluşturmak için birlikte çalıştı:

- KSDPP’nin evrimi, toplum ortamındaki değişiklikler ve toplumda diyabet risk faktörlerinin prevalansı konusunda topluma bilgi vermek,
- Müdahale ekibine, KSDPP’nin çeşitli yönleri konusunda geribildirimde bulunmak,
- Diyabetin önlenmesi gibi konularda toplumun harekete geçirilmesi ve gelişmesinin, bu yerli topluluklarda toplumun güçlendirilmesi ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi fırsatı yaratabileceğine ilişkin inandırıcı bir vaka çalışması ortaya koymak.

Bu nedenle sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi programları, basit standart etkinler dizisi olarak görülemez; bir müdahale ve çıktısı ( ıktıları) arasındaki ilişki karmaşıktır (31) ve çevresel koşullarla etkileşim sonucunda sürekli değişmektedir.

KSDPP geliştirme safhasında, 4 bilgi alanından yararlanarak ve 4 eylem alanı tanımlayarak gelişmiş ve sofistike bir işlem teorisi geliştirmiştir. Topluluk müdahalelerine ilişkin literatür; bu tür gelişmiş stratejilerin, hedeflenen sağlık sorununun çok daha ötesine geçen etkileri olabileceğini göstermektedir. Örneğin KSDPP, diyabetin ötesine geçerek kalp rahatsızlığı veya fel  gibi yaşam şekli ile bağlantılı hastalıklara ulaşabilir. Ayrıca, toplumun halk sağlığı ile ilgili bir konuda başarılı olma duygusunu tatmasına yardımcı olarak ve dolayısıyla toplumun güçlendirilmesine katkıda bulunarak sağlığı daha geniş anlamda etkileyebilir. İlginç bir uyum analizi, olası sağlık çıktılarının kapsamlı olarak incelenmesi olabilir. Böyle si bir inceleme, nihayetinde program hedeflerinin yeniden tasarlanmasına neden olabilir. Uyum sorularından biri, 4 bilgi alanının KSDPP'nin eylem alanlarının her birinde nasıl kullanılmış olduğunu ele alabilir.

Program Kazanımlarının Analizi

Kazanım soruları, programın kendisine odaklanır; ancak uygulama safhasında sorulur. Bu tür bir değerlendirme, çoğu zaman programın eylem planını uygulamada başarılı olup olmadığını araştırır. Kazanım soruları, 2 konuyu ele alır: kaynaklar ve üretilen hizmetler/faaliyetler (kalite konuları) ile kaynaklar ve faaliyetler arasındaki bağlantılar ( retkenlik konuları). Kalite konuları; mevcut olma, erişilebilirlik ve teknik kalite gibi program sunum sisteminin kurumsal ve yapısal özellikleri veya hedeflenen nüfusa erişim veya müşteri memnuniyeti gibi sonuçların bazı betimleyici özellikleri ile ilgili olabilir (26). Üretkenlik analizi, bir faaliyetin birimlerini üretmek için ihtiyaç duyulan kaynak miktarını tahmin etmeyi amaçlar. Program kazanım soruları genellikle program izleme (32), süreç değerlendirme (25) veya biçimlendirici değerlendirme (3) tarafından ele alınır. Kazanım analizleri ampirik veri toplanmasını gerektirir. Veri toplama ve analiz yöntemlerinin seçimi, ilgili paydaşlarla iştware hâlinde değerlendiriciye kalmıştır. Kullanılan yöntemler; nicel, nitel veya ikisinin harmanlanması şeklinde olabilir.

Sađlđđın teşviki ve geliştirilmesinde, program kazanımlarının tanımlanmasına ve analizine olan ilgi artmaktadır. Pawtucket Kalp Sağlığı Programı, bir kazanım analizi için iyi bir örnek teşkil etmektedir. Müdahalelerin uygulandığı yıllar boyunca gelişmiş bir takip sistemi, toplumun bireysel  yeleri ve program arasındaki tüm irtibatları kaydetmiştir (33,34). Bu sistem değerlendiricilerin, çeşitli program bileşenleri vasıtasıyla ulaşılan insan tiplerini raporlanmasına imkân vermiştir (35). Değerlendiriciler ayrıca, kamunun faaliyetlere katılımındaki değişimi de analiz edebilmiştir (36). Kazanım sorularının analizine olan ilgi, işlem teorisinin bir parçası olan, her bir program bileşenine bir dizi değerlendirme uygulayan Kardiyovasküler Sağlıkta  ocuk ve Ergen  alışması (Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health-CATCH) ile sonuçlanmıştır (37).

KSDPP'nin değerlendirmesi sırasında birçok kazanım sorusu ele alınmıştır. KSDPP'nin ana bileşeni, ilköğretim okulu öğrencilerine bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müfredatı sunulmasıydı. KSDPP'nin kabul edilebilirliği ve öğretmenlerin hedeflerle mutabakatı konusunda her yıl veri toplanmış ve analiz yapılmıştır. Her yıl, öğretmenlerden kesitsel bir örneklem seçilmiş ve bireysel yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşme kayıtları kısaca analiz edilmiş ve hem toplum danışma kuruluna hem müdahale ekibine rapor olarak sunulmuştur. İkinci soru, KSDPP'nin toplum üyeleri tarafından kabul edilebilirliğine odaklanmıştır. Bu analiz için kullanılan veri, KSDPP'nin ortasında, toplum yetişkin nüfusunun temsili rneklemi ile yapılan telefon araştırması vasıtasıyla toplanmıştır. Üçüncü soru, KSDPP'nin temel ilkelerden biri olan, çeşitli gruplar arasında eşit bir ortaklık tesis edilip edilmediği ile ilgiliydi (38). Bu nedenle KSDPP'nin ikinci yılında bir program sahipliği araştırması yürütölmüştür. Sonuçlar, ilgili gruplara rapor olarak sunulmuş ve toplum danışma kurulu üyelerinin katılımını artırmak için kullanılmıştır.

Program Uygunluğunun Analizi

Uygunluk soruları, geliştirme safhasında sorulur; program ve değişim hedefi arasındaki ilişkiyi ele alır. Bu tür değerlendirme, hedef nüfusun sağlık sorunları ve yaşam koşulları dikkate alındığında hedeflerin uygunluğunu değerlendirir. Bazı yazarlar, bunu stratejik değerlendirme olarak adlandırmaktadır (19). 2 konu ilgi çekebilir: yerel koşullar dikkate alındığında değişim hedefinin, müdahale için uygun bir konu olup olmadığı ve müdahale için seçilen hedef nüfusun, yerel insanlar için uygun olup olmadığı. Yöntem, çoğunlukla program hedeflerinin tanımlandığı sürecin analiz edilmesidir. Bu görev için çoğu kez 2 bilgi kaynağı mevcuttur: hedeflere ve hedef nüfusa ilişkin gerekçeler sunan bilimsel literatür ve yerel nüfusun dile getirdiği kaygılar.

Toplum sağlığının geliştirilmesi müdahalelerinin değerlendirmeleri her iki uygunluk konusunu nadiren ele alır. Ayrıca literatürdeki bu tür değerlendirme raporları; programı tasarlayanların, programın bilimsel temelleri hakkındaki bilginin, uygunluk konusuna ışık tuttuğunu düşündüklerini göstermektedir. İhtiyaç değerlendirmeleri hemen hemen hiçbir zaman projelerin başlamasından önce yapılmaz; hedef nüfuslara, hipotezler veya müdahalenin uygulanışı konusunda nadiren danışılır. Danışma eksikliği, birçok toplum kalp sağlığının geliştirilmesi çalışmalarında gözlemlenen etki yokluğunu en azından kısmen açıklayabilir (39).

KSDPP değerlendirmesi, bir uygunluk analizi içermemekteydi. Bir uygunluk analizi yapılmış olsaydı bu uygunluk analizi; insüline bağımlı olmayan diyabetin yetişkinleri etkilediği bilinirken programın, diyabetin önlenmesi için ilköğretim ağı çocuklarını hedef alması sorununu gündeme getirebilirdi. Ayrıca bu analiz; Kanada'daki yerli topluluklar, kötü yaşam koşulları ile ilişkilendirilen çok çeşitli halk sağlığı sorunları yaşarken bu spesifik sağlık konusunun ele alınmasının ne kadar önemli olduğu sorusunu gündeme getirebilirdi (40). Değerlendiriciler, bu tür uygunluk analizine ilişkin veriyi, diyabetin etiyolojik ve epidemiyolojik yönleri hakkındaki literatürde

ve yerli nüfuslar arasındaki halk sağlığı programlarında bulabilirdi. Değerlendiriciler, bu bilgiyi hedeflerin konduğu ve hedef nüfusun seçildiği süreçleri analiz etmek için kullanabilirdi.

Programın Yanıt Verebilirliğinin Analizi

Yanıt verme durumuna ilişkin sorular, uygulama safhasında araştırılır. Bu değerlendirmeler, çevresel koşulların çeşitli program bileşenlerini nasıl değiştirdiğini inceler. Her türlü bileşen, bu şekilde değerlendirilebilir. Bu sorunun literatürdeki tartışmaları, genelde program sunma süreçlerinin standart hâle getirilme şekillerini ele alır. Yanıt verme durumu analizinde incelenen 3 konu şudur (41): çevresel koşulların etkisiyle program sunumunda çeşitlilik (örneğin, toplum katılımına bağlı olan karmaşık programlarda, uygulama alanları bakımından çeşitlilik olması muhtemeldir), çevresel koşulların etkisiyle program sonuçlarında çeşitlilik ve sunum sistemi nedeniyle sonuçlarda çeşitlilik.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirmeleri, program bileşenlerini ele alırken (ilişkinin içeriği) dar bir odağa sahip olma eğilimdedir (42); sadece programın nasıl uygulandığını, faaliyetlerin orijinal tasarıma ne ölçüde uyduğu, hizmetlerin kime sunulduğu, hedef gruba ne ölçüde ulaşıldığı ve programın etkisi ile yarışabilecek dış faktörlerin tanımlanması ele alınır. Değerlendirmeler çoğu kez, program bileşenleri ve dış faktörler arasındaki etkileşimleri ihmal etmektedir (26). Yanıt verme durumunun çalışılması için atılabilecek adımlardan biri; işlem teorisinin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çevresel koşullarla nasıl etkileştiğinin incelenmesi olabilir. Kilit ara değişken ve süreçlerin (içsel geçerliliği artırmak için) belirlenip sonrasında bunların aranması yoluyla gelecekteki değerlendirmelerin tasarımını iyileştirmeye çalışmak yerine değerlendiriciler; bu değişken ve süreçleri yeni işleyiş teorileri süreçlerine entegre edebilir (37). Aynı şekilde Hoffman (43) ve McQueen (44) tarafından da benimsenen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreci kavramı; davranışın, sosyal ve çevresel faktörlerin birleşiminden oluşan bir bağlamda gerçekleştiği kritik noktasını gündeme getirir.

Teori odaklı işleyiş araştırması, önceki teorik çerçeveler ve ampirik dünya arasındaki uyumun test edilmesinden elde edilen bilgiye önem vermelidir. İşleyiş araştırması, davranış ve değişimi anlamak için davranışın değişime uğradığı süreci ve bu süreci etkileyen faktörleri incelemelidir. Yani her türlü değerlendirme girişimi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının kendi bağlamlarından kaynaklanma durumunu araştırmalı ve dikkate almalıdır.

KSDPP'nin yanıt verme durumuna yönelik analizi; çevresel koşulların, faaliyetlerin planlanması ve uygulanmasını ne ölçüde değiştirdiği sorularını ele alabilirdi. Böylesi bir analizde önemli bir veri kaynağı, uygulama safhasında yapılan toplantıların tutanaklarıdır. Örneğin, KSDPP toplum danışma kurulu, tüm eylem önerilerini ve bunların kabul edilebilirliğini çalışmıştır. Bir diğer önemli bilgi kaynağı, planlama safhasında üretilen dokümanlardır. Her 2 kaynaktan temin edilen bilginin analizi,

toplumdan nasıl girdi temin edildiği ve bu bilginin nasıl kullanıldığını ortaya koyabilir. Bir başka adım, müdahale ekibinin, programın günlük yönetiminden öğrenilenler ışığında işlem teorisini nasıl değiştirdiğinin incelenmesidir. KSDPP'nin katılımcı yapısının planlanan olaylar zinciri ile nasıl etkileştiğinin çalışılması, müdahale teorileri konusunda faydalı içgörüler elde edilmesini sağlayabilir.

Program Sonuçlarının Analizi

Son olarak sonuç analizi derken, program ortamı ile ilişkilendirilen çevredeki değişikliklerin değerlendirmesini kastediyoruz. Sonuçlar, hem beklenen hem de öngörülmeyen çıktılar içerebilir. Bu analizler için çeşitli veri kaynakları kullanılabilir ve geçerli yanıtlar sunması için çok çeşitli araştırma tasarımları geliştirilebilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi (3, 45) ve değerlendirmeye (46) ilişkin birçok ders kitabı, program sonuçlarının değerlendirilmesinde yaşanan sorunları ele almaktadır. Bu sorunlar, 2 genel kategoriye ayrılabilir: program ve gözlemlenen etkiler arasındaki nedensel bağlantının geçerliliği ile ilgili sorular ve etkileri değerlendirmek için seçilen gösterge türleri ile ilgili sorular.

Sonuç analizindeki temel sorun, gözlemlenen değişikliklerin programa atfedilmesidir. Literatür, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirmesi için uygun araştırma tasarımlarına ilişkin hararetli tartışmalar olduğunu göstermektedir. Fasil 3 ve 10, bu konuyu derinlemesine ele almaktadır. Birçok yazar son zamanlarda, toplum programlarında ve diğer karmaşık, çoklu strateji kullanan programlarda, randomizasyon ve deneysel kontrolü temel almaktansa gözlemsel yöntemlerin geçerli sonuçlar sunma açısından daha uygun olabileceğini öne sürmektedir (47,48).

İkinci kategorideki konular, kullanılan sonuç göstergelerine göre değerlendirmelere farklı etiketler verilmesinden kaynaklanan karışıklık ile ilgilidir. Örneğin, bazı yazarlar, bir programın nihai çıktısı ile ilgili olan çıktı değerlendirmesine ve işlem teorisinin ara süreçlerindeki değişikliklere odaklanan etki (veya süreç) değerlendirmelerine (2,3) karşı çıkmaktadır. Bu süreçlerin program faaliyetleri veya hizmetler tarafından tetiklendiği ve dolayısıyla nihai çıktıyı etkilediği düşünülmektedir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin hedefi, sadece bireyin sağlık davranışlarının değişmesini sağlamak değil ayrıca, toplumlarda ara çıktıları tetiklemek veya değiştirmektir. Ancak değerlendirmedeki uygulama, ara süreçlerin ihmal edilmesi ve bireysel seviyedeki çıktıların değerlendirilmesi şeklinde olmuştur. Bunun ötesine geçmek için işlem teorileri kullanılabilir (21,26). Bir toplum programında işlem teorisi; kilit girdiler, çıktılar ve bunları bağlayan etkinlikler veya süreçler dizisini içerebilir (31).

KSDPP, bir gösterim (demonstrasyon) projesi olarak finanse edilmiştir ve değerlendirme sonuç analizini vurgulamıştır. Ancak bunu, programın başında oluşturulan işlem teorisi ile ilişki hâlinde yapmıştır. Değerlendirme, işlem teorisinin birçok ögesini değerlendirmiştir. Değerlendirme, ilkökul çağındaki çocukların

davranış ve antropometrik özelliklerini ve diyabet risk faktörlerindeki değişikliklere katkıda bulunduğu düşünülen toplum ve kurumsal süreçleri ölçmüştür. Veri, bu süreçlerin belirlenmesine yardımcı olarak program yönetimine ilişkin kararları kolaylaştırmış ve KSDPP'nin temellerini oluşturan bazı teorik önermelerin revize edilmesine imkân vermiştir.

Süreç ve Çıktı Değerlendirmesinin Ötesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının kavramlaştırılması ve bunun ortaya koyduğu değerlendirme soruları; süreç ve çıktı değerlendirmesi ve idari izleme arasındaki ayrıma dayanan daha geleneksel değerlendirme bakış açısından önemli ölçüde ayrılmaktadır. Geleneksel bakış açısına göre izleme, program kaynaklarının hizmet ve faaliyetlere dönüştürülmesini sağlayan idari bir işlemdir. Amaç, program harcamalarının belgelenmesi ve gerekçelendirilmesidir. Yönetim ve günlük karar almanın desteklenmesi bakımından böylesi bir izlemenin kapsamı çok genişler ve programın önemli bileşenlerini kapsar. İzleme sistemlerince üretilen bilginin, diğer bağlamlarda programa sınırlı ölçüde faydalı olduğu düşünülür.

Çıktı değerlendirmesi, bir programın hedeflenen değişiklikleri yaratıp yaratmadığını bulmaya çalışır. Değerlendiricinin görevi, program ve çevresinde gözlemlenen değişiklikler arasında nedensel bağlantılar kuran geçerli veri sağlamaktır. Nedensel bağlantılara yapılan vurgu, çoğu zaman çıktı değerlendirmelerinin dar kapsamlı sorular geliştirmesine neden olur. Bu tür değerlendirme, araştırma ve bilimsel faaliyetlerle ilişkilendirilir ve bu nedenle de değerlendirmenin, uzmanlık seviyesinde metodolojik beceri ve bilgi gerektirdiği öne sürülür (4). Diğer bağlamlardaki benzer durumları ele almak için kullanılabilecek bilgi üretilmesi amaçlanmaktadır.

Geleneksel bakış açısından bakıldığında süreç değerlendirmesi, program faaliyetlerini uygulandıkları gibi analiz eder. Süreç değerlendirmesi, 3 amaca hizmet edebilir: program bileşenlerinin hedef nüfusa ulaşma kapasitesini iyileştirmek, planlanan veya diğer bağlamdan alınan program ile uygulanan program arasındaki tutarsızlıkları belgelemek ve çıktıların yorumlanması için gerekli olan bilgiyi sağlamak. Her durumda süreç değerlendirmesinin, yerel bilginin elde edilmesiyle sonuçlandığı düşünülmektedir.

Çeşitli türdeki program değerlendirmesi ve izlemesi arasında epistemiyolojik, kavramsal ve metodolojik ayrımlar yapan böylesi bir yaklaşım; sınırlı sayıdaki standart faaliyetten oluşan ve kısmen kapalı bir sistemde toplumun belli bir kısmını hedef alan basit programlarda kullanılabilir (49). Bu programlarda, sağlık planlayıcıları ve uygulayıcıların teşhis edilmiş sağlık sorunu için mevcut en iyi programı seçtikleri “aşağıdan yukarıya uygulama felsefesi” net bir biçimde görülür. Programların karmaşık olduğu halk sağlığı ve özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında; program izleme, süreç değerlendirmesi ve çıktı değerlendirmesi arasındaki ayrım, faydalı bilgi üretilmesine engel teşkil edebilir.

Bizce değerlendirme, program ve çevresi arasındaki geri bildirim sistemidir. Bu sistemin önemli bir amacı, yerel programların iyileştirilmesine yardımcı olan bilgiler üretmektir. İşlem teorisinin ve sonuçta sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin genel olarak nasıl işlediğinin anlaşılmasını geliştiren bilgi üretmek de en az o kadar önemlidir. Bu bölümde ortaya konan 5 sorunun tamamı bu 2 hedefe de katkı sağlamaktadır. İdeal olan; program değerlendirmelerinin, soruların hepsini ele alması ve sonuçları ilgili herkesle paylaşmasıdır.

Ancak uygulamada değerlendirme, bu 5 sorunun tamamını ele almak için kaynaklara sahip olmayabilir. Bu nedenle kapsamlı değerlendirme gündemlerinin oluşturulmasını ve koordinasyonunu savunuyoruz (50). Bu fasılda tartışılan değerlendirme sorularının tamamını kapsayan konuları ele almak için benzer işlem teorilerine sahip farklı programların değerlendirilmesi koordine edilebilir. Her program, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teori ve modellerinin tekrarlanması ve iyileştirilmesine yönelik bir fırsat sunar. Program değerlendirmesi, deney grupları ve kontrol grupları arasındaki farklılıkları göstermeye ne kadar odaklanıyorsa benzer sağlık konularını ele alan programlar arasındaki çapraz etkileşim de o kadar sınırlı olmaktadır.

Sonuç

Standart programların, tek genellenebilir bilgi kaynağı olmadığını ne sürmekteyiz. Tüm bilgilerde olduğu gibi bir değerlendirmeden temin edilen ampirik bilgi de yereldir (51); yani kökeni belli bir nesnenin içindedir ve çok spesifik bir bağlamda üretilir. Ancak, her bir değerlendirmedeki bilgi, daha kapsamlı bir öğrenme girişimine katkı sağlamaktadır. Her program, eylem evreninin bir ögesi olarak görülebilir ve bu programın anlaşılmasına her türlü proje değerlendirmesi katkı sağlar (52). Üretilen bilgi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorilerinin değiştirilmesi için kullanılabilir. Değerlendiriciler; programları reform gibi kullanarak (53) her bir tekrar ile gelişen, uygulayıcılar ve karar alıcılar açısından faydalı olan bir bilgi tabanı oluşturmak için bu sosyal deneylerden olabildiğince bilgi temin eder (54). Bu bilgi tabanı, ne kadar kapsamlı ve kapsayıcı ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulaması ve teorisinin geliştirilmesi için o kadar faydalı olacaktır.

Kaynaklar

1. MACDONALD, G. & BUNTON, R. Health promotion: discipline or disciplines. In: Bunton, R. & MacDonald, G., ed. *Health promotion: disciplines and diversity*. London, Routledge, 1992.
2. GREEN, L. W & LEWIS, F.M. *Measurement and evaluation in health promotion*. Palo Alto, Mayfield, 1986.
3. NUTBEAM, D. ET AL. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *Journal of epidemiology and community health*, 44: 83-89 (1990).
4. MITTLEMARK, M.B. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14: 437-462 (1993).
5. PINEAULT, R. & DAVELUY, C. *Laplanification de la sante: concepts, methodes, strategies*. Montreal, Agence d'Arc, 1986.
6. BENFARI, R.C. ET AL. The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). III. The model for intervention. *Preventive medicine*, 10: 426-442 (1981).
7. ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
8. PATRICK, D.L. & WICKISER, T.M. Community and health. In: Amick, B.C., III et al., ed. *Society and health*. New York, Oxford University Press, 1995, pp. 46-92.
9. BRESLOW, L. Social ecological strategies for promoting healthy lifestyles. *American journal of health promotion*, 10: 253-257 (1996).
10. GREEN, L.W. ET AL. Ecological foundations of health promotion. *American journal of health promotion*, 10: 270-281 (1996).
11. RICHARD, L. ET AL. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American journal of health promotion*, 10:318-328(1996).
12. STOKOLS, D. Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10: 282-298 (1996).
13. GREEN, L.W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
14. KICKBUSCH, I. Introduction: tell me a story. In: Pederson, A. et al., ed. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 8-17.
15. LABONTE, R. Death of a program, birth of a metaphor: the development of health promotion in Canada. In: Pederson, A. et al., ed. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 72-90.
16. LINK, B.G. & PHELAN, J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, Special issue, 1995, pp. 80-94.
17. SOUBHI, H. ET AL. Reperes pour une conceptualisation systemique des programmes communautaires en promotion de la sante. In: Soubhi, H. *Une*

- vision systemique de lafamille et de la promotion de la sante - Un exemple avec V activite physique de loisir* [Dissertation]. Montreal, Uni-versitede Montreal, 1999.
18. LE MOIGNE, J.-L. *La theorie du systeme general. Theorie de la modeli-sation*, 4ieme edition. Paris, Presses universitaires de France, 1994.
 19. CONTANDRIOPOULOS, A.-P. ET AL. L'evaluation dans le domaine de la sante: concepts et methodes. *In: Lebrun, T. et al., ed., devaluation en matiere de sante: des concepts â la pratique*. Lille, Crege, 1992, pp. 14-32.
 20. MINKLER, M. Challenges for health promotion in the 1990s: social inequities, empowerment, negative consequences, and the common good. *American journal of health promotion*, 8: 273-274 (1994).
 21. WEISS, C.H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. *In: Connell, J.P. et al., ed. New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 65-92.
 22. GREEN, L.W., ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
 23. REINKE, W.A. An overview of the planning process. *In: Reinke, W.A., ed. Health planning for effective management*. New York, Oxford University Press, 1988, pp. 57-74.
 24. DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, **260**: 1743-1748 (1988).
 25. SHEIRER, M.A. Designing and using process evaluation. *In: Wholey, J.S. et al., ed. Handbook of practical program evaluation*. San Francisco, Jos-sey-Bass, 1994, pp. 40-63.
 26. LIPSEY, M. Theory as method: small theories of treatment. *In: Securest, L. et al., ed. Research methodology: strengthening causal interpretations ofnonexperimental data*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990, pp. 33-52.
 27. CHEN, H. & Rossi, P.H. Issues in the theory-driven perspective. *Evaluation and program planning*, 12: 299-306 (1989).
 28. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
 29. SCRIVEN, M. The methodology of evaluation. *In: Weiss, C.H., ed. Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 123-136.
 30. MACAULAY, A.C. ET AL. The Kahnawake School Diabetes Prevention Project: intervention, evaluation, and baseline results of a diabetes primary prevention program with a Native community in Canada. *Preventive medicine*, 26: 779-790 (1997).
 31. KOESELL, T.D. ET AL. Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. *Annual review of public health*, 13: 31-57 (1992).

32. Rossi, P.H. & FREEMAN, H.E. *Evaluation: a systematic approach*, 5th ed. Thousand Oaks, Sage, 1993.
33. ASSAF, A.R. ET AL. The Pawtucket Heart Health Program. II. Evaluation strategies. *Rhode Island medical journal*, 70(12): 541-546 (1987).
34. McGRAW, S.A. ET AL. Methods in program evaluation: the process evaluation system of the Pawtucket Heart Health Program. *Evaluation review*, 13: 459-483 (1989).
35. LEFEBVRE, R.C. ET AL. Characteristics of participants in community health promotion programs: four years' results. *American journal of public health*, 77: 1342-1344 (1987).
36. ELDER, J.P. ET AL. Organizational and community approaches to community-wide prevention of heart disease: the first two years of the Pawtucket Heart Health Program. *Preventive medicine*, **15**: 107-117 (1986).
37. McGRAW, S.A. ET AL. Design of process evaluation within the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *Health education quarterly*, **Suppl. 2**: S5-S26 (1994).
38. MACAULAY, A.C. ET AL. Participatory research with Native community of Kahnawake creates innovative code of research ethics. *Canadian journal of public health*, 89: 105-108 (1998).
39. POTVIN, L. ET AL. Le paradoxe de revaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la sante. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*, 1: 45-57 (1994).
40. MACMILLAN, H.L. Aboriginal health. *Canadian Medical Association journal*, **155**: 1569-1578 (1996).
41. DENIS, J.L. & CHAMPAGNE, F. L'analyse de l'implantation: modeles et methodes. *Canadian journal of program evaluation*, 5: 47-67 (1990).
42. TAGGART, V.S. ET AL. A process evaluation of the District of Columbia "Know Your Body" project. *Journal of school health*, 60: 60-66 (1990).
43. HOFFMAN, K. The strengthening community health program: lessons from community development. In: Pederson, A. et al., ed. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 123-138).
44. MCQUEEN, D.V. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health promotion international*, **11**: 27-32 (1996).
45. WINDSOR, R.A. ET AL. Evaluation of health promotion and education programs. Palo Alto, Mayfield, 1984.
46. COOK, T.D. & CAMPBELL, D.T. Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings. Chicago, Rand McNally, 1979.
47. FISHER, E.B. The results of the COMMIT trial. *American journal of public health*, 85: 159-160 (1995).
48. SUSSER, M. The tribulations of trials - Interventions in communities. *American journal of public health*, 85: 156-158 (1995).
49. FLAY, B.R. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the

- development of health promotion programs. *Preventive medicine*, **15**: 451-474 (1986).
50. POTVIN, L. Methodological challenges in evaluation of dissemination programs. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S79-S83 (1996).
 51. CAMPBELL, D.T. Relabeling internal and external validity for applied social scientists. In: Trochim, W.M.K., ed. *Advances in quasi-experimental design and analysis*. San Francisco, Jossey-Bass, 1986, pp. 67-77 (New Directions for Program Evaluation, No. 31).
 52. CRONBACH, L J. ET AL. *Toward reform of program evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
 53. CAMPBELL, D.T. Reforms as experiments. *American psychologist*, 24: 409-429(1969).
 54. CAMPBELL, D.T. The experimenting society. In: Campbell, D.T. & Overman, E.S., ed. *Methodology and epistemology for social science*. Chicago, University of Chicago Press, 1988, pp. 290-314.

Kanıt Nedir: Konular ve Tartışmalar

David V. McQueen ve Laurie M. Anderson¹

Genel olarak bilimsel olmayan inançları, onların lehine kanıt olabilecek şeylerden bağımsız olarak düşünmeliyiz. İnançlar, mutlak oldukları için kanıt sorularının, az öneme sahip olduğu veya önemsiz olduğu düşünülmektedir.

- Irving M. Copi, Introduction to logic

Kanıt Tartışmasının Gündeme Gelmesi

Günümüzde, hem tıp hem halk sağlığı alanlarında uygulayıcıların kararlarını kanıtla dayandırması gerekmektedir. Halk sağlığı ile büyük ölçüde örtüşen disiplinler arası bir alan olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kanıt konusu son zamanlarda oldukça dikkat çekmiştir. Örneğin Mayıs 1998’de 51. Dünya Sağlık Asamblesi (1), tüm üye devletleri “nitel ve nicel tüm metodolojileri kullanarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası ve uygulamasında kanıt temelli bir yaklaşım benimsemeye” davet etmiştir.

Bu kitabın hazırlanması sırasındaki tartışmalarda birçok konu tekrar tekrar gündeme gelmiştir. Birçok konu çözüme kavuşturulmuş ve Fasil 1’e entegre edilmiştir ve diğer konular sonraki fasıllarda ele alınmaktadır. Ancak, bir konu tartışma konusu olmaya devam etmiştir ve hâlâ tartışılan bir alan olmayı sürdürmektedir: kanıt, kanıtın anlamı ve değerlendirme açısından önemi.

İlk bakışta, kanıt tartışması, epistemiyoloji ve mantık sorularını gündeme getiren sadece akademik bir sorun olarak görülebilir. Mantıklı düşünüldüğünde, kanıt kavramının oldukça pragmatik (faydacı) konularla yakından bağlantılı olduğu ortaya çıkmaktadır. Harekete geçmek için, para harcamak için, sorunları çözmek için ve bilinçli kararlar almak için kanıtla ihtiyaç vardır. *Kanıt* kelimesinin kullanımı halk sağlığı alanındaki tartışmaların merkezinde yer almaktadır:

Kanıt; bir karar almak, yargıda bulunmak, bir sorunu çözmek için kullanılan veya kullanılabilecek bir gerçek veya bir bilgidir. Kanıt, iyi muhakeme kuralları ve değerlendirme ilkeleri ile kullanıldığında bir yargı, karar veya eylem hakkında soru sorulduğunda ise neden sorusuna cevap verir.

Bu fasıl, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ve müdahalelerin değerlendirmesinde kanıt söylemini araştırmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin nasıl kanıt oluşturulacağı konusunda bir dizi araç veya ilke sunmamaktadır. Bu görev, birçok

¹ Değerli tavsiyeleri, editöryal görüşleri ve bu makalenin önceki taslaklarına yaptıkları katkı için şu kişilere minnettarız: Michael Hennessey, Matt McKenna ve Marguerite Pappaioanou, CDC, Amerika; DonNutbeam, University of Sydney, Avustralya ve Alfred Rutten, Technical University of Chemnitz, Almanya. İfade edilen görüşler bize aittir.

çalışmada ele alınmıştır ve pek çok çalıştay ve profesyonel toplantı sunumuna konu olmuştur (3). Biz burada, kanıtın niteliğinin temelini oluşturan birçok varsayımdan bazılarını inceliyor ve sonraki fasıllardaki değerlendirme ve kanıt tartışmaları ile konular gündeme getiriyor ve arka plan sunuyoruz.

Kanıtın Tanımlanması

Kanıt, genellikle bir başka şeyi açık hâle getiren bir şeyi çağırıştırır: Örneğin, bir gölün donmuş olması, düşük sıcaklıkların göstergesi veya işaretidir. *Açık, aşikâr, belirgin, ortada, net veya belli* gibi kelimeler, açık olan şeyleri veya olayları tanımlamak için de kullanılabilir ve hepsi kesinlik özelliğini paylaşır. Birçok bakımdan bu çok katı bir tanımdır. Hiç kimse belirgin olan bir şeyi gözden kaçırmayacaktır. Kısaca, *kanıt* kelimesinin günlük kullanımı yüksek beklentiler uyandırmaktadır. Birisinin kanıtı varsa herhangi bir şüphe olabilir mi?

Hukukta kanıt, farklı bir anlama sahiptir. Örneğin, bir ceza davasında kanıt, herhangi bir şüpheyi mahal vermeyecek şekilde, bir şeyin olduğunu kanıtlamak için sunulur. Jüri üyeleri ve hâkimler, suçlu veya suçsuz hükmünü vermeden önce kanıtın ne kadar güçlü olduğunu inceler. Kanıtın baskın olduğu, herhangi bir şüphe kırıntısı bırakmadan inandığı söylenir. Bu tür bir dil, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yabancıdır; ancak bu, Tones (4) tarafından tam da yakın geçmişteki bir başmakalede benimsenen çerçevedir:

Başarının kanıtını, bir tür “*düstur*” kullanarak toplamamız gerektiğini iddia edebilirim – bununla, %100 kanıt olmasa bile jürinin dava açmasına neden olacak kanıt sunulmasını kast ediyorum.

Ancak, hukuki bir ortamda sunulan kanıt, genellikle hikâyelerin birleştirilmesinden oluşmaktadır: tanıkların ifadeleri, polise verilen ifadeler ve adli tıp uzmanlarının görüşleri de dâhil olmak üzere bilirkişi görüşleri. Kısaca, kanıt genellikle birçok kaynaktan ve farklı uzmanlıklara sahip kişilerden gelmektedir. Bu bağlamda kanıtın değerinin belirlenmesi, ifadelerin yorumlanmasını gerektirmektedir.

Kanıt, ayrıca kimi zaman uzun bir süre boyunca yapılan gözlem veya deneyin ürünü olarak da anlaşılabilir. Bu tür kanıt, ampirik olarak tanımlanabilir. Bazı durumlarda gözlemin temelinde, Darwin’in evrim teorisine götüren gözlemleri gibi teorik bir bakış açısı vardır. Kanıt olarak gözlem, çoğu kez kanıt olarak veri görüşü ile bağlantılıdır ve bu kullanım, halk sağlığında oldukça yaygındır.

Weiner’in Pulitzer ödülünü alan son kitabı (5), kanıt olarak gözlem görüşünü daha derinlemesine araştırmaktadır; evrim hikâyesini anlatmak için saka kuşunun gagasına ilişkin araştırmayı kullanmaktadır. Weiner, modern gözlem teknikleri ve veri toplamanın; doğal seçimin operasyonel mekanizmasını ortaya koyabileceğini göstermektedir. Seçme sürecinin hem ölçülebilir hem gözlemlenebilir olduğunu göstermek için yıllarca tekrarlanan dikkatli ölçümün kanıt temelini oluşturduğunu göstermektedir.

Bundan, 2 kritik nokta çıkarılabilir. İlk olarak kanıt kaynaklarında hiyerarşi yoktur; kanıt ister adli tıptan ister tanıkların ifadesinden gelsin ikna edicidir. İkinci olarak kanıt çoğunlukla gözlem, deney ve teorik argüman karışımının bir sonucudur.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesini Tanımlama Sorunu

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi 1970 ve 1980’lerde önem kazanmaya başladığında alanın tanımlanması için ciddi zaman ve çaba harcanması gerekmiştir. *DSÖ sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ve ilkeleri tartışması (6)* gibi belgeler, haritalar çıkarma ve sınırlar koyma ihtiyacını teyit etmiştir. Tanımlar konusunda devam eden sonraki tartışmalar, dahil etme ve dışarıda bırakma konularına odaklanmaktadır. Muhtemelen her bir bilgi alanı böylesi tartışmalara sahne olmuştur. Ortaya çıkan sonuç, çoğunlukla disiplinin daha kesin sınırlandırılmış tanımıdır. Bu nedenle köklü fizik disiplininin belli başlı kavramları, ilkeleri, kuralları ve üzerinde mutabakat sağlanmış diğer özellikleri vardır. Sonunda, uzun yıllar kullanıldıktan sonra fizik; ders kitapları, eğitim programları, sertifikalar vb. üretmektedir. Örneğin, akademisyenler, bir fizik metnini tanımakta ve fizik metni ile biyoloji metnini birbirinden ayırt etmektedir. Diğer disiplinler, ortaya çıkan alt disiplinler ve biyofizik gibi özel uzmanlık alanlarına rağmen, fiziğin ne olduğu açıktır ve bu disiplinde çalışan ve kendilerini fizikçi olarak gören kişiler arasında fiziğin ne olduğu konusunda büyük ölçüde mutabakat vardır.

Fiziğaksine, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi muhtemelen henüz bir disiplin olmadığı gibi kolaylıkla ayırt edilebilecek bir paradigmaya da sahip değildir. Daha geniş bir disiplinler evrenin içinde yer almaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi belli bir görev üstlendiğinde diyelim ki tütün, alkol veya hava kirleticiler gibi sağlığa zarar veren maddelere daha fazla vergi getirilmesi için savunuculuk (uygun değerlendirme paradigmaları) sağlığın teşviki ve geliştirilmesi literatüründe olmayabilir ama siyaset bilimi literatürü veya savunuculuk çalışması gibi diğer alanlarda bulunabilir. Özetle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının büyük bir kısmı; modeller, neyin işe yaradığına ilişkin kanıt ve en iyi modeller için alanın dışına bakılmasından oluşur. Bu geniş yelpazeli, çok disiplinli yaklaşım, gelişme safhasında değerli olmakla kalmayıp ayrıca gereklidir de. Bu durum, çeşitli farklı disiplinlerde kanıtın nasıl toplandığı ve değerlendirildiğinin iyi anlaşılması gerektiğine işaret etmektedir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Kanıt Tartışması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini tanımlamak zor olmakla birlikte özelliklerini sıralamak kısmen kolaydır. Alan; çok çeşitli araştırma, program ve müdahaleleri içermektedir ve önemli bir öğreti bileşenine sahiptir. Alanın geniş bir teorik temeli vardır ve bu temel; bağlamsallık, dinamizm, katılım ve disiplinler arası yaklaşımı içerir. Ayrıca ilgili teorinin, birçok disiplinden türeyeceği ve çeşitli geleneklerden araştırmayı temsil edeceği varsayılmaktadır. Son olarak çoğu kez sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorisinin araştırması ve uygulamasının; toplum, grup ve tüketicilerin dile getirilmiş ihtiyaçlarını yansıtmayı gerektiği öne sürülmektedir (7).

Son zamanlarda ortaya çıkan bir görüşe göre sağlığın teşviki ve geliştirilmesi daha az nicel ve daha fazla nitel yaklaşımlara dayanmalıdır. Çok değişkenli analizlerin karmaşıklığına ve bunların nasıl yorumlanması gerektiğine yeterince aşina olmayabilecek politika yapıcılar için gelişmiş veri analizinin, çok fazla gereksiz ayrıntı sunabileceği öne sürülmektedir. Çelişkili bir biçimde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gibi çok disiplinli bir alanda analizlerin çoğu zaman karmaşık olması gerekmektedir ve nitel bir analizi anlamak, nicel bir analizi anlamak kadar zor olabilir. Aslında, karmaşıklık, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında var olan güçlü bir temadır (8). Karmaşık ifadesi; eğitim, politik ve sosyal eylemin, birey, grup ve toplumların sağlığı üzerindeki birleşik etkilerini dikkate alan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerindeki mevcut çalışmayı büyük ölçüde yansıtmaktadır. Nitele kıyasla nicel yaklaşımlar ve basite kıyasla karmaşık analizler tartışmalarının nasıl çözüleceğinin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında kanıt kullanımı üzerinde ciddi etkileri olmalıdır.

Önemli bakış açılarından bir tanesi, Tablo 1.1, Fasal 1’de (9) değinilen Ottawa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözleşmesi’nin tanımını ele almaktadır. İfade edilen kontrol ve sağlığın iyileştirilmesi hedefine nasıl ulaşılacağı, hâlâ birçok araştırmaya konu olmaktadır. Ancak kilit faktör, eylem bağlamının rolüdür ve alandaki birçok kişi için uygun ortam toplumdur. Green ve Kreuter (10) toplumu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde “ağırlık merkezi” olarak adlandırmaktadır ve bu iddialarını desteklemek için geniş bir literatüre atıfta bulunmaktadır (ayrıca bk. Fasal 19). Son on yılda bu fikir geçerliliğini sürdürmüştür. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi öğretisi; teori, politika ve uygulama dâhil kaynakların kaynaşmasından ortaya çıkıyor gibi gözükmektedir. Buna ilaveten öğreti; görüş, kontrol ve güçlendirme kavramları ile bağlantıdır. Bu da toplum katılımının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel ilkelerinden biri olmasına neden olmaktadır. Aktif ve katılımcı toplum, halk sağlığı alanında yeni bir fikir değildir (11); ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ana ilkelerden biridir.

Topluluk kavramı, büyük bir öğreti birikimi ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki kaçınılmaz önemi dikkate alındığında, toplumun yeterince katılım sağladığının kanıtı olarak neye ihtiyaç duyulmaktadır? Bu soruya cevap verilirken toplulukların bireyler gibi kavramsallaştırılamayacağı ve böyle maddeleştirilmemeleri gerektiği anlaşılmalıdır. Bir topluluğun üyeleri; tutum, düşünce ve davranış bakımından farklılık göstermekle birlikte toplulukların ortak davranışları vardır. Ortak davranış, bireysel karar almadan oldukça farklı olarak teorik bir temele sahip olan ortak karar alma süreçlerinin çıktısı olarak görülmelidir (12,13). Bu bağlamda kanıtın rolü ve yapısı dâhil, birçok değerlendirme çalışmasının kavramsallaştırılması gerekmektedir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, karmaşık sosyo-çevresel ortamı ile nitelendirilse de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorileri nadiren olgu ile başlamıştır. Bu teoriler, teoriye benzeyen öğretilerle başlamıştır: inançlar ve dünyanın bilişsel anlayışına

dayanan öğretiler (14), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ruhunun bir parçasını oluşturan davranışsal ve sosyal bilimlerden kaynaklanan öğretiler. Bu miras; bilginin sosyal, tarihi, kültürel ve siyasi süreçlerin bir ürünü olduğu görüşünden doğmaktadır. Benzer şekilde, kanıt gibi bir kavram, içinde geliştiği süreçlerden ayrı tutulamaz.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, insan davranışı için bilime ve bilimsel bir temele dayandığı yaygın olarak varsayılmaktadır. Ancak, oldukça bilimsel bir paradigmanın bu bilimsel temeli vurgulamadığı öne sürülebilir. Bir başka ifade ile insan davranışının sadece fizyolojik ve nöral süreçlere bir cevap olduğu görüşü; insanların, insan davranışının bir ürünü olan bir toplumda yaşayan ve işleyen organizmalar olarak nitelendirildiği görüş lehinde reddedilmektedir. Ayrıca, bilişin önemli olduğu ve insan davranışının özgür irade genel kavramı bağlamında hareket ettiği yönünde güçlü bir görüş ortaya konabilir. Bu nedenle bu davranış, temelde yatan bir bilimsel paradigma açısından anlaşılacaksa paradigma, belirleyici değil olasılıkçı olmalıdır. Bu paradigmada yöntemlere istatistiksel yaklaşımlar uygun olacaktır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki araştırma ve uygulamanın çeşitliliği dikkate alındığında, düşünülmesi gereken bir diğer önemli konu “Kanıt derken neyi kastediyoruz?” sorusunu kimin sorduğudur. Birçok bilimde bu soru tartışmalıdır. Cevap; disiplinde pragmatik bir şekilde araştırma yapan, bilinen araştırmacılara atıfta bulunmaktadır. Ayrıca cevap benzer kitleler için aynıdır. Örneğin, bir uzay gemisinin dünyadan uzaya gitmesi için gerekli olan yakıt türü ve miktarına ilişkin sorunun cevabı, tüm mühendisler ve uzay programlarının savunucuları için aynıdır. Ancak “Bu uzay misyonu için fon bulmanın en etkin yolu nedir?” şeklindeki bir soru çok farklı, oldukça bağlamsal ve söz konusu ülkenin siyasi özelliklerine bağlı olan bir sorudur.

Yukarıdaki örnek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının ışığında daha ayrıntılı araştırılabilir. Anlaşmazlık, farklılık ve diyalog kritik öneme sahip olacaktır. Örneğin, sorunun ilk bölümünde anlaşmazlık ve farklılık gerekli öğeler değildir. Kaçış hızı sağlamak için gerekli olan yakıt türü ve tonaj konusunda olasılıkçı argümanlar olabilir; ancak farklı ülkelerden mühendisler kısmen birbirine yakın tahminlerde bulunacaktır. Aynı hesap denklemlerini kullanacak, aynı yer çekimi güçlerini ele alacak ve aynı roket yakıtı alternatifleri üzerinde düşüneceklerdir. Farklılıklar olursa hesaplama hatası olarak açıklanabilir; çok büyük bir ihtimalle fikir birliği sağlanacaktır. Kısaca anlaşmazlık, farklılık ve diyalog minimum düzeyde olacaktır. Buna karşın fon arama konusunda benzer stratejiler kullanılacağını düşünmek zordur ve hiç kuşkusuz birçok farklı grup arasında ve bilimsel yolculuk konusunda bilgisi olmayan kişiler arasında anlaşmazlık, farklılık ve diyalog olacaktır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bağlamında Kanıtın Tanımlanması

Kanıt ve *kanıt temelli* ifadeleri, popüler terimlerdir ve kanıt temelli tıp alanı hararetli bir tartışma konusu olarak görülebilir (15). Her 2 terim de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve halk sağlığı tartışmalarında sürekli olarak gündeme gelmektedir.

Peki neden? Bilim tarihi ve felsefesine ilişkin literatür, kanıt konusunda kapsamlı tartışmalara işaret etmemektedir. Kanıt kelimesi nadiren kullanılmakta ve çoğu kez; sadece veri, gözlem, bağlam ve bilimsel sorgulamanın diğer yönlerinde ortaya çıkmaktadır (16). Kanıt temelli uygulamaya şu anda ilgi olmasının belki de en önemli nedeni, imkân sağlayan bir eleman olarak sağlığa vurgu yapan sosyopolitik ortamın, kanıt temelli uygulamanın gelişmesine izin vermesidir. Bu ilgi, halk sağlığında kısa bir geçmişe sahip olmakla birlikte bu alanda çalışan insanlar artık kanıt temelli yaklaşım hakkındaki çalıştay ve seminerlerin çoğalması ve artan beklentileri dikkate almak zorundadır. Örneğin, Kanada’da sağlık kanıtı ve bilgisine ilişkin ulusal forum tarafından mali destek verilen makaleler yakın geçmişte yayımlanmıştır (17) ve Amerika’da, CDC, halk sağlığının korunması konusunda bir rehber hazırlanması için Halk Sağlığının Korunması Hizmetleri Bağımsız Görev Gücü’ne yardımcı olunmasında öncü olmuştur. Bu rehber sayesinde toplum temelli müdahalelerin; spesifik çıktılara ulaşılmasına katkısının etkinliğine ilişkin kanıtın kalitesini tanımlaması, sınıflandırması ve değerlendirmesi beklenmektedir. Belge, önleme ve kontrole yönelik toplum temelli müdahalelerin etkinliği ve maliyet etkinliği hakkında bilinenleri özetleyecek, kanıt temelinde bu müdahaleler ve bunların sunum yöntemleri konusunda tavsiyelerde bulunacak ve bir koruyucu araştırma gündemi belirleyecektir (18).

Görev Gücü’nün tanımına ve planlanan rehberle ilişkin çalışmasına internet üzerinden ulaşılabilir (http://www.health.gov/communityguide, erişim tarihi 29 Şubat 2000). Tavsiyeler; etkinlikler, faydalı etkileri, zararlı etkileri ve genellenebilirliklerine ilişkin kanıtın gücünü esas alacaktır. Görev Gücü, kanıt gücünü kategorize etmek için şu faktörleri dikkate almaktadır: değerlendirme çalışma tasarımlarının ikna edici etkinlik kanıtı sunmaya uygun olması, yapılan çalışma sayısı, çalışma bulgularının tutarlılığı, gözlemlenen etkilerin büyüklüğü ve nadir de olsa uzman görüşü. Görev Gücü, eş zamanlı karşılaştırma grupları ve gelecekteki maruz kalma ve çıktı ölçülerinin (örneğin, randomize olan ve randomize olmayan klinik veya toplum çalışmaları, müdahale öncesinde ve sonrasında eş zamanlı karşılaştırma gruplarının çoklu ölçümlerini içeren tasarımlar ve ileriye dönük kohort çalışmaları) olduğu çalışmaları en uygun çalışmalar olarak görmektedir. Geriye dönük olan veya çoklu “öncesi ve sonrası” ölçüleri olan, ancak eş zamanlı karşılaştırma gruplarına (geriye dönük kohort çalışmaları ve vaka kontrol çalışması gibi) sahip olmayan tüm tasarımlar, kısmen uygun olarak adlandırılmaktadır. En uygun olmayan tasarımlar, tek “öncesi ve sonrası” ölçüleri olan ve eş zamanlı karşılaştırma grupları olmayan veya maruz kalma ve çıktıların aynı anda tek bir grupta ölçüldüğü tasarımlardır.

Görev Gücü, toplum temelli koruma stratejilerinin çoğunlukla birden fazla bileşene sahip ve karmaşık olduğuna ve randomize kontrollü deneylerin, topluluk müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek için uygun veya tercih edilebilir olmayacağına dikkat çekmektedir. Bu çalışmada dikkate değer unsur, kanıtı kategorize etmek ve tanımlamak için harcanan zaman ve gösterilen çabadır. Görev Gücü; kanıt müdahale tasarımı bağlamında tanımlamak için büyük çaba göstermiştir.

Göstergeler ve Kanıt

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında, kanıt türü ve değerlendirme konuları arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yönelik arka plan sunmak için birçok epistemiyolojik soruyu ele almaktayız. Kanıt, bilim ve ispatın niteliği nedir? Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorisi ve kanıt kuralları arasındaki ilişki nedir? Metodolojik bir yöntem olarak surveyansın kanıtlarla ne gibi bir ilgisi vardır? Kesinlik, değerlendirmede nasıl tanımlanmaktadır? Hata ve ölçülemez kavramları, değerlendirmede nerede ortaya çıkmaktadır ve nedensellik nasıl bir rol oynamaktadır? Örneğin, epistemiyolojik konuların gerçeklile nasıl iç içe olduğunu göstermek için tatmin edici sosyal göstergeler oluşturma girişimlerinin başarısız olmasından çıkarılan dersler üzerinde düşünmekteyiz.

Bir bileşene sayısal bir değer vermek sosyal bilimlerde ölçümün temelini oluşturmaktadır. Örneğin, birçok insan sosyal statü kavramının çok boyutlu bir bileşen olduğu konusunda hemfikir olacaktır. Sosyal statünün; gelir, eğitim seviyesi ve meslek gibi somut faktörlerce belirlendiği ve ayrıca yaş, ırk, cinsiyet, etnik köken, ailevi köken ve çekicilik gibi birçok bağlamsal ve kültürel faktörle ilgili olduğu düşünülmektedir. Kısaca sosyal statü, çok karmaşık bir bileşendir. Sosyal statüyü ölçen kişiler tarafından benimsenen genel yaklaşım, ilgili tüm faktörlerin derecelendirmelerini sınıflandırmak için bir program geliştirmek ve sonrasında bileşenden belli sayıda kısım seçmek ve bunların nasıl karıştırılması veya değerlendirilmesi gerektiğini belirlemektir. Sonunda, ağırlıklı faktörlere sayısal değerler verilmektedir. Kısaca sosyal statü karmaşıklığı, bir ölçü tarifesine indirgenmiştir. Bu indirgeme, bileşenin her bir değeri için matematiksel olarak oynanabilecek sayısal bir değer yaratmak için yapılmaktadır. Temel epistemiyolojik varsayım, matematiksel değerlerle oynanmasının bileşen ile oynamak için bir model sağladığıdır. Araştırmacılar, çoğu zaman, verilen bu sayıların doğrusal ve sıra sayısı olduğunu varsaymaktadır. Dolayısıyla kavramsal olarak sosyal statü puanı 4 olan bir kişinin sosyal statüsü, sosyal statü puanı 2 olan kişiden 2 kat daha fazladır. Yaygın kullanımda sosyal gösterge, sayısal bir değer verilebilen bir bileşendir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları, değerlendirmenin itici gücüyle cesur bir şekilde sosyal göstergeler geliştirmek için çalışmaktadır. Alanın içinde ve dışında olan birçok kişi, sayıları ispat işareti olarak gördüğü için nitel sosyal göstergelerin, müdahalelerin başarısını gösteren en iyi kanıtsal temel olduğunu düşünmektedir. Örneğin, gençler arasında sigara içme oranının azaltılmasına yönelik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programında, müdahalenin başlaması ve uygulanması ile orantılı olarak grupta zaman içinde sigara içme oranının düşmesi beklenmektedir. Buradaki gösterge (sigara içme oranı); basit, net ve kolaylıkla ölçülebilen bir göstergedir.

Kanıt elde etme sorununa çözüm olarak gösterge arama; kanıtın, tasarım yapıları bağlamında kavramsallaştırabileceği yönündeki genel fikri yansıtmaktadır. MacDonald (19,20), kanıt için uygun genel bir tasarım sunmak için 3 değerlendirici unsurun birbirini tamamlayacak şekilde birleştirilmesini önermektedir. İlk unsur,

süreç değerlendirmesi veya biçimlendirici değerlendirmeye odaklanan nitel araştırma yöntemlerini içerecektir. İkinci unsur, müdahale sunumunun ara ve dolaylı göstergelerinin geliştirilmesini içermektedir. Üçüncü unsur ise ara başarı göstergeleri ile çıktı etkinliği ölçülerini birleştirmektedir. Dolayısıyla göstergeler, MacDonald'ın başarılı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları için kanıt sunan değerlendirme tasarımı kilit rol oynamaktadır. Kanıtla yönelik bu çok yönlü ve birleşik yaklaşım, tasarım bileşiminin göstergeler odağına (nitel yaklaşımlar ve süreç değerlendirmesini de içerecek biçimde) dâhil edilmesinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde başarı kanıtı sunacağını öne süren birçok araştırmacı tarafından daha da ayrıntılandırılmıştır (4,21,22).

Bilim Tarihi, Bilim Felsefesi ve Kanıt Niteliği

Bilim basitçe herhangi bir zamanda olgulara yönelik en iyi açıklama şeklinde tanımlanabilir. Böylesi bir tanım, tarihsel bir bağlam içermektedir. Bu tanıma göre günümüzdeki bazı nedenlerden dolayı kullanılamasalar da Aristo'nun biyoloji modeli veya Ptolemy'nin evren modeli açıklaması net bir biçimde bilimseldir ve bin yıl boyunca geçerli olmuştur. Bu, insanlık için hiç de küçümsenecek bir başarı değildir. Webster'in yaptığı (23), “belli bir çalışma ögesi hâline getirilebilecek branş veya sistematik bilgi bölümü” gibi daha titiz tanımlara göre, eski bilim adamlarının görüşleri halen geçerliliğini korumaktadır. Ayrıca bilim adamları, kendi bilimleri bağlamında olgu ispatı için kanıtsal temeli sunmuşlardır.

Bilimin her türlü tanımı, birçok zorlayıcı kelime içermektedir; *sistematik*, *bilgi*, *gözlem* ve *nitelik* gibi kelimelerden dolayı karışıklık ortaya çıkmaktadır. Bunlardan her biri, ele alınması gereken birçok ek kavram ve konu sunmaktadır. Ek konular tatmin edici bir şekilde çözülsün bile daha büyük bir soru kalmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bir bilim midir ve bilimsel faaliyetler sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabasına uygulanabilir mi? Bu tartışma bağlamında bu soruya “evet” yanıtını veriyoruz.

Literatür, birçok insanın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasını bir bilim olarak gördüğü argümanını desteklemektedir. Örneğin, Amerika'da kendi alanında lider olan *Amerika Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dergisi*, en başından beri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasının katı bilimsel ilkelere bağlı kalması gerektiğini öne süren makaleler yayımlamıştır. 1986 yılındaki açılış sayısı “Değerlendirme Modeli: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Çabalarının Değerlendirme Tasarımları için Bir Çerçeve” adlı makaleyi içermektedir (24).

Yaklaşık on yıl sonra editör ve yayımcı; nitelikli bilim adamları tarafından yürütülen ve spesifik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin, spesifik çıktılar üzerindeki etkilerinin incelemesini içeren bir dizi çalışma açıklamıştır (25). O zamandan beri dergi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi biliminin durumunu gözden geçirmeye devam etmektedir (26). Serinin dikkat çekici özelliği müdahalelerin, araştırma kanıtı sıralama sistemine göre sınıflandırılmasıdır. Sıralama, 5 yıldız (kesin kanıt) ile bir

yıldız (zayıf kanıt) arasındadır. Kesin kanıt “müdahale ile çıktı arasındaki neden-sonuç ilişkisinin, randomize kontrol gruplu önemli sayıdaki iyi tasarlanmış çalışma tarafından destelendiğini” göstermektedir. Zayıf kanıt “parça parça, deneysel olmayan veya kötü şekilde yürütülen ilişkileri destekleyen araştırma kanıtına” dayanmaktadır. İki yıldızlı kanıt “ilişkilerle tutarlı olan, ancak randomize kontrol grupları olmayan iyi tasarlanmamış çoklu çalışmalar” olarak tanımlanmaktadır (25). *Amerika Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dergisi*, hiç kuşkusuz randomize kontrollü deneylere büyük önem vermektedir.

Birçok kişi tarafından bir bilim olarak görülse de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, aynı zamanda teknik bir uygulama alanıdır. Bu ikili yapının kanıt üzerinde bazı etkileri vardır. Tarihsel olarak teknoloji, bilimin uygulaması olarak bilimden ayrı görülmüştür. Ancak, gerçekte her zaman saf olan (bilim) ile uygulanan (teknoloji) arasında bir devamlılık söz konusudur. Dolayısıyla teorik fizik; deneysel fizik ve ayrıca mühendisliğin içine geçme eğilimindedir; psikolojik teori, klinik psikolojisini beslemektedir. Benzer şekilde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanı; teori, araştırma ve müdahale arasında bir süreklilik göstermektedir. Bu önemlidir; çünkü kanıt amacına göre değişebilir.

Genel olarak bir teoremin kanıtı (bir şeyin çalıştığını gösteren bir kanıtla göre) daha soyut ve kavramsallaştırılması daha zor görünebilir. Kontrollü bir deneye dayandığında, kanıt bulmanın daha kolay olduğu düşünülür. Astronomi, jeoloji ve evrimsel biyoloji gibi deneyin çok zor olduğu fizik ve biyoloji bilimlerinde kanıtın, kontrol edilemeyen olayların karmaşık, ayrıntılı gözlemine dayanması gerekmektedir. Bu nedenle evrim teorisi; kanıt elde etmek için gerekli olan gözlemlerin karmaşıklığı ve çok değişkenli niteliğinden dolayı 20. yüzyılın sonuna kadar deneysel olarak kanıtlanamamıştır (5). İzafe fiziki bile deneye; klasik *Gedankenexperiment*’e (düşünce deneyi) bağımlı olduğundan daha az bağımlı olmuştur (16).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Teorisi, Yöntemleri Tanımlamalıdır

Moleküler genetiğin kısmen derli toplu laboratuvar dünyasının aksine, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin alanı topluluktur ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, tarihi ve siyasi bağlamın içindedir. Karmaşık ve değişken sosyal ilişkilerden oluşmaktadır. Laboratuvarla gözlemci, değişkenlerle oynayabilir. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; etkileşimli, açıklaması ve kontrolü zor (sağlıkla ilintili) faktörlerin olduğu bir ortamda toplum katılımı ile gerçekleşen bir sosyal harekettir.

Darwin’in evrim teorisi, bilim adamlarına bir sonraki adımı, yani yeni keşfe geçebilmelerine imkân veren gözlemlenen bir olgudan anlam çıkarma çerçevesini sunmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, çok disiplinli olmakla birlikte, sosyal değişim ve sağlığa yönelik birkaç iyi geliştirilmiş yapısal teori ile ağırlıklı olarak bilişsel temelli davranış teorilerine dayanmaktadır (14).

Fasıl 1 ve 22’de tartışıldığı üzere, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri, çeşitli seviyelerde uygulanan çeşitli stratejiler içermektedir. Kavramlar net olmadığına veya tartışmaya ve spekülasyona açık olduğunda ölçüm daha da güçleşmektedir. Bir programın halk sağlığı üzerindeki etkisine ilişkin kanıt gerektiğinde kişi, ilgili olguyu nasıl çözer? Eylem için birbirine rakip öneriler yapıldığında karar almada rehberlik eden mantık nedir? Son olarak toplum sağlığının geliştirilmesi alanındaki başarılı uygulamalar için ne tür yeni bilgiler sunulabilir?

E.O. Wilson, yakın geçmişte: “Bilimsel kanıt eklenerek büyür ve teorinin kalıbı ve harcı tarafından suni olarak birleştirilen kanıt parçalarından oluşur.” demiştir (27). Anlamı vermek için bağlama bilgi yerleştirilmelidir. Topluluk müdahalelerinden kazanılan tecrübe ve bilginin bir araya getirilmesi, biraz mantık gerektirir. Fasıl 2’de belirtildiği üzere teori, çerçeve sunmaktadır. Katılımcı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modellerinde, açık teorik varsayımlarda bulunulması, halk sağlığının nasıl iyileştirileceğine ilişkin ortak anlayış geliştirilmesi bakımından gereklidir. Teori olmadan kanıt nasıl değerlendirilebilir? Kanıt, ancak ve ancak kanıtın oluşmasına neden olan teorinin varlığında anlamlıdır. İnsanlar, olguyu daha geniş kapsamlı açıklama çabasıyla gözlemlerden olgu modelleri geliştirmektedir. Bu, gözlemlerin tutarlı bir şekilde bir araya getirilmesi için ilk adımdır. Tümevarım ve tümdengelim kullanarak atılan sonraki adımlar, olgu için geçerli olan tutarlı özellikleri veya kanunları belirlemeyi ve bir teori oluşturmayı amaçlar. Bir teori, bir modelden üstündür çünkü teori hem olguyu ve onunla ilgili gözlemleri açıklar hem de olaylar hakkında tahminde bulunur.

Teori ve modeller arasındaki farkı göstermek için Coleman tarafından tanımlanan akılcı eylem teorisini kullanıyoruz. Coleman, bu teoriyi sosyal yapı ve sosyal yapı içindeki dinamik olarak adlandırmaktadır: “Her bir aktör, belli başlı kaynaklar üzerinde kontrol sahibidir ve belli kaynaklar ve olaylardan çıkarı vardır.” (28). Sosyal sermaye, bu teorinin kavramsal bileşenlerinden biri ve temelindeki varsayımdır. Sosyal sermaye güven, iş birliği ve karşılıklı fayda için sivil katılım ile örneklendirilen toplumdaki ilişki ve normlara atıfta bulunmaktadır (bk. Fasıl 19). Mali sermaye kavramı gibi sosyal sermaye de yatırımın fayda getireceğini varsaymaktadır. Bu durumda fayda, kamu yararıdır. İkinci bir varsayım, sivil katılım ile sosyal sermaye arttıkça devlet kurumlarının topluma daha iyi hizmet edeceğidir. Coleman (28), sosyal sermayenin bir işlevi olarak orta öğretimin tamamlanmasını teşvik eden okul modelleri tarif etmektedir. Bir okulu çevreleyen hem ailedeki hem toplumdaki sosyal sermayenin, öğrencilerin bu hedefe ulaşma ihtimallerini artıracaklarını öne sürmektedir. Model, tamamlamayı teşvik eden okullar ortaya çıkaran spesifik bir dizi etkileşimi tanımlarken teori; sivil katılım ve topluma fayda sağlayan sosyal kurumlar arasındaki daha geniş ilişkilerin açıklanması için bir çerçeve sunmaktadır. Sivil katılım olgusu, karmaşık olmakla birlikte bazı öğeleri sayesinde daha basit gözlemlenebilir (kiliseye gitmek ve gönüllü işler yapmak gibi). Dolayısıyla bir model; ayrıık gözlemlerinden, sivil katılım olgusunu daha zengin bir şekilde tanımlayacak bağlantıları sunacaktır. Özetle teori (akılcı eylem teorisi gibi), karmaşık sosyal ilişkiler ve bunların çıktıları

için bir model oluşturmak amaçlı temel sunmaktadır (gençler, oy kullanma davranışı ve toplumun boş zamanını kullanması için toplum programları gibi).

Ne yazık ki birçok sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacısı, araştırma yöntemlerini seçerken işi tersinden yapmaktadır. Teori ve modelin, bilginin ilerlemesi için kavramsal temelleri sağlamasına imkân vermek yerine, araştırma metodolojisinin araştırmayı yönlendirmesine izin vermektedirler. Araştırmacılar böylesi bir kavramsal anlayışla uygun yöntemleri araştırabilir. Örneğin çoğu araştırmacı, sağlık araştırmalarında randomize kontrollü deneyleri uygun olmayan bir şekilde kullanmaktadır. Bir ilaç ve fiziksel tepki gibi modellerin basit ve doğrudan ilişkileri tanımladığı fizyolojik olgular hakkındaki birçok hipotezi test etmek için geçerli ve uygun olsa da bu tür deneyler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında karşılaşılan birçok sosyal olgu için uygun değildir. Araştırmacılar, bir metodoloji seçmeden önce, araştırılan olgunun teori ve modellerini kavramsal olarak anlamalıdır. Bu yaklaşım sadece bilgiyi artırma değil aynı zamanda daha iyi teori ve modelleri getirme potansiyeline sahiptir.

Bilimsel Kesinlik

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının bilimsel statüsüne yönelik güçlükler, disiplinde bilgi birikimi sağlamak için kullanılan yöntemlerin kesinliği konusundaki sorular ile ilgilidir. Bu güçlükler, bilimsel olarak adlandırılmaya değer bir disiplinin katı, sistematik, tutarlı bir yaklaşım benimseyerek konu hakkında evrensel genellemeler ortaya koyabilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Ne yazık ki birçok karmaşıklık ve yanlış anlama; bilimsel yöntemin, öncelikle ve her şeyden önce, istatistiksel kesinlikle kontrollü deneyler yapmak olduğu yönündeki yanlış görüşten kaynaklanmaktadır. Aslında bilimsel yöntem, büyük ölçüde, algılanan şeylerin anlamlı bir şeye dönüştürülmesi girişimidir. Kontrollü deneylerin mümkün olduğu ve standart istatistiklerin geçerli olduğu durumlarda hâlihazırda çok şey öğrenilmiştir (29).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, halk sağlığında oldukça yeni olan, çok disiplinli bir alandır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan bilim adamlarının yöntemleri ve amaçları, büyük değişiklikler göstermektedir. Bu durum, şu soruyu gündeme getirmektedir: Alandaki böylesi çoğulcu bir faaliyet bilimsel kesinlik fikri ile tutarsızlık mı oluşturmaktadır? Bilimlerin tarihini düşünerek Fiske ve Shweder (30) şunu ifade etmektedir:

Sağlıklı bilimde amacın , belirsiz bir erdemdir: Sonradan önemli olan bazı faaliyetler başta amaçsız görünmüştür ve aklında net amaçlar olan bilim adamları, genellikle farklı yönleri veya birbirini hedef almaktadır. Tipik olarak sağlıklı ve gelişmekte olan bir bilimde gelişim gösteren taraf, şiddetli itirazlara maruz kalmaktadır.

Bu nedenle bir bilimin gelişimini değerlendirmek ve düzenlemek için standart, net ve kesin kriterler kullanma konusunda uyarıcı bir not vardır. Kesinlik, gelenek ile karıştırılmamalıdır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kanıt değerlendirmek için kullanılan birçok yöntem vardır ve bunlar çeşitlilik göstermektedir. Bu yöntemler; vaka çalışmaları, ilişki çalışmaları, betimsel analizler, deneysel ve yarı deneysel çalışmalar, görüşme ve araştırmalar, epidemiyolojik çalışmalar, etnografik çalışmalar ve diğerlerini içermektedir. Sorunun niteliği, araştırma tekniklerinin seçiminde belirleyici olmaktadır. Olguları kendi doğal ortamlarında çalışma ihtiyacı, özellikle önemlidir. Bazı olgular, tatmin edici şekilde laboratuvarda araştırılabilir. Ancak ortam özelliklerinden dolayı laboratuvar sonuçlarından yapılan genellemeler geçerli olmayabilir. Belli sosyal olguların kendi doğal ortamları dışında çalışılması mümkün olmayabilir. Bu nedenle öznelerden ziyade, durum veya ortamların örnek temsillerinin dikkate alınması daha önemli olabilir. Belli olguların sonuçları (nüfus yoğunluğu, toplumda sosyal uyum veya gelir eşitliği gibi), doğal ortamları dışında yeterince ele alınamayabilir. Sosyal olguların birey seviyesindeki değişkenlere indirgenmesi (yıllık gelir ve eğitim süresi gibi) bunların toplum üzerindeki etkilerini anlama becerisini kısıtlar.

Kanıt Klinik Tıp İçin Neden Bu Kadar Önemlidir?

Modern klinik tıp, hata fikrine kesinlikle hoşgörü göstermemektedir. Silverman (31) deneyime ilişkin kitabında, bilimsel olmayan ve değeri kanıtlanmamış tedavilerin geleneksel uygulananından kaynaklanan mortalite ve morbiditelere birçok örnek vermektedir. Hevesli bir şekilde, herhangi bir gözlem olmadan ve olumsuz sonuçları bilinmeden uygulanan terapilerin uzun ve üzücü hikâyesi özellikle ilgi çekicidir. Hem yaralanmalar hem de rutin hastaların tedavisi için kan akıtma, dağlama ile ağır metal ve zehirlerin kullanıldığı çok iyi bilinmektedir. Yirminci yüzyılda bile büyümüş tonsiller için gereksiz yere radyasyon kullanılması ve prematür bebekler için yüksek oksijen konsantrasyonlarının kullanımı gibi tedavi faciaları görülmüştür.

Kanıt temelli tıp, hataya karşı bilimsel olarak kabul gören bir koruma şeklinde görülebilir. Sackett ve ark.(15) ve Kanıt Temelli Sağlık Bakım Kaynak Grubu (32) kanıt temelli tıbbın “bireysel hastaların bakımı konusunda karar almak için mevcut en iyi kanıtın; özenli, açık ve akılcı kullanımı” olduğunu öne sürmektedir (15). Bu kavramsallaştırmada dikkat çeken birçok özellik vardır. İlk olarak *kanıt*; daha fazla açıklama ve tanımlama yapılmayarak ilkel bir terim olarak kalmaktadır. İkinci olarak hukuksal bir terim olan *akılcı* uygulayıcının kanıtı yargıladığını ima etmektedir. Üçüncü ve daha önemlisi, terimler bireysel hastanın bakımı ve bireysel hasta için sonuçlarla ilgilidir. Bunlar, en iyi kanıtın belirlendiği temeller değildir. Nihai teyidi, randomize kontrollü klinik deneylerin sunduğu deneysel kanıt sağlamaktadır.

İdeal koşullarda durum böyledir. Gerçekte, tedavinin risk-fayda analizine ilişkin kararlar ve maliyet etkinliği hasta bakımında belirleyicidir.

Yine de klinisyenler ve sağlık eğitimi almış diğer kişiler, *kanıt* kelimesini, genel olarak deneye dayanan ve özel olarak randomize kontrollü deneylere dayanan kanıt hiyerarşisinde daha geniş bir bağlamda kullanmaktadır. Güçlü araştırma tarihinin, klinik uygulamada kullanılan herhangi bir prosedür veya tekniğin kabulünde etkili

olduğu yönünde bir görüş vardır. Birçok kesin deney tarafından desteklenmeyen araştırma; kanıt ölçeğindeki, tartışmaya şüphe vermeyen araştırmalara göre daha zayıf görülmelidir. Bulgulardaki ince farklılıklar, kanıt temelli tıbbın özelliklerinden biri değildir. Bulgular üzerinde mutabakat ve bulguların benzer şekilde yorumlanması, kanıt temelli tıbbın en belirgin göstergesidir.

Tıp camiasında kanıt temelli tıbbın kullanılmasına yönelik eleştiriler vardır. Hart, 1997 yılında Sosyal Tıp Derneği'ndeki toplantıda Cochrane ile ilgili konuşmasında kavrama oldukça şüpheli yaklaşmıştır (33). Cochrane'in *Etkililik ve Etkinlik* adlı çalışmasının önemine ve etkisine değinmiştir (34). Kanıt temelli tıbbın savunularının (33):

Bilimin sosyal olmayan tanımını eleştirmeden kabul ettiklerini, temel klinik kararların birinci basamak sağlık hizmetinden ziyade ikinci basamak uzman seviyesinde alındığını varsaydıklarını, birçok klinik sorunun çoklu yapılarını ve klinik sorunların bünyesinde doğduğunu ve bünyesinde çözülmesi gereken sosyal sorunların karmaşıklığını göz ardı ettiğini öne sürmektedir.

Hart'ın görüşü, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının katılımcı araştırma bakış açısı ile büyük paralellik göstermektedir (33): “Bilimin daha geniş, daha sosyal tanımı çerçevesinde, ilgili tüm kanıtı kullanarak sağlık kazanımı çıktısını ortak kararlarla teşvik ederek, hastaların tüketici olarak değil ortak üreticiler olarak geliştirildiği farklı bir paradigma temelinde çalışmamız gerekmektedir.” Hart; kanıt temelli tıbbın, ekonomik teori ve yönlendirilmiş sağlık hizmeti alanında, piyasanın etkilediği karar alma stratejileri varsayımlarından büyük ölçüde etkilendiğini düşünmektedir. Bu, hastaya sağlık hizmetleri konusunda daha aktif bir rol verme girişimlerinin etkisini kırmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri bağlamının önemli bir kısmı (hastanın bilgi ve deneyimi), kanıt temelli tıbbın peşinden gidilirken kaybedilme eğilimindedir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Kanıta İlişkin Sorunlar

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin epistemiyolojik temeli deneysel bilim değil, sosyal bilimler ve davranış bilimleridir. Belli bir dereceye kadar, sosyal bilimler ve davranış bilimlerinin bazı alt grupları (klinik psikoloji gibi), araştırma ve uygulama için deneysel bilimi model almaktadır. Yine de sosyal bilimlerin çoğu deneysel değildir. Oldukça nitel olan sosyoloji ve ekonomide bile araştırmacıların değişkenlerle oynaması belirleyici özellik değildir. Antropoloji ve siyaset bilimi gibi disiplinlerde büyük ölçüde deney yoktur. Sosyal bilimler ve davranış bilimlerinin çoğunun oldukça ampirik olduğu öne sürülebilir. Çalışılan konuyu farklı yansıtmaya çabası içinde olmaktan ziyade gözlem ve sınıflandırmayı temel alır.

Müdahale ile değişkenlerle oynamak amaçlanıyorsa (örneğin, bilgi, tutum ve davranışları değiştirmek) tasarım nadiren bir deneyin kesin yapısına sahip olacaktır. Daha önce de belirtildiği üzere, araştırmacılar ilgili tüm değişkenleri kontrol edemez

veya karşılaştırma için bir kontrol grubuna sahip olamaz. Kullanabilecekleri olsa olsa yarı deneysel tasarımıdır.

Katılım, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin en önemli özelliği olduğu için ideal tasarım, araştırmacılar ve araştırılanlar arasındaki suni ayrımın ortadan kaldırılmasını içerecektir. Bu nitelendirme ve katılımcı varsayımlar, katı bir deneysel tasarımı tamamen uygun olmayan bir tasarım hâline getirecektir. Kanıt, katı deneysel tasarımlarla bu kadar yakından ilişkilendirildiği için terimin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kullanımı oldukça sorgulanır hâle gelmektedir.

Yukarıda belirtilen tüm nedenlerden dolayı, bu terimin dikkatsiz bir şekilde kullanılmasının; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasını, müdahalelerin en iyi nasıl tasarlanacağına ve değerlendirileceğine odaklanmaktan sapıtacağı öne sürülmektedir. Bu durum, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin epistemiyolojik temeline aşına olmayanları, yanlış bir şekilde, klinik bilim temeli ile bağlantılı beklentiler içine girmeye yönlendirilebilir. Biyotıp alanında çalışan kişiler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanı için uygun olmayan beklentilere sahip oldukları için sık sık eleştirilirler, ancak bu beklentilerin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan kişilerin alanın teorik temeli ve epistemiyolojisi konusunda bilgi sunamamasından kaynaklandığı da düşünülebilir.

Üç Önemli ve Çözülmemiş Konu Kanıt Kuralları

Çözüm bekleyen 3 önemli konu vardır: İlki, kanıt kurallarının temellerinin oluşturulmasıdır. Öncelikle kanıt kuralları; projeler ile değil, disiplinlerle bağlantılıdır. Yıllar içerisinde bilimsel disiplinler, gözlem ve deney anlamında neyin kanıt oluşturduğu konusunda standartlar geliştirmiştir. Dolayısıyla uygun bilimsel yöntem, hem tarihsel gelişimin hem de disiplindeki karakteristik gözlemlenebilir şeylerin bir ürünüdür ve kanıt kuralları disiplinden disipline değişmektedir. Toplum temelli hastalık önleme ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi projelerinin çoğu, belli bir disipline dayanmamakta; ancak bir eylem alanını temsil etmektedir. Bu nedenle disiplin temelli epistemiyolojik bir yapı, değerlendirme çabasının temelinde yer almamaktadır. Temel kanıt kurallarının, toplum temelli araştırma ve müdahaleye ilişkin halk sağlığı disiplinlerine ayrılması gerekmiştir: özellikle epidemiyoloji, sosyal psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve sağlık eğitimi. Benzerlikler ve farklılıklar belirtilmelidir ve eylem alanlarının kuralları üzerinde düşünülmelidir.

Kanıt kuralları için bir temel oluşturulmasındaki sorunun bir kısmı, çözümlenmemiş kanıt hiyerarşisi konusundan kaynaklanmaktadır. Toplum araştırması, müdahale ve değerlendirme genel alanı içindeki tartışmanın büyük kısmı; alandaki bilgiyi neyin oluşturduğu, kanıtın ne olduğu ve hatta kanıt kavramının toplumdaki müdahalelere uygulanıp uygulanamayacağı ile ilgilidir. Araştırmacılar ve uygulayıcılar herhangi bir kanıt hiyerarşisi konusunda mutabakat sağlamamıştır ve uluslararası gruplar, doğrusal bir hiyerarşide kanıt türlerini öncelik sırasına koymak için erken olduğunu ifade etmiştir (35). Mutabakat eksikliğini belgeleme, topluluk müdahalesi bağlamında

mutabakatın artı ve eksilerini düşünme ve gelecekte hangi yöne gidileceği konusunda önerilerde bulunma şeklinde bir ihtiyaç vardır.

Son olarak çok disiplinli, birleşik müdahaleler; basit, evrensel kanıt kurallarını savunulamaz hâle getirmektedir. Kanıt kuralları; çoğunlukla tek faktörle oynamanın tek, kolaylıkla ölçülebilen sonuçlar ürettiği kısmen basit, gösterilebilir nedensellik zincirine dayanan müdahalelere dayanmaktadır. Toplum temelli müdahalelerin çoğu, birçok disiplinin karmaşık birleşimini, değişen derecelerde ölçme zorlukları ve dinamik olarak değişen ortamlar içermektedir. Kısaca, çok değişkenli eylem alanlarını anlamak, herhangi bir nedensellik ilişkisini ortaya koyabilmek için karmaşık metodolojilerin birleşimini gerektirmekte ve önemli miktarda da zaman gerektirmektedir. Yeni analizler, müdahaleden yıllar sonra bazı ciddi çıktılar ortaya çıkarabilir. Bu nedenle topluluk müdahalelerin karmaşıklığını kabul etme ve analitik güçlükleri daha iyi anlayabilmek için geliştirilmesi gereken alanlar konusunda önerilerde bulunulması gerekmektedir. Daha uygun analitik yöntemler ve değerlendirme tasarımları geliştirilmeli ve desteklenmelidir.

Göstergeler

Çözülmemiş ikinci konu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde göstergelerin araştırılması ve belirlenmesidir. Pozitivistler tarafından yapılan, yıllarca süren gösterge kuşkucuğuna ve anti-pozitivistler tarafından yapılan gösterge sadeleştirmesine rağmen (21), 2 belirgin faktör vardır: Karar alıcılar, göstergelerden elde edilen rakamlar beklemekte ve çoğu kez bu tip rakamları talep etmektedir. Halk sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları ve araştırmacıları ise nicel veri üretmek, bu verilere ve ilgili göstergelerin değerine saygı göstermek üzere eğitilmiştir. Bunlara dayanan göstergeler ve raporlar çoğunlukla ilgiyi ve kaynakları harekete geçirmektedir. Bunun bir örneği QALY ve DALY gibi genel sağlık göstergelerine olan mevcut yoğun ilgidir. DSÖ, global hastalık yükünü ölçmek için büyük ölçekli bir proje üstlenmiştir ve bu projeye destek vermektedir (36). Ülkeler de bireysel olarak bu görevi üstlenmektedir.

Uygun Teorik Temel

Üçüncü konu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için uygun teorik temelin geliştirilmesidir. Bu fasıl; uygulamayı ve değerlendirme girişimlerini etkileyen birçok karmaşık teorik konudan sadece birkaçına vurgu yapmıştır. Son yirmi yıldaki hararetli tartışmalar (8,10,37) sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda genel bir teorinin oluşmasını sağlayamamıştır. Teori, alanın araştırılması ve uygulama paradigmaları için temel oluşturmaktadır. Teori temeli ne kadar güçlü ve tutarlıysa teorik temel, neyin kanıt olduğunun parametrelerini oluşturduğundan araştırma ve uygulamanın o kadar güvenilir olacağını öne sürülebilir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri, çeşitli disiplinleri temel almakta ve bilgi birikimi sağlamak için çok çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Alan, müdahaleleri hayata geçirmek amacıyla karma yöntemler kullandığından değerlendirme için çeşitli tasarım stratejileri geliştirmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, derin

bir teorik temel (14) veya ilişkili metodolojiler oluşturmak için zamanı olmayan kısmen genç bir yaklaşımdır. Bu, yüzyıllarca yıllık gelişimin yanı sıra yüzyıllık bir deneysel kesinliğe sahip olan klinik tıp tarihi ile büyük bir tezat oluşturmaktadır. Sağlığın temelini oluşturan sosyal bilimler (sosyoloji, antropoloji, vb.) kısmen yenidir. Çoğunlukla 19. yüzyılın ortasında ortaya çıkmışlardır ve ancak son elli yıldır metodolojiye büyük ilgi göstermeye başlamışlardır. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmaları için yaygın biçimde kabul edilen bir paradigma ve dolayısıyla en iyi değerlendirme stratejileri konusunda mutabakat olmaması şaşırtıcı değildir.

Sonuç: İyimserlik ve İlerisi

Açıkça eleştirel olan üslubuna rağmen bu fasıl, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinde metodolojinin mevcut durumunun eleştirmekten ziyade, konuların tartışılması ile ilgilidir.

İyimser olmak için nedenler vardır. İlk olarak kanıt tartışmasının karmaşıklığının kabul edilmesi; araştırmacı ve uygulayıcıların, toplum temelli topluluk müdahaleleri için standart değerlendirme yaklaşımları kullanamayacaklarını göstermektedir. Günümüzde çeşitlilik, çok disiplinlilik ve yerel bağlamları dikkate alan titiz değerlendirme stratejileri tasarımına yönelik bir ihtiyaç olduğu kabul edilmektedir. Dolayısıyla katılım, bağlam ve dinamizmi içine alan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorik bakış açısı, değerlendirme tasarımlarına da dâhil edilmektedir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında kesinlik, eldeki teorik konulara uygun olan yöntemlerin kullanılmasını gerektirmektedir. Bu da uygun ortamlarda sistematik tekrarı vurgulamak amacıyla tek seferlik çalışmalardan kaçınılması anlamına gelebilir. Sonuç, daha entegre ve üretken çalışmalar ve daha az parçalanmış ve daha ilgili araştırmalar olabilir. Bilimsel disiplinler ve bu disiplinleri temel alan teoriler, yeni bilgiye engel teşkil etmekten ziyade yeni bilgiye kapıyı açan epistemiyolojiler ve bunlara eşlik eden metodolojiler gerektirir.

İkinci olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin başarısı için uygun göstergelere yönelik devam eden araştırma; şu anda daha fazla bilgiye sahiptir ve sadece tecrübesiz uygulayıcılar, uygun göstergeler geliştirmek için basit, tek çözümler olduğuna inanacaktır. Ayrıca uygun göstergelere yönelik ihtiyacın kabul edilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının halk sağlığının temel altyapısını etkilediği yönündeki farkındalığı güçlendirmiştir. Örneğin, davranışsal risk faktörlerinin takibi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmalarının sayısı ve yaşam stillerinin izlenmesine yönelik genel ilgi, Batılı sanayileşmiş ülkelerde son yıllarda göze çarpar şekilde artmıştır. Bu gelişme, gözetim sistemlerinin geleneksel kaygıların ötesine geçerek kamu farkındalığı ve beklentilerini ele almak için etiyolojiye uzanması yönündeki istekle birleşmektedir. Toplum temelli programların ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerden kaynaklanan değişikliklerin değerlendirmesine yardımcı olacak sistemlerin kullanılmasına yönelik istek giderek artmaktadır. Bunun

olumlu yönü, odak noktasının bireyin sağlığından toplumun sağlığına kaymasıdır. En önemlisi, kanıta ilişkin tartışma sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ve özellikle toplum temelli programların değerlendirmesi ile ilgili temelin genişlemesidir. Bu tartışma; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin politika, kaynaklar, toplumun menfaatleri, öğretiler ve ölçülmesi zor diğer parametrelerden ayrılamayacağını ve birçok müdahalenin sözlü olarak bilinen ancak belgelenmesi zor soyut faktörler nedeniyle başarılı veya başarısız olduğunu her zaman kabul etmiştir. Bu nedenle araştırmacılar ve uygulayıcılar, uygun olmayan değerlendirme stratejilerini öne çıkaran geleneksel değerlendirme yaklaşımlarına bağlı kalmaya zorlanmıştır. Mevcut tartışma, uygun kanıt aranabilecek birçok olası yön olduğunu kabul etmektedir. Henüz muhteşem bir tasarım bulunamamış olsa bile büyüyen bilimsel literatür en iyi olasılıkları belirleme yönünde umut vaat etmektedir.

Kaynaklar

1. World Health Assembly resolution WHA51.12 on health promotion (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1998 (accessed on 8 December 2000).
2. BUTCHER, R.B. Foundations for evidence-based decision making. In: *Canada health action: building on the legacy. Vol. 5. Evidence and information*. Quebec, Editions Multimondes, 1998, pp. 259-290.
3. NUTBEAM, D. & Vincent, N. *Evidence-based health promotion: methods, measures and application*. 16th World Conference on Health Promotion and Health Education, San Juan, Puerto Rico, 23-26 June 1998.
4. TONES, K. Beyond the randomized controlled trial: a case for "judicial review". *Health education research*, 12(2): 1-4 (1997).
5. WEINER, J. *The beak of the finch: a story of evolution in our time*. New York, Random House, 1995.
6. *Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
7. McQUEEN, D.V. A methodological approach for assessing the stability of variables used in population research on health. In: Dean, K., ed. *Population health research: linking theory and methods*. London, Sage, 1993, pp. 95-115.
8. DEAN, K., ET AL. Researching population health: new directions. In: Dean, K., ed. *Population health research: linking theory and methods*. London, Sage, 1993, pp. 227-237.
9. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
10. GREEN, L.W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
11. WINSLOW, C.E.A. *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven, Yale University Press, 1923.
12. COLEMAN, J.S. Collective decisions. *Sociological inquiry*, 34: 166-181 (1964).
13. COLEMAN, J.S. Foundations for a theory of collective decisions. *American journal of sociology*, 71: 615-627 (1966).
14. McQUEEN, D.V. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health promotion international*, 11(1): 27-32 (1996).
15. SACKETT, D. ET. AL. Evidence-based medicine: what is it and what isn't? *British medical journal*, 150: 1249-54 (1996).
16. SUPPE, F., ED. *The structure of scientific theories*, 2nd ed. Urbana, University of Illinois Press, 1977.
17. *Canada health action: building on the legacy. Vol. 5. Evidence and information*. Quebec, Editions Multimondes, 1998.
18. PAPPAIOANOU, M. & EVANS, C. Development of the guide to community

- preventive services: a U.S. Public Health Service Initiative. *Journal of public health management practice*, 4(2): 48-54 (1998).
19. MACDONALD, G. Where next for evaluation? *Health promotion international*, 11(3): 171-173 (1996).
 20. MACDONALD, G. ET AL. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health education research: theory and practice*, 11(3): 367-376 (1996).
 21. MCQUEEN, D.V. & NOVAK, H. Health promotion indicators. *Health promotion*, 3(1): 73-78 (1998).
 22. SANSON-FISHER, R. ET AL. Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion. *Health promotion international*, 11(3): 227-236 (1996).
 23. *Webster's third new international dictionary*. Springfield, MA, G. & C. Merriam, 1981, p. 2032.
 24. GREEN, L. Evaluation model: a framework for the design of rigorous evaluation of efforts in health promotion. *American journal of health promotion*, 1(1): 77-79 (1986).
 25. O'DONNELL, M. & ANDERSON, D. Toward a health promotion research agenda: state of the science reviews. *American journal of health promotion*, 8(6): 462-465 (1994).
 26. ANDERSON, D.R. Database: research and evaluation results. *American journal of health promotion*, 13(1): 52-56 (1998).
 27. WILSON, E.O. *Consilience*. New York, Alfred Knopf, 1998.
 28. COLEMAN, J. S. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94: 95-120 (1988).
 29. LOEHLE, C. *Thinking strategically*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
 30. FISKE, D.W. & SHWEDER, R.A., ED. *Metatheory in social science*. Chicago, University of Chicago Press, 1986.
 31. SILVERMAN, W.A. *Human experimentation: a guided step into the unknown*. Oxford, Oxford University Press, 1985.
 32. EVIDENCE BASED CARE RESOURCE GROUP. Evidence-based care. 1. Setting priorities: how important is this problem? *Canadian Medical Association journal*, 15: 1249-1254 (1994).
 33. HART, J. What evidence do we need for evidence-based medicine? *Journal of epidemiology and community health*, 51: 623-629 (1997).
 34. COCHRANE, A. *Effectiveness and efficiency*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
 35. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*. Copenhagen,

- WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ ICP/IVST 05 01 03).
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD BANK. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020: a summary edited by Christopher J.L. Murray Alan D. Lopez*. Cambridge, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
 37. ANDERSON, R. ET AL., ED. *Health behaviour research and health promotion*. Oxford, Oxford University Press, 1988.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdahalelerinin Değerlendirmesinde Katılımcı Yaklaşımlar

Jane Springett

Değerlendirmeye katılımcı yaklaşım, çıktıda menfaati olanları harekete geçirmeye ve onları değişimi etkilemek için sürece dâhil etmeye çaba gösterir. Bazı kişiler, bunun bir metodolojiden ziyade çalışma şekli olduğunu ve özellikle toplum ortamlarında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının niteliğini yansıttığını öne sürer (1,2). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının felsefi ve epistemolojik temeli, bilgi oluşturma yorumsal geleneğine dayanmaktadır (3,4). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının metodolojik ve ideolojik kökleri, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanılmakta olan ve gelişmiş ülkelerde giderek daha fazla kabul gören katılımcı eylem araştırmasına dayanmaktadır (5-9). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları; katılımcı yaklaşımın, bilgi oluşturulmasında özel bir rol oynadığını düşünmekte (2,10) ve bu yaklaşımı, halkçı geleneğinin olduğu toplumlar ve dezavantajlı gruplarda yaygın bir şekilde kullanmaktadır (11-15). Katılımcı yaklaşımlar; gücünü, güçlendirme ve sosyal değişime yaptıkları katkıdan almaktadır (16). Diğer bir deyişle katılımcı değerlendirme sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinden biridir.

Bu fasıl; katılımcı değerlendirmenin niteliğini ve başlangıcını, zayıf ve güçlü yönlerini, karşılaştığı zorlukları ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında nasıl katılımcı değerlendirme yapılabileceğini incelemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin katılımcı değerlendirmesi ile ilgili sadece birkaç yayımlanmış kaynak vardır. Ancak sayısı giderek artan literatür, genel olarak değerlendirme ve sosyal bilimlere ele almaktadır. Bu literatür, birçok seviyede doğa bilimlerinden ortaya çıkan metodolojilerden elde edilen araştırma ve değerlendirme yaklaşımlarına ilişkin artan bir hayal kırıklığını yansıtmaktadır. Bu literatür, aynı zamanda bilginin nasıl ve kim tarafından oluşturulduğuna ilişkin düşünceleri sorgulayan felsefi bir tartışmayı da temsil etmektedir. Pratik seviyede literatür, araştırma ve uygulama arasındaki büyük ayrıma bir yanıttır. Bu ayrım, birçok araştırmaya (çalışmanın sonuçlarını göz ardı edecek bile olsalar) destek veren kişilerin sergilediği eğilimden kaynaklanmaktadır (17).

Katılımcı Değerlendirmenin Niteliği ve Başlangıcı

Kökler

Katılımcı değerlendirmenin kökleri, 1940’larda Lewin tarafından geliştirilen eylem araştırması kavramına dayanmaktadır (18). Katılımcı değerlendirme, o zamanlardan beri çeşitli bağlamlarda kullanılmaktadır. Katılımcı değerlendirme, 3 alanda yaygın olarak kullanılan bir yaklaşım ve metodolojidir: kalkınma araştırması, yönetim bilimi ve eğitim. Yaklaşım, bu alanlarda biçim bakımından çok büyük çeşitlilik

göstermektedir ve gittikçe karmaşık hâle gelen sorunlar karşısında uygulanmaktadır (7,18-24).

Eylem araştırması; kalkınma araştırması alanında, kırsal kalkınmada bir araç olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Eylem araştırmasının kökleri, Brezilyalı eğitimci Paulo Freire'nin çalışmalarında olan popüler eğitime yönelik yaklaşımlarla yakından ilişkilendirilmektedir (8,12). Brown ve Tandon'un (19) adlandırdığı şekliyle bu Güneyli odak noktası; toplumsal dönüşüm ve sosyal adaletin gerçekleşmesi için bastırılmışları harekete geçirme, farkındalıklarını artırma ve güçlendirmeye vurgu yapmaktadır. Bu kavramların, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde toplumun kalkınması ve güçlendirilmesi ile birçok ortak noktası vardır. Ayrıca 1960'larda ve 1970'lerde eylem araştırması, Batı Avrupa'da toplum kalkınması yaklaşımlarının önemli bir özelliği olarak görülüyordu. Ancak toplumun sorunun tespit edilmesi ve bilgi üretilmesinde liderliğini ele aldığı gerçek müşterek araştırma olmaktan ziyade, diğerlerinin başlattığı bir araştırmada yerel toplumun katılımı olarak görülmesi bakımından Güney geleneğinden ayrılmaktaydı. Gerçek müşterek araştırma, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, temel sağlık hizmetlerinde ve halk sağlığında, sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek amacıyla yaygın biçimde kullanılmaktadır (11,12).

Katılımcı ilkelerin giderek daha fazla kabul görmesi, yardım kuruluşlarının kalkınma projelerinin değerlendirmesi için eylem araştırmasını kullanma şeklindeki Güneyli gelenekten kaynaklanmaktadır (25,26). Bu ilkeler, Dünya Bankası'nın çalışmalarında örneğin "faydalanıcı veya kullanıcı" kisvesi altında görünmektedir (27). Kuruluşlar, katılımcı yaklaşımları bir yönetim aracı olarak görmekte ve özellikle projenin başında net hedefler konmamışsa geleneksel değerlendirme yöntemlerinin doğasında bulunan zayıflıklardan kaçınmak için katılımcı yaklaşımları daha fazla kullanmaktadır (9). İlkeler, yardım çalışmalarında birçok diğer alandan daha iyi oturmuş olmakla birlikte, uygulamaların oturması daha uzun zaman almaktadır. Bu ilkelerin, projenin kendisi de dâhil olmak üzere birçok temel fikri sorguladığı ortaya çıkmaktadır. Bazıları, bireysel adımlar için kısmen sabit prosedürler içeren proje döngüsünün varlığını, katılımcı ilkelerin tam olarak kabul edilmesine engel görmektedir (28).

Mikkelsen (28), kalkınma bağlamında katılımcı değerlendirmeyi, dördüncü nesil ve kullanım odaklı değerlendirmeden ayırmaktadır. Dördüncü nesil ve kullanım odaklı değerlendirmenin, daha çok nihai sonuçlar ortaya koyma ile ilgili olduğunu, kalkınma bağlamında katılımcı değerlendirmenin ise devam etmekte olan bir projenin, katılımcılarca oluşturulan koşullara adapte edilmesi ve bu doğrultuda değiştirilmesi ile ilgili olduğunu öne sürmektedir. Değerlendirmeye böylesi bir yaklaşım, tecrübelerden öğrenme üzerindeki odak nedeniyle projenin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından bir ön koşul olarak görülmektedir. Dolayısıyla hem etkinlik ve etkililiği iyileştirmek için bir yönetim aracı olarak hizmet etmekte hem de katılımcıların, durumlarını etkileyen faktörleri anlama seviyelerini yükselten bir eğitim süreci görevini üstlenmektedir. Katılımcı değerlendirmeye yönelik bu yaklaşım; (özellikle geliştirme çalışmasında) dışarıdakilerden ziyade projede yer alan toplumun, değerlendirmeden çıkarılan

derslerden bir şeyler öğrenmesini sağlar. Fuerstein, katılımcı değerlendirmeye ilişkin yeni ufuklar açan bir çalışma yazmış (29) ve burada kalkınma bağlamında katılımcı değerlendirmenin belli adımlar içerdiğini ileri sürmektedir (30):

1. Bir programa dâhil olan herkes, katılımcı bir yaklaşım kullanılmasına ortaklaşa karar verir.
2. Değerlendirmenin hedeflerinin tam olarak ne olduğuna karar verirler. Bu, ilk başta düşünüldüğünden çok daha zor olabilir.
3. Bir mutabakat sağlandığında, ayrıntıları planlamak ve organize etmek için küçük bir koordinatör grubu seçilir.
4. Hedeflere ulaşmak için kullanılacak en iyi yöntemler belirlenir. Katılan kişilerin kapasitesi, mevcut süre ve diğer kaynaklar bu seçimi etkileyecektir.
5. Kararlar; değerlendirmenin neden, nasıl, ne zaman, nerede yapılacağı ve değerlendirmeye kimlerin katılacağı belirtilmek suretiyle yazılı bir plan hâline getirilir.
6. Yöntemler hazırlanır ve test edilir. Seçilen katılımcıların eğitim ihtiyacı olacaktır (örneğin, mülakat yapma konusunda). Hedefler ve yöntemler, tüm katılımcılara açıklanmalıdır. Katılımcılar, hedef ve yöntemleri ne kadar iyi anlarılarsa o kadar iyi katılım sağlayacaklardır.
7. Bilgi toplamak için yöntemler kullanılır.
8. Katılımcılar, (çoğunlukla koordinatörler) bilgiyi analiz eder.
9. Kuralları yazılı, sözlü veya resimli olarak duyururlar.
10. Program katılımcıları, sonuçların özellikle programın etkililik ve performansını iyileştirmek için nasıl kullanılacağına karar verirler.

Buna ilaveten Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Organizasyonu (FAO), uygun teknik konusunda bir dizi öneride bulunmuştur (31):

1. Bir toplum haritası hazırlanması,
2. Grup kaynak kalıbı hazırlanması,
3. Katılımcı izleme çizelgesi,
4. Katılımcılar için aktif öğrenme teknikleri,
5. Eğitici oyunlar ve rol çalışmaları,
6. Pratik grup alıştırmaları,
7. Bulguların, hikâye ve dramalar vasıtasıyla aktarılması,
8. Grup saha ziyaretleri ve çalışma ziyaretleri,
9. Gerçek vaka çalışmalarının kullanılması,
10. Anlamlı verilerin grup sunumu,
11. Araştırma raporlarının grup analizi,
12. Eğilim ve değişim analizi,
13. Nedensel şema.

Yönetim biliminde eylem araştırması; kurumlarda daha yüksek performansa ulaşmak için kesinlik ve uygunluğu birleştiren, yenilik getiren veri ve bilginin sistematik bir şekilde toplanmasını teşvik eden bir öğrenme şekli olarak görülmektedir (32). Bu

nedenle iş veya kurumlardaki temel sorunları çözmek için grupları, özellikle de karar alıcıları, kullanmaya odaklıdır. Bu alanda son zamanlarda yapılan araştırmanın kilit özelliklerinden bir tanesi, ekonomik gelişimi ve tek bir birimde veya kurumlarda değişimden ziyade çok seviyeli sistemlerde değişimi desteklemek için ağlar oluşturmak amacıyla katılıma ve eylem araştırmasının kullanımına vurgu yapmasıdır (20). Böyle bir çalışma, sektörler arası çalışmanın değerlendirmesi bakımından oldukça uygundur.

Kurumlarda katılımcı değerlendirme, paydaş katılımı kavramını geliştirmek amacıyla eylem araştırması geleneğini kullanır. Bu, değerlendirme uygulamasındaki paydaş geleneğinden farklıdır (33,34). Birincil kullanıcılar, sürecin tüm aşamalarına dâhil edilir. Ayrıca değerlendirici; asıl araştırmacı olmaktan ziyade, proje koordinatörü olarak hareket eder. Değerlendirici; teknik destek, eğitim ve kalite kontrolden sorumludur. Ancak araştırmanın yürütülmesi konusundaki sorumluluğu da paylaşır. Değerlendirici, dâhil olan herkesin değişime istekli olduğu bir süreçte bir ortak hâline gelir. Bu tür ortaklıklar, bir projenin uygulama süresi sonrasında da gelişmeye devam edebilir. Bir diğer avantaj yöneticilerin, kendi gündemlerini desteklemek için değerlendiricileri atama veya yönlendirme ihtimallerinin daha düşük olmasıdır (35). Bu nedenle katılımcı değerlendirme, şu şekilde tanımlanmıştır (36):

Eğitim almış değerlendirme personeli ve pratiği esas alan karar alıcılar, program konusunda sorumluluğu olan kurum üyeleri veya programdan önemli çıkarı *[metnin orijinalinde mevcuttur]* olan kişiler veya Alkin'in deyiimiyle birincil kullanıcı arasında ortaklık içeren uygulamalı sosyal araştırma.

Mantığın temelinde, öğrenme kavramı, özellikle de kurumların öğrenmesi vardır. Bu; yönetim literatürünün, değişen kurumlarda katılımcı karar almanın önemine yaptıkları artan vurgunun bir yansımasıdır (37).

Eğitim araştırmasının kurumsal bir odağı olmakla birlikte, bu alandaki eylem araştırması, daha yansıtıcı hâle gelmek ve uygulamalarını iyileştirmek amacıyla uygulayıcıların, araştırmacılara dönüşmesine daha fazla vurgu yapmaktadır (38). Araştırmacılar, yapılan değişikliklerin özellikle sınıf ortamındaki etkilerini inceleyerek nasıl iyileşme sağlayabilecekleri çabası ile müşterek ve toplu araştırma kullanmak suretiyle sistematik şekilde kanıt toplayarak bu hedefe doğru yol almaktadır (39). Benzer şekilde bakım alanında eylem araştırması, çoğunlukla koğuştaki günlük uygulamaya odaklanma eğilimdedir (40). Yansıtmacı uygulama kavramı, giderek sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasının bir özelliği hâline gelmektedir (41).

Bu farklı geleneklerden ve araştırma literatüründen yola çıkarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi için uygun olan ancak katılımcılara göre farklılık gösteren 3 tip eylem araştırması olduğu söylenebilir:

- Genellikle teoride, incelenecek olan sorunu ve kolaylaştırıcı olarak hareket edecek araştırmacıyı tespit eden bir toplumu içeren katılımcı eylem araştırması;

- Bir uygulayıcı ve araştırmacının olduğu, uygulayıcının genellikle gündemi belirlediği eylem araştırması;
- Araştırmacı, uygulayıcılar ve toplumun, araştırma sürecinde başlangıç gündemini oluşturmak için eşit ortaklar şeklinde hareket ettiği müşterek araştırma.

Bu kategorilerin her birinde uygulayıcılar, kurumlarda sağlığı etkileyen politikaları uygulayan karar alıcıları veya kilit yöneticileri sürece dâhil edebilir. Diğer yazarlar farklı ayrımlara gitmiştir. Örneğin Fetterman ve ark.(5) son zamanlarda “güçlendirme değerlendirmesi” diye bir terim kullanmıştır. Tanımlanan kategoriler, son elli yıl içinde gelişen düşünce geleneklerini yansıtmaktadır.

Bu gelenekler; (politika analizi, sosyal çalışma ve şehir planlaması dâhil) sağlığın teşviki ve geliştirilmesiyle ilgili olan bir dizi alanda, katılımcı yaklaşım daha fazla kabul gördükçe değerlendirme teori ve uygulamasını etkilemiştir. Değerlendirmeden yararlanma konusundaki çeşitliliğe ilişkin artan kaygılar ve geleneksel yaklaşımları kullanarak yararlı göstergelerin geliştirilememesi yaygın faktörler olmuştur. Bir diğer kaygı, bazı değerlendirme türlerinin, kamu hizmetlerinde politika uygulamasını etkileme konusunda büyük ölçüde başarısız olmasıdır. Örneğin, 1980’lerde ABD’de uygulanan kentsel yenileme politikalarının değerlendirmesine ilişkin yakın zamanda yapılan bir çalışma; matematiksel modelleme gibi gelişmiş yöntemler kullanan, geniş ölçekli dış değerlendirme çalışmalarının sorulmamış sorulara cevap verme konusunda ciddi hayal kırıklıkları yarattığını bulmuştur. Değerlendirmelerde, sistem veya kavramlar nadiren yönlendirici olmuştur ve değerlendirmeler, çoğu kez ölçmesi zor ve politikayı etkileyemeyen göstergeler geliştirmiştir. Buna cevap olarak öğrenme ağları içeren katılımcı değerlendirme yaklaşımları geliştirilmiştir. Evrensel göstergelere yönelik talep, çoğunlukla esnek yerel olarak hassas göstergelerin geliştirilmesine kullanıcı ve yöneticilerin dâhil edilmesinin önünü açmıştır (42). Amerika’da en azından bu alanda dar anlamda tanımlanmış ampirik değerlendirme, programı yöneten kişileri içeren derlemelere doğru geçiş karşısında geri adım atmaktadır.

Genel olarak uygun performans göstergeleri geliştirilememesi, kullanıcıların değerlendirmeye dâhil edilmesi sonucunu doğurmuştur (43):

Hem kamu sektörü hem özel sektörde, programı uygulayanların, halkın istediğini düşündüğü performansı yansıtan [*metnin orijinalinde mevcuttur*] göstergeler geliştirme eğilimi vardır. Bu nedenle değerlendirmenin, kimi zaman kullanıcıların kendi isteklerine ilişkin algılamaları ile neye ihtiyaçları oldukları arasındaki profesyonel değerlendirme arasında oluşabilecek boşluğu ele alma girişiminde bulunması gerekmektedir.

Eylem Araştırması, Katılımcı Araştırma ve Katılımcı Değerlendirme Arasındaki İlişki

Araştırma ve değerlendirme literatürü, katılımcı araştırma ve katılımcı değerlendirme

arasında çok küçük ve belki semantik (anlambilime göre) bir ayrım yapmaktadır. Bazı araştırmacılar, katılımcı değerlendirmenin katılımcı araştırma döngüsünün bir parçası olduğunu düşünmektedir (44). Bazıları ise katılımcı değerlendirmeyi, değerlendirmede ayırt edici bir yaklaşım olarak görmektedir. Her 2 grup da çeşitli tarafların değerlendirme süreci çalışmalarına ve değerlendirme sürecine ilişkin kararlara aktif katılımı yönündeki temel ilkeleri paylaşmaktadır. Aktif katılım da sürekli bilgi, beceri ve kaynak alış verişini gerekli kılmaktadır (36). Kimi araştırmacılar, proje döngüsü boyunca katılım varsa katılımcı değerlendirme ve eylem araştırmanın olduğunu öne sürmektedir (28,45). Kimileri ise eylem araştırmasının, sadece güç ve bunun bilgi ile olan ilişkisini temel bir konu olarak görmemesi bakımından, katılımcı araştırma veya değerlendirmeden farklı olduğunu söylemektedir. Örneğin eylem araştırması; katılımcılar arasındaki müzakere, diyalog, öğrenme ve değişimden kaynaklanan bir süreç olarak görülmektedir.

Katılımcı değerlendirmenin savunucuları, çoğu kez değerlendirme ve araştırma arasındaki (46) ve katılımcı değerlendirme ve “biçim ve işlev olarak kesin bir biçimde normatif ve ideolojik olan” katılımcı eylem arasındaki ayrımı vurgular (35). Burada katılımcı değerlendirme, katılımcı karar alma ile doğrudan bağlantılıdır (36). Katılımcı değerlendirme, değerlendirilen ve değerlendirci arasındaki ilişkiyi değiştirmesi bakımından ayırt edicidir (47-49). Dolayısıyla dış gözlemci ve bağımsız değerlendircinin yaptığı değerlendirmeyi sorgular. Benzer şekilde katılımcı eylem araştırması, bağımsız ve nesnel araştırmacı şeklindeki bilimsel terimi de sorgular (50).

Bu ince ayrımlar dikkate alınarak uygulayıcıların, katılımcı araştırma ve katılımcı değerlendirme konusunda kafalarının karışması şaşırtıcı değildir ve bu durum, uygulamada büyük bir çeşitliliğe neden olur (2). Wadsworth (45), katılımcı araştırma ve katılımcı değerlendirmeyi birleştirerek, bir eylem değerlendirmesi araştırma sürecinin kullanılmasını önermiş ve böylece ikilemi ortadan kaldırmaya çalışmıştır. *Everyday evaluation on the run* adlı kitapta yer alan faydalı duvar çizelgesini oluşturan görsel bir modelde, sürecin temel öğelerini özetlemektedir. Ancak bu model, birkaç istisnai durum dışında, gerçeği değil ideal olanı yansıtmaktadır. Katılım seviyesi çok büyük ölçüde değişmektedir ve gündemler çoğu kez hâlâ küçük gruplar tarafından oluşturulmaktadır. En iyi ihtimalle uygulama gerçekten katılımcı olmaktan ziyade danışmaya dayanmaktadır (51). Ancak bu tartışmadaki görüş, ideolojik bakış açısına ve bağlama dayalıdır. Toplum temelli projelerin değerlendirmesiyle uğraşan kişiler için, bastırılanları güçlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan katılımcı araştırmanın temel öğretici çekiciyken kurum temelli program ve politikaları değerlendiren kişiler, katılımcı değerlendirmenin karar alma yönlerini vurgulayacaktır.

Katılımcı araştırma, katılımcı değerlendirme ve eylem araştırması arasındaki farklar net olmamakla birlikte, her üçü de sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki geleneksel araştırmadan ciddi olarak farklılık göstermektedir. Bu alandaki değerlendirme, eylem araştırmasının temelini oluşturan yorumsal bakış açısı ile çelişen pozitif bakış

açısına sahip epidemiyolojist, nüfus bilimci ve biomedikal uzmanların egemenliğinde kalmaya devam etmektedir. Tablo 4.1, pozitivistimin ve tefsir biliminin (hermenötik) özelliklerini karşılaştırmaktadır. Ayrıca bazı çalışmalar, katılımcı eylem araştırması etiketine sahiptir. Ancak katılımcı eylem araştırmasının temel ideolojik, metodolojik ve epistemiyolojik özelliklerini taşımamaktadır. Bu da terimin, pozitif bilimlerce benimsendiğini yansıtmaktadır (52-54). Katılım; değerlendirme sürecinin tüm aşamalarında diyalog hâlinde olmak ve gücü, araştırılanların lehine kaydırmak anlamına gelmektedir: Vanderplaet (47) bunu “güçlendirme için değerlendirme” olarak adlandırmaktadır.

Katılımcı Değerlendirmenin Felsefi ve Epistemiyolojik Temeli

Eylem araştırması ve katılımcı değerlendirmenin tanımlarında ortak olan unsur; uygulama, yerel teorinin geliştirilmesi (55) ve kapasite oluşturma bağlamında bilgi oluşturma üzerinde durmalarıdır.

Tablo 4.1. Pozitivism ve Yorum Bilimin Özellikleri

Pozitivism	Yorum Bilim
Nesnel gözlem	Eleştirel öznellik
Açıklama ve tahmin	Anlamı anlama ve bulma
Genel bilgi ve standartlaştırma	Her bir durumun özgün olarak görülmesi arayışı
Sosyal kurumun benzer şeylerin birleşimi olarak görülmesi	Zenginlik, çeşitlilik ve derinliğe vurgu
Yüzey görüntüsü	
Hipotezlerin, fikirlerin resmi tanımı ve ölçümlerle test edilmesi	Bilgi edinmek için diyalektik döngü
Mekanik, sesi çıkmayan ve teslimiyetçi nesneye odaklama	Diyalog ve nesnel katılım (karşılıklı olmadığı sürece anlama gerçek değildir)
Amaç: gerçeklerin toplanmasını kontrol	Amaç: aydınlanma, öğretme, zenginleşme, kişisel gelişim gücü
Miktara odaklanma	Kaliteye odaklanma

Kaynak: Dahlbom ve Mathiassen'dan (4) uyarlanmıştır.

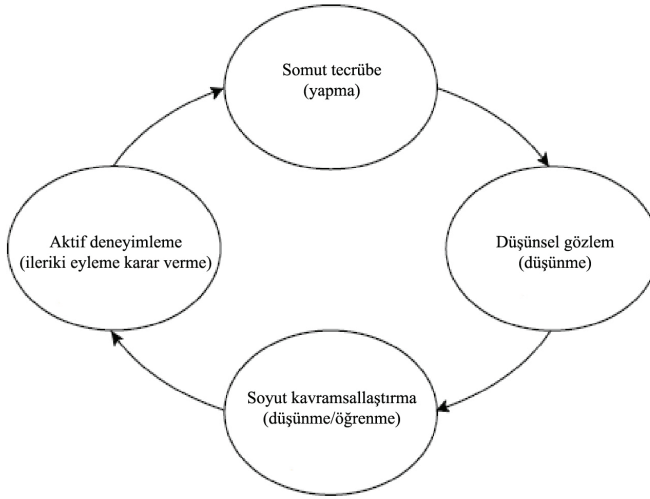
Bu bakış açısı, sosyal bilimdeki pozitivist yöntemlerden farklı olarak bilim, bilgi, öğrenme ve eylem arasındaki ilişkinin tamamen farklı bir kavrayışına dayanmaktadır (50). İnsanların, kendi kategorilerine ve çerçevelerine bağlı olmakla birlikte, sistematik bir araştırmada ortak sıfatıyla bilgi üretebileceğini varsayar. Bunun, daha zengin ve daha kesin veri üretmek bilimsel geçerliliği artırabileceği ve sonuçlar için aktif destek ve dolayısıyla değişim için daha fazla istek yaratacağı öne sürülebilir (56).

Öğrenme, eylem araştırmasının varoluş nedenidir ve Kolb, öğrenme döngüsünün temelini oluşturan yetişkinlerin öğrenme şekilleri hakkındaki görüşlerine dayanmaktadır (3) (Şekil 4.1). Öğrenmenin gerçekleşmesi için döngünün tüm elemanları mevcut olmalıdır. Geleneksel araştırma ve uygulama, sırasıyla teori ve

eylemin oluşturulması ve test edilmesini vurgular. Eylem araştırması ise bilgi üreten içerdeki (uygulayıcı) ve dışarıdaki (değerlendirici veya araştırmacı) arasındaki iş birliği ile tüm döngüyü ele alır.

Değişim üzerindeki vurgu bir diğer ayırt edici özelliktir. Geleneksel sağlık araştırması ve değerlendirme konusunda çalışan insanlar, çalışmalarını nadiren eylem ile ilişkilendirmektedir. Bulguları kullanmak öncelikle diğerlerinin sorumluluğudur. Ayrıca eylem araştırması, araştırmacıların araştırma ortamında yer almasının iyi bilimle bağdaşmadığı şeklindeki pozitivist varsayımı reddeder (57).

Katılımcı değerlendirme; değişim ve öğrenmeyi, değerlendirici/araştırmacı araştırmadan ayrıldıktan sonra devam eden, kendi kendine üreten ve kendi kendini koruyan bir süreç hâline getirmeyi amaçlar. Katılımcı değerlendirme, pozitif sosyal bir değerle değişim sağlamayı hedefler: örneğin, sağlıklı bir toplum.



Ayrıca süreç, her türlü değerlendirme raporu kadar önemli bir üründür. Bu tür bir değerlendirme, yerel koşullarca kontrol edilerek ortaya çıkan bir süreçtir. Bilginin toplu olarak üretilmesini içerir ve katılımcıları, içsel bir değişimi teşvik edecek şekilde güçlendirmeyi hedefler. Bu yaklaşım, toplum temelli projeler için özellikle uygun olmakla birlikte spektrumun diğer ucu, yani politika geliştirme ve uygulama, için de değerlidir (58,59). Bu yaklaşım, araştırma ve politika arasındaki sınırların ortadan kaldırılması için ideal bir araç gibi gözükmektedir. Uzmanlar artık ofis ve kütüphanelerde rafa kaldırılan, günlük pratik sorunlar karşısında uygulanmayan bilgi üretmeyecektir. Bunun yerine katılımcı değerlendirme, politika yapımcıları araştırma sürecine dâhil edecektir. Bu da onların hareket etme şekillerini ve inandıkları şeyleri değiştirecektir. Politika yapımcıların katılımı, onların hem araştırma fikirlerine hem de araştırma sonuçlarına sahip çıkmalarını sağlayacaktır. Böylece uygun harekette bulunmaya hazır olacaklardır. Bu süreçte kilit unsur, diyalogdur (48). Fikir alışverişi,

yeni bir sosyal gerçeği şekillendirmeye başlar (60,61). Değerlendiricinin rolü, örneğin çalıştaylar vasıtasıyla bu tür alış verişler için ortam yaratmak ve ortak bir ürün ve durumun daha entegre ve daha anlaşılabilir olmasına imkân vermektir (62). Bu süreç, yeni bir sosyal ilişkiler ağı ve yeni bilgi üretir.

Bu yaklaşım, bilginin üretimine ilişkin geleneksel bilimsel bakış açısına karşı çıkmaktadır. Geleneksel bilim, pozitivist doğa bilimlerinden miras kalan nesnellik ilkesine dayanmaktadır. Ancak insanların; olguların, sosyal dünyada özellikle de karmaşık sosyal ortamlarda gerçekten nasıl olduklarına ilişkin değişmez gerçekler ortaya koyacak nesnel, değerlerden arınmış araştırmalar yürütebileceklerine inanmak bir yanılsamadır. Schultz'a (63) göre, insanları araştırma denekleri olarak elektronlardan ve subatomik partiküllerden ayıran, araştırılmanın insanlar için bir şey ifade etmesidir. Dolayısıyla sosyal bilimler yansıtıcı nesneleri inceler, düşünen, hisseden, anlam veren insanların ise değerleri vardır ve kendilerini inceleyen araştırmacılarla aralarında dinamik bir ilişki vardır. Öyleyse araştırmacı ve araştırılan arasındaki ilişki, araştırma sürecinin dışında tutulmamalı, araştırma sürecinin merkezinde yer almalıdır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Program Değerlendirmesi Yaklaşımı ve Yöntemleri Bakımından Doğa Bilimleri ve Sosyal Bilimler Arasındaki Farklar

Soru	Doğa Bilimleri	Sosyal Bilimler
Değerlendirmeyi kim yapar?	Dışarıdan uzmanlar	Toplum, proje personeli kolaylaştırıcısı
Ne incelenir?	Önceden belirlenmiş başarı göstergeleri, öncelikle maliyet ve sağlık çıktıları ve kazanımlarını içerebilir	Başarı göstergeleri sağlık katılımcıları tarafından tespit edilir, çıktıları/kazanımları
Nasıl?	Nesnellğe odaklama, değerlendiricileri diğer katılımcılardan uzak tutma; Tek, karmaşık prosedürler; Sonuçların, gecikmeli, sınırlı paylaşımı	Öz değerlendirme, yerel kültüre adapte edilen sabit yöntemler; değerlendirme süreçlerinde yerel katılımı sonuçların açık, anında paylaşılması
Ne zaman?	Genellikle programın tamamlaması üzerine; Bazen ortasında	İzleme ve değerlendirme ile Yani sık küçük ölçekli değerlendirme
Neden?	Hesap verilebilirlik için genellikle özetleyici, fonun gelmeye devam ettiğini belirlemek için	Yerel insanları güçlendirmek, telafi edici ve düzeltici eylemde bulunmak

Bu nedenle katılımcı değerlendirmenin ilkeleri, geleneksel araştırma yöntemleri konusunda eğitim almış araştırmacılara mantıksız gibi gelmektedir. Eylem araştırması, araştırmacı ve araştırılan arasındaki ayrımın ortadan kaldırılması ve tüm program katılımcılarının, araştırmanın hedefini oluşturan bilgi üretiminde ortak araştırmacılar ve ortak öznelere olmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Burada ölçme bile müzakere sürecinin bir ürünüdür. Ayrıca veri analizi, sadece araştırmacının tekelinde olmayacak, tüm katılımcıların ortak girişimi olacaktır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanında Katılımcı Değerlendirmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında genel değerlendirme yokluğu ve yakın geçmişe kadar bu tür araştırmanın yayımlanması için imkânların az olduğu düşünüldüğünde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde katılımcı yaklaşımlara ilişkin rapor olmaması şaşırtıcı değildir. Buna ilaveten, bu tür değerlendirmenin yürütülmesi ve literatürde raporlanması zaman almaktadır. Raporlar öncelikle fon sağlayan kuruluşlara gitmektedir. Ancak, tıbbın sağlık alanındaki baskınlığı ve sonuç olarak randomize kontrollü deneylerin, geleneksel epistemiyolojinin ve geleneksel bilimsel yöntemlerin kutsallığı önemli faktörlerdir. Yaklaşımına karşı çıkılmasının nedeni, yaklaşımın nesnel olmadığının düşünülmesindendir (bilimsel kesinlik ve genellenabilirlik, sonuçların geçerliliği ve tekrarlanabilirlik olmaması) (57).

Bu bakış açısından kaynaklanmayan diğer konular, yürütülen katılımcı değerlendirme miktarını etkilemektedir. Bu konular arasında ihtiyaç duyulan kaynaklar ve net adımlar olsa bile mantıklı ve planlı faaliyetlerle çelişen, netlik ve kontrolden uzak süreçler düzensiz sayılabilir. Ayrıca sonradan ortaya çıkan, çoğu kez tanımlanamayan ve tahmin edilemeyen bir süreç için fon bulmak zordur (64). Ayrıca araştırmacılar, gerekli becerilere ve toplum da eleştirel düşünce için gerekli olan kapasiteye sahip değildir (30). Politika ve çok yönlü sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları söz konusu olduğunda, katılımcılar süreçlerin olası karmaşıklığı ile de uğraşmak zorundadır (65). Tüm bu engeller, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi projelerinin dışarıdan (genellikle uygun olmayan şekilde) değerlendirme geleneği ile pekişmektedir (66). Bu konular aşağıda daha ayrıntılı tartışılmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde katılımcı değerlendirme veya eylem araştırması nadiren gerçek müşterek araştırmanın önünü açmaktadır. Biçimlendirici değerlendirme veya ihtiyaç analizi, özellikle dezavantajlı grupları hedefleyen projelerde özetleyici değerlendirmeyi gölgede bırakmıştır (12). Yine de katılımcı yaklaşımların; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırması açısından değeri, giderek daha fazla kabul edilmektedir ve Royal Society of Canada (Kanada Kraliyet Derneği) için önemli bir çalışmanın odak noktasını oluşturmuştur (2). Katılımcı yaklaşımlar, gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konulu araştırmalarda ve özellikle topluluk bünyesindeki hizmet araştırmalarında popüler hâle gelmektedir (67).

Toplum temelli projelerin katılımcı değerlendirmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde güçlendirmenin merkezi rolünden kaynaklanmaktadır. Sürecin, birçok programın hedeflenen sonucu olan “sosyal eşitsizliğin ortadan kaldırılması”na katkı sağladığı görülmektedir. Güç, değerlendirmede sosyal eylem ve toplum kalkınması yöntemlerinin kullanılması konularını açıkça ele almaktadır. Ayrıca, değerlendirmenin bir parçasını oluşturan değer ve menfaatleri ortaya koymaktadır. Böylece kimin menfaatlerine hizmet edildiğini sormaktadır. Katılımcıların demokratik diyalog kurmalarına imkân vermekte ve böylelikle yeni sosyal bilgi yaratmaktadır (61,62,68). Değerlendirme sonuçlarının kullanıma olasılığının

artması, ek avantajlar arasında yer almaktadır. Patton'a (69) göre bu, geleneksellikten kaçınma, veri toplama ve veri analizinde bir dizi yöntem ve araç kullanılmasına ilaveten katılımın en büyük faydasıdır. Katılım, ayrıca insanların kendi sorunlarının farkında olmalarını sağlamaktadır ve bu durum kapasite geliştirmenin önemli bir parçasıdır. Aslında bu katılım, katılımcı değerlendirmede kaçınılmaz olan çatışmayı kullanarak kendi savaş alanında bilgi üretilmesi sürecidir (70).

Meslekten olmayan kişiler ve uzmanlar arasındaki bilgi paylaşımı, kaynak ve güçlerin birleştirilmesi de faydalar arasındadır. Örneğin katılımcılar, karar alma sürecine dâhil olursa araştırmaları bile kendileri yürütebilirler. Bu da değerlendirmenin maliyetini düşürecektir. Son olarak katılımcı değerlendirmenin istenen sonuçlar yaratması muhtemeldir. Bu da daha geleneksel olan davranış değişikliği ve sosyal değişiklik hedeflerine ulaşılmasına yardımcı olabilir (71): “Uzun süreli davranış değişikliği, kendi kendine gelişmeye devam eden kapasite ve genel kapsam *[metnin orijinalinde mevcuttur]* arzu ediliyorsa toplumun katılımı gereklidir.”

ABD’de güçlendirme, “New Mexico’da Alkol ve Madde Kullanımını Önleme Programı”nın değerlendirmesinin özelliklerinden biriydi (72). Freire’nin güçlendirme eğitimi fikri hem Program’da hem Program’ın değerlendirmesinde önemli bir rol oynamıştır. 1982’den beri uygulanan Program, yüksek risk taşıyan nüfustan gelen gençleri Freire’nin dinleme, diyalog ve eylem şeklindeki 3 aşamalı metodolojisi ile daha sağlıklı seçimler yapmak üzere güçlendirmeyi amaçlıyordu. Program değerlendirmesi ve politika uygulamasında bu süreç uygulanmış ve aynı sürecin Program’ın organizasyonuna da dâhil olması sağlanmıştır. Değerlendirmede, katılımcı yöntemlerin yanı sıra nicel ve nitel yöntemler de kullanılmıştır.

Katılımcı değerlendirme, ayrıca Freedom From Hunger, Mississippi Sağlık Bakanlığı ve Mississippi İş Birliği Geliştirme Kurumu tarafından 1988 yılında 5 yıllık bir müşterek program olarak uygulanan İyileştirilmiş Beslenme ve Sağlık İçin Ortaklar Programı’nda (Partners for Improved Nutrition and Health) da uygulanmıştır. Değerlendirme, toplumun yetkinliğinin geliştirilmesini amaçlayan ve toplum tarafından belirlenmiş hedefleri içeren destek programına dayanan bir eylem araştırması programının ayrılmaz bir parçasıydı. Tüm paydaşlar; toplum yetkinliğinin ölçülecek bir çıktı olarak seçilmesinde yer almasa bile, yetkinlik ölçülerinin tanımlanmasına, oluşturulmasına ve görüşmeyi yapan ve görüşmeleri yapacak kişilerin seçilmesine ilişkin kararların alınmasına dâhil olmuştur. Yine de neyin değerlendirileceği kararları, programın 3 alanında yaşayan ve çalışan insanların tecrübe ve vizyonlarına dayanmaktaydı (15).

Değerlendirme göstergelerinin, yerel çalışanların ve toplumun ihtiyaçlarına göre oluşturulamaması sonucunda Glasgow, Drumchapel bölgesindeki (İngiltere) insanlar; kendi projelerinin değerlendirmesini kendi başlarına tasarlamıştır (proje hakkında bilgi temin etmek için Fasıl 14’e bakınız). Bu insanlar, bir üniversitenin gündemi doğrultusunda dışarıdan desteklenen bir değerlendirmeden hayal kırıklığına

uğrayınca, birçok yenilikçi yöntemin kullanılmasına imkân veren gerçek bir katılımcı yaklaşım kullanmıştır. Bu, sonuçların sanatsal şekilde raporlanmasını ve bir videoyu içermektedir (66). Sanatın kullanımı, değerlendirmenin gerekliliklerinden dolayı katılımcı yaklaşım kullanımı bir derece kısıtlanan Güney Avustralya'daki Sağlıklı Şehirler Noar-lunga Projesi'nin değerlendirmesinin bir özelliğiydi (73). Roebottom ve Colquhoun (74), Avustralya Bellarine Gençlik Ağı'nda (Bellarine Youth Network) gençler, çevre ve sağlık konularında çalışırken katılımcı eylem araştırmasını kullanmıştır. Gençlerle böylesi bir çalışma yürütürken dikkate alınması gereken bazı konular (özel hayatın gizliği gibi), Roebottom ve Colquhoun'un dikkatini çekmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde doğrudan tecrübesi olan kuruluşların, katılımcı değerlendirmeye başvurmaları muhtemelen tesadüf değildir. Örneğin, gelişmiş ülkelerin yoksul bölgelerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çalışan Çocukları Kurtarın (Save the Children) gibi yardım kuruluşları, İngiltere'de ihtiyaç değerlendirmesi ve program değerlendirmesinde katılımcı yaklaşımların ve eylem araştırmasının kullanılmasında öncü olmuştur. Bang ve Bang (75), bu yaklaşımın faydalarını sıralamaktadır; Gadchioli bölgesinde (Hindistan), "Orak Hücreli Aneminin Geleneksel Epidemiyolojik Çalışması"nın etkili olmaması durumu ile hem yerel seviyede hem de devlet seviyesinde ortak hareket edilmesini sağlayan ve aynı bölgede gerçekleştirilen "Alkolizmin Önlenmesine İlişkin Katılımcı Eylem Araştırması"nı karşılaştırmaktadır.

Katılımcı değerlendirme, iş yerinde uygulanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında, özellikle stresi ele alan programlarda uygulanmıştır (76). Çalışmalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde program temelli yaklaşımlardan ziyade kurumsal yaklaşımlar kullanma eğilimi sergilemektedir. Kurumlar, kontrol ve deney gruplarının kullanımını sektöre ugratabilecek birçok değişim yaşabilecekleri için (işten çıkarma ve ürün yelpazesi ve personelde değişiklikler gibi) eylem araştırması kullanılması gerektiği öne sürülmektedir. Çalışmalar, istatistiksel kontrol teknikleri ve zaman serisi tasarımı kullanmaktadır. Bu da katılımcı değerlendirmenin sadece nitel teknikler kullanmadığını, uygun yöntemlerin derlenerek kullanılmasını içerdiğini göstermektedir. Ancak kurum kültürü, eylem ve müdahaleye katılım ölçüsünü etkileyebilir. Değerlendirme projelerinde tayin ve manipülasyon gerçek katılımın yerini alabilir (34,77).

Politika geliştirme ve uygulama konularında katılımcı değerlendirme kullanılmasına ilişkin daha az tecrübe vardır. Springett ve Leavey (78), temel sağlık hizmetlerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kliniklerini değerlendirmek için eylem araştırmasını kullanmıştır. Springett ve Leavey, diyalog için ortam yaratmak vasıtasıyla katılımı teşvik etmek için her türlü çabayı gösterirken genel uygulayıcıları sürece dâhil etmek için sürekli mücadele vermiştir. Eylem, yerel olarak dağıtılan temel sağlık hizmetleri ekipleri için rehberler geliştirilmesiyle sınırlı kalmıştır (79).

Bir araç geliştirilmesi, sektörler arası dayanışmayı değerlendirmek amacıyla göstergeler geliştirilmesinde katılımcı yaklaşımın odaklarından da biriydi. Sağlık Eğitimi Yetkili Makamı tarafından fon sağlanan bu proje, katılımcıların özelliklerinin çıktısı nasıl etkilediğine iyi bir örnektir. Araştırmada iki yüz kişi üzerinde çalışılmış ve araştırma 3 aşamada yürütülmüştür. İlki, Sağlık İttifakları Çalışmaları (Health Alliance Works) hakkında genel bir izlenim edinmek amacıyla kartopu tekniği kullanılarak telefon araştırması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Sonra, örneklemden otuz 8 temsilcinin katılımı ile 6 çalıştay gerçekleştirilmiştir. Temsilcilerin çoğu, İngiltere Herkes İçin Sağlık Ağı (United Kingdom Health for All Network) veya İngiltere Sağlıklı Şehirler Ağı'nın (Healthy Cities network of the United Kingdom) üyesiydi ve Herkes İçin Sağlık (Health for All) veya Sağlıklı Şehirler Programı'nın (Healthy Cities) koordinatörü olarak çalışıyordu. Bu çalıştaylar, Sağlık İttifakı'nın özelliklerinin tanımını ve başarı ölçülerini ortaya koymuştur. Sonuçlar, sonrasında mutabakat forumunda eleştirel olarak incelenen süreç ve çıktı göstergeleri geliştirmek için kullanılmıştır.

İkinci aşama, göstergelerin 3 test alanında uygulanarak gözden geçirilip değiştirilmesini içermekteydi. Sonuçlar, bir odak grubu vasıtasıyla sürece geri beslenmiş ve sağlık hizmetlerinin alıcılarının bazı temsilcilerini de içeren yirmi kişilik bir çalıştayda tartışılmıştır. Ardından göstergeler paketi değiştirilmiştir (80). Uygulayıcılar, karar alıcılar ve kaynak sahipleri arasındaki diyalog fırsatı sınırlı olmuş ve sürecin sonuna diyalog kurulamamıştır. Bu nedenle nihai göstergeler, büyük ölçüde diğer kilit paydaşların görüşlerinden ziyade baskın grubun (uygulayıcıların) görüşlerini yansıtmaktaydı.

Ayrıca test edildiğinde, paketin; özellikle geliştirmenin ilk aşamalarında küçük ölçekli toplum temelli projeler için uygun olmadığı ortaya çıkmıştır. Paket, toplum katılımcıları tarafından eleştirilmiştir. Paketin asıl avantajı, daha uygun yerel göstergelerin tartışılması için bir çerçeve sunmaya yardımcı olmasıdır. Bu eksikliklere rağmen proje, gösterge geliştirilmesinde gerçek katılım açısından olağanüstü bir girişimdi.

Böyle bir çalışma, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde büyük bir potansiyele sahiptir. Katılımcı değerlendirmenin güçlendirmeyi teşvik etmesi gibi müşterek sorun çözme yaklaşımı da katılımcıları nasıl iş birliği yapacakları konusunda bilinçli seçimler yapmaya zorlayarak sektörler arası dayanışmayı teşvik etmektedir (81).

Sağlıklı halk politikasına yönelik projeler gibi karmaşık projelerde gösterge geliştirme zorluğu, Liverpool'da (İngiltere) şehir sağlık planı için izleme ve değerlendirme çerçevesi göstergeleri geliştirilmesi ile örneklenmektedir (82). Değerlendirme, uygulama sürecine dâhil edilirken bir dizi paydaşı memnun etmek için girişimde bulunulmuştur. İdeal model ve belli bir bağlamda yer alan gerçeklik arasındaki karşılıklı etkileşim, pragmatik bir yaklaşım ortaya çıkarmıştır. Costongs ve Springett (83) politika değerlendirmesinde katılımcı yaklaşım kullanarak bir çerçeve geliştirmiştir.

yapan kişinin, diyalog ortamlarının yaratılmasını ve sürecin her bir aşamasında geri bildirim alınmasını sağlaması gerekmektedir. Değerlendiricinin, katılımcılar arasındaki güç eşitsizlerinin de farkında olması ve bunları azaltmaya çaba göstermesi gerekmektedir. Diyalog ortamları çeşitlendirilmeli ve resmiyet açısından farklılık gösteren çalıştaylar ve diğer toplantılar düzenlenmelidir. Resmî toplantılar etkili iletişime engel teşkil edebilir ama yine de gereklidir.

İkinci konu; değerlendirici ve değerlendirilen arasındaki ilişki, uzman ve meslekten olmayan kişilerin katılımı arasındaki ve özellikle iç ve dış değerlendirme arasındaki dengedir. Her birinin kendi içinde avantajları ve dezavantajları vardır (Tablo 4.3). Hâlâ en fazla dış değerlendiricilere güvenilmektedir. Bir dış değerlendirici, en azından çalıştaylarda kolaylaştırıcı olarak rapor yazarı olarak ve kalite kontrolcü olarak hareket edebilir. Hem meslekten olmayan bir insanın hem de uzmanın çalışmaya katabileceği bir şeyler vardır. Aslında katılımcı eylem araştırması, değerlendiricinin teknik uzmanlığını ve meslekten olmayan katılımcıların yerel bilgisini birleştirerek bir bütünün parçalarının toplamından daha büyük bir şey yarattığı için değerlidir. Bu konu ile bağlantılı olan bir diğer konu, hemen hemen her zaman meşgul olan uzman kişilerin katılımını sağlamak ve bulguların kime ait olduğunu müzakere etmektir. Bu akademisyenler için özel bir sorundur. Araştırma makalelerinin sahipliği sorusu akademisyenler için önemlidir. Ancak geniş çaplı katılım söz konusu olduğunda bu soruya çözüm bulmak zordur. Katılım olmaması, katılımcı değerlendirmeye ters düşmekte ve akademik çevrenin egemenliğini pekiştirmektedir (85). Herkesin rol ve sorumluluklarının net olması bakımından tüm bu konuların en başta müzakere edilmesi ve anlaşmaların yazıya dökülmesi gerekmektedir.

Üçüncü konu, katılımcı değerlendirmenin diyalektik yapısının bir özelliği olan doğal çelişkidir. Farklı gündemlerin bir araya getirilmesi kaçınılmaz olarak çatışmaya ve güç mücadelesine neden olmaktadır.

Tablo 4.3. Dış ve İç Değerlendiricilerin Avantajları ve Dezavantajları

Dış Değerlendiriciler	İç Değerlendiriciler
Programa yepyeni bir gözle bakabilir	Programı iyi bilir
Kişisel olarak dâhil değildir	Nesnel olmak zordur
Programın normal güç yapısının bir parçası değildir	Programın normal güç yapısının bir parçasıdır
Programlardan hiçbir şey kazanmaz, ancak değerlendirmelerle prestij kazanabilir	Kişisel kazanç umudu motive edebilir
Değerlendirme yöntemleri konusunda eğitilidir, diğer değerlendirmelerde tecrübe sahibi olabilir, program katılımcılarınca uzman olarak görülür	Değerlendirme yöntemleri konusunda eğitim almamış olabilir, program dışında tecrübesi yoktur veya azdır
Programlar veya katılan insanları anlamayan dışardan kimselerdir	Programlara aşinadır ve programları anlar ve kişisel davranış ve tutumları yorumlayabilir

Kaynak: Fuerstein (29).

Bu nedenle çatışma çözme becerilerini iyi bilmek, bir değerlendirici için veri toplama ve analiz tekniklerini bilmek kadar önemlidir. Değerlendiricilerin, yerine getirmeleri gereken, birbiriyle rekabet hâlinde olan ve çoğunlukla çelişen görevleri vardır. Örneğin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası ve uygulamasının değerlendirmesi, hem politika girişimi için faydalı olmalı hem de dış menfaat grupları ve politika yapıcılar için uygun olmalıdır. Değerlendirici, yerel çalışanlarla etkili bir şekilde iş birliği yapmak için politika girişimi içinde yer alırken eleştirel olabilmek ve doğru soruları sorabilmek için onlarla arasında olan yeterli mesafeyi koruyabilmelidir (86). Ayrıca değerlendirici, kamuoyunun bilgi edinme hakkı ile bireylerin özel hayatının gizliliği ve mahremiyeti arasındaki dengeyi kurmalıdır (34). Bu nedenle değerlendiricilerin, örneğin iletişim, müzakere, motivasyon, siyaset ve kolaylaştırıcılık alanlarında birçok beceriye ihtiyacı vardır (87). Long ve Wilkinson'ın (88) belirttiği gibi değerlendiriciler "Çok da dostane olmayan bir ortamda sosyal programların karmaşıklığı ve çelişen kişiliklerle mücadele ederken bir değerlendirme yürütme becerisine sahip olmalıdır." Means ve Smith (89) *de* İngiltere'nin güneybatısında bölgesel bir alkol eğitim programına ilişkin araştırmalarına paydaşları dâhil ettiklerinde aynı sonuca ulaşmıştır.

Buna ek olarak değerlendiriciler; fikirlerini, politika yapıcılara kabul ettirebilmek için değerlendirmenin ötesine geçerek politika sürecinde (34) daha aktif bir rol oynamalıdır (90). Özellikle nicel çalışma raporlarına kıyasla çoğunlukla daha az okunan nitel değerlendirmeler için çalışmanın sadece dergilerde yayımlanması yeterli değildir (91). Değerlendiriciler, bir etki yaratmak için fikirlerini ve tavsiyelerini net ve ilgi çekici bir şekilde sunmalıdır. Ham (90), değerlendirici politikayı etkileme arzusu içindeyse iletişim ve pazarlamanın, iyi akademik tekniklerle başa baş gitmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Dördüncü konu, sürecin ortaya çıkan yapısıdır ve bunun da çeşitli etkileri olabilir. İlk olarak değerlendirmeyi finanse edenler ve değerlendirme yapanlar bir kontrol eksikliği hissederler. Katılımcı değerlendirme, her zaman derli toplu bir proje döngüsüne oturmaz. Fonlar kritik anlarda kesilebilir ve raporlar, son teslim tarihine yetişmeyebilir. Fon sağlayan kuruluştaki istekli bir proje müdürünün olması bu konuda yardımcı olur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki birçok proje, genellikle sektörde hâlâ yaygın olan hastalık veya yaşam şeklini yansıtan tek bir konuyu ele almaktadır. Bu nedenle değerlendiriciler, tek bir konu için fon başvurusu yapmalıdır; koroner kalp hastalığı, alkol bağımlılığının azaltılması veya sigarayı bırakma gibi. Sıradan bir insanın bakış açısı çok farklıdır ve yaşama karşı daha bütüncül bir yaklaşım sergiler. Program çıktıları, sigara içme oranı hâlâ yüksek olmakla birlikte, kendinin daha fazla farkında olma ve daha iyi yaşam kalitesini içerebilir. Bu nedenle katılımcıların değer atfettiği amaç, hedef ve çıktılar baştakilerden oldukça farklı olabilir. Ayrıca, eylem ve değişim çok önemli olduğu için program yön değiştirebilir. Finansör kuruluş ve müdahaleyi uygulayanların katılımının bu kadar önemli olmasının bir diğer nedeni budur. Sürecin devamını sağlamak ve her aşamada uygun iletişim ve geri bildirim gerçekleştirilmek, farklı menfaat grupları ve çok nedenli etkilerin olduğu karmaşık bir çevrede katılımcı değerlendirme süresince zor olsa da gereklidir (65).

Beşinci konu, fonlama ile ilgilidir. Katılımcı değerlendirmeye daha geleneksel değerlendirme biçimlerinden daha az fon aktarılmaktadır. Fon sağlayan kuruluşlar, katılımcı değerlendirme konusunda tecrübe sahibi değildir. Bu kuruluşlar, değerlendirme sonuçlarının uygulanma olasılığı yüksek olduğu için katılım ve değişim açısından yüksek bir potansiyel ortaya koysa da değerlendirme konusunda çoğunlukla kısa süreli, görev odaklı yaklaşımlar (2) talep etmektedirler. Değerlendiriciler, uygulamanın sorunsuz devam edebilmesi için sürecin tahmin edilemez yapısını anlayan ve buna rağmen sürece devam etme konusunda istekli olan ve fonu elinde bulunduran proje görevlisine bağlı durumdadır. Değerlendiriciler, proje görevlileri ile baştan itibaren iyi ilişkiler kurmalıdır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının çoğu, bir program ancak sona yaklaştığı zaman değerlendirme hakkında düşünmeye başladıkları için değerlendiricinin görevi çoğu kez daha da zor hâle gelmektedir. Bu noktada gerçekten katılımcı bir yaklaşım kullanmak için çok geç kalınmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin karşılaştığı sorunlardan biri, genel olarak yeterince kaynak temin edememesidir. Ama bazı kurumlar ve fon sağlayan kuruluşlar ancak değerlendirmeye belli bir meblağ ayrılmışsa programları onaylamaktadır. Avustralya'da tütün vergileri ile fon sağlanan sağlık projelerinde böyle bir durum söz konusudur.

Altıncı konu, hem veri toplanması hem de geri bildirim döngüsünün her aşamasında sonuçların yayılması için uygun araç ve tekniklerin seçilmesidir. Araçlar basit ama etkili, anlaşılabilir ama ilgili olmalıdır. Çoğu kez bir toplum grubunun (Yellow Creek vatandaşlarının atık yığınlarının sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin kendi

yapmış oldukları değerlendirmede olduğu gibi) bulguları geleneksel epistemiyoloji konusunda eğitim almış insanların önünde savunmaları gerekebilir. Bu durum, grubun bilimsel bir çerçevede nicel yöntemler kullanmasına neden olmuştur (52).

Değinildiği gibi araçların seçimi; uygunluğu ve seçiciliği vurgulanmalıdır (51, 92, 93). Eğitim kesinlikle gereklidir ve bütçede eğitime kaynak aktarılmalıdır. Amaç, sürdürülebilir nitelikte ve ek bilgi ile üretilmesini sağlayan bir sürece ulaşmaktır. Çin’de uygulanan bir sağlık projesi, veri toplama şekli olarak somut ölçüler isteyen karar alıcılarca talep edilen grafik ve diğer sunum tekniklerine değerli ve etkili bir alternatif oluşturan fotoğrafları kullanmıştır (94). Değerlendirme sürecinden elde edilen bilgi (Drum-chapel ve Noarlunga Projeleri’nde (66,73,95) olduğu gibi), muhtemelen birden fazla biçimde sunulmalıdır ve bunun çalışma planında dikkate alınması gerekmektedir.

Sonuç ve Tavsiyeler

Katılımcı eylem araştırması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Ancak bu tür araştırma geleneksel yöntemlerin değişiklik yaratamama durumunun açıkça kabul edildiği diğer alanlarda olduğundan çok daha az kabul görmektedir. Yöntemlerinin kökleri doğa bilimlerine dayanan tıp biliminin sağlık alanındaki egemenliği, değişim açısından verimli olma potansiyeline sahip olan bu yaklaşımın yavaş kabul edilmesinin temel nedenlerinden biridir. İlginç bir şekilde katılımcı değerlendirme, her ne kadar bu şekilde telaffuz edilmese de, klinik denetimin en önemli özelliklerinden biridir. Cornwall ve Jewkes’ın (12) geliştirmekte olan ülkelerde kalkınma çalışmalarının temel sağlık hizmetleri ve halk sağlığı üzerindeki güçlü etkisini inceleyen yakın geçmişteki çalışmaları ve Kanada Kraliyet Derneği’nin Çalışması (2), gelişmiş ülkelerde bu tür değerlendirmenin kabul edilmesi yönündeki güçlü ihtiyacı teşvik etmelidir. Burada diğer ülkeler Kanada’nın liderliğinin peşinden gitmelidir. Aşağıda belirtilen tavsiyeler konusunda harekete geçilmesi, süreci kolaylaştıracaktır.

Politika yapıcılar;

- Katılımcı değerlendirme için daha fazla fon desteği sağlamalıdır,
 - Değerlendirmelere bizzat kendileri daha fazla katılmalıdır,
 - İyi uygulamayı teşvik eden kurallar geliştirmeli ve fon sağlayan kuruluşlar için başvuru değerlendirme aşamasında temel alınacak standartlar geliştirmelidir,
 - Hem araştırmacılar hem uygulayıcılar için beceri eğitiminin geliştirilmesini desteklemelidir,
 - Katılımcı değerlendirmenin, uzun vadedeki değerinin ve kapasite oluşturmaya olan katkısının (spesifik ve çoğunlukla uygun olmayan kısa süreli görevlerden ziyade) bilgi oluşturma ve etkili değişime sağladığı katkının farkında olmalıdır.
- Uygulayıcılar;
- Katılımcı yaklaşımın, doğası gereği ve açık bir biçimde siyasi olduğunu ve ortaya çıkan çatışmayı kabul etmelidir,
 - Yaklaşımına inanmalıdır,

- Değerlendirmeye katılmalıdır, çünkü politika yapıcılarının fikrini değiştirebilirler,
- Gerekli becerileri kazanmalıdır,
- Sürecin sistematik olmasını, katılım ve iletişimi teşvik etmesini sağlamalıdır.

Sözde katılımcı değerlendirmelerin, gerçekten katılımcı olması için hâlâ kat edilecek uzun bir yol vardır. Değerlendirmelerin çoğu hâlâ fon sağlayan kuruluşlar ve değerlendiriciler tarafından kontrol edilmektedir ve katılımcı olmaktan ziyade danışma niteliğine sahiptir. En ideal durumda, katılımcı değerlendirme; teori ve uygulama ile birbiriyle yarış hâlinde olan araştırma ve politika kültürü arasındaki sınırların aşılması sorununa bir çözüm sunmaktadır. Katılımcı değerlendirme, değişim için gerçek bir katalizör olabilir (14, 55, 83, 96). Ancak katılımcı değerlendirmeyi uygulamaya koymak oldukça zordur.

Kaynaklar

1. BEATTIE, A. Evaluation in community development for health: an opportunity for dialogue. *Health education journal*, 64: 465-472 (1995).
2. GREEN, L.W., ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
3. KOLB, D.A. *Experiential learning: experience as a source of learning and development*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1984.
4. DAHLBOM, B. & MATHIASSEN, L. *Computers in context: the philosophy and practice of systems design*. Oxford, Blackwell, 1993.
5. FETTERMAN, D.M. ET AL., ED. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
6. BARNETT, L. & ABBATT, F. *District action research and education*. London, Macmillan, 1994.
7. ELDEN, M. & CHISHOLM, R.F. Emerging varieties of action research: an introduction. *Human relations*, 46(2): 121-141 (1993).
8. KROEGER, A. & FRANKEN, H.P. The educational value of participatory evaluation of primary health care programmes: an experience with four indigenous populations in Ecuador. *Social science and medicine*, 15(4): 535-539(1981).
9. ROVERS, R. The merging of participatory and analytical approaches to evaluation: implications for nurses in primary health care programs. *Nursing studies*, 23(3): 211-219 (1986).
10. BOUTILIER, M. & MASON, R. *Community action and reflective practice in health promotion research*. Toronto, University of Toronto, 1994 (document).
11. DE KONING, K. & MARTIN, M. *Participatory research in health*. London, Zed Books, 1996.
12. CORNWALL, A. & JEWKES, R. What is participatory research? *Social science and medicine*, 41(12): 1667-1676 (1995).
13. STANDISH, M.A. View from the tightrope: a working attempt to integrate research and evaluation with community development. In: Bruce, N. et al., ed. *Research and change in urban community health*. Aldershot, Avebury, 1995, pp. 259-262.
14. SARRI, R.C. & SARRI, CM. Organisational and community change through participatory action. *Administration in social work*, 16(3-4): 99-122(1992).
15. ENG, E. & PARKER, E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between programme evaluation and empowerment. *Health education quarterly*, 21(2): 199-220 (1994).
16. LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health education quarterly*, 21(2): 253-268 (1994).
17. WEISS, C.H. Evaluation for decisions. Is there anybody there? Does anybody care? *Evaluation practice*, 9(1): 15-20 (1988).
18. LEWIN, K. Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4): 34-46 (1946).

19. BROWN, L.D. & TANDON, R. Ideology and political economy in inquiry: action research and participatory action research. *Journal of applied behavioural science*, 3: 277-294 (1983).
20. LEDFORD, G.E. & MOHRMAN, S.A. Looking backwards and forwards at action research. *Human relations*, 46(11): 1349-1359 (1993).
21. REASON, P., ED. *Participation in human inquiry*. London, Sage, 1994.
22. REASON, P. Three approaches to participative inquiry. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 324-339.
23. WHYTE, W.F., ED. *Participatory action research*. London, Sage, 1991.
24. WINTER, R. *Action research and the nature of social inquiry*. Aldershot, Avebury, 1990.
25. WORLD CONFERENCE ON AGRARIAN REFORM AND RURAL DEVELOPMENT. *Guidelines on socioeconomic indicators for monitoring and evaluating agrarian reform and rural development*. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1988.
26. DEVELOPMENT ASSISTANCE COMMITTEE. *Sustainability in development programmes: a compendium of evaluation experience*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1989.
27. SALMEN, L.F. *Beneficiary assessment: an approach described*. Washington, DC, Poverty and Social Policy Division, World Bank, 1992 (Working Paper, No. 1).
28. MIKKELSEN, B. *Methods for development work and research. A guide for practitioners*. New Dehli, Sage, 1995.
29. FUERSTEIN, M.T. *Partners in evaluation*. London, Macmillan, 1986.
30. FUERSTEIN, M.T. Finding methods to fit the people: training for participatory evaluation. *Community development journal*, 23: 16-25 (1988).
31. *Participatory monitoring and evaluation. Handbook for training field workers*. Bangkok, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 1990.
32. MAGERISON, C.J. Integrating action research and action learning in organisational development. *Organisational development*, Winter, pp. 88-91 (1987).
33. FRICKE, J.G. & GILL, R. Participative evaluation. *Canadian journal of program evaluation*, 4(1): 11-25 (1989).
34. GREENE, J.C. Qualitative program evaluation, practice and promise. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
35. MATHISON, S. Rethinking the evaluator role: partnerships between organisations and evaluators. *Evaluation and planning*, 17(3): 299-304 (1994).
36. COUSINS, J. ET AL. The case for participatory evaluation. *Educational evaluation and policy analysis*, 14(4): 397-418 (1992).
37. SENGE, P. *The fifth discipline: the art and the practice of the learning organization*. New York, Doubleday, 1990.
38. McTAGGART, R. Principles of participatory action research. *Adult education*

- quarterly*, 41(3): 168-187 (1991).
39. KEMMIS, S. Improving education through action research. *In*: Winter, R. *Action research and the nature of social inquiry*. Aldershot, Avebury, 1990, pp. 57-74.
 40. MEYER, J.E. New paradigm research in practice - The trials and tribulations of action research. *Journal of advanced nursing*, 18: 1066-1072 (1993).
 41. HART, E. & BOND, M. *Action research for health and social care*. Buckingham, Oxford University Press, 1995.
 42. BARNEKOV, T. ET AL. *US experience in evaluating urban regeneration*. London, H.M. Stationery Office, 1990.
 43. KNOX, C. & MCALISTER, D. Policy evaluation: incorporating user views. *Public administration*, 73: 413-415 (1995).
 44. ISRAEL, B. ET AL. Health education and community empowerment: conceptualising and measuring perceptions of individual, organisational and community control. *Health education quarterly*, 21(2): 149-170 (1994).
 45. WADSWORTH, Y. *Everyday evaluation on the run*. Melbourne, Melbourne Action Research Issues Incorporated, 1991.
 46. SPRINGETT, J. & DUGDILL, L. Workplace health promotion programmes: towards a framework for evaluation. *Health education journal*, 55: 91-103 (1995).
 47. VANDERPLAAT, M. Beyond technique: issues in evaluating for empowerment. *Evaluation*, 1(1): 81-96 (1995).
 48. HAZEN, M.A.A. Radical humanist perspective of interorganisational relationships. *Human relations*, 47(4): 393-415 (1994).
 49. GUSTAVSEN, B. *Dialogue and development*. Assen, Van Gorcum, 1992.
 50. PEILE, C. Theory, practice, research: casual acquaintances or a seamless whole? *Australian social work*, 47(2): 17-23 (1994).
 51. BAUM, F. Research and policy to promote health: what's the relationship? *In*: Bruce, N. et al., ed. *Research and change in urban community health*. Aldershot, Avebury, 1995, pp. 11-31.
 52. COUTO, R.A. Participatory research: methodology and critique. *Clinical sociology review*, 5: 83-90 (1987).
 53. LAWELL, A.C. ET AL. Participatory research on worker health. *Social science and medicine*, 34(6): 603-613 (1992).
 54. DOCKERY, G. Rhetoric or reality? Participatory research in the NHS UK. *In*: De Koning, K. & Martin, M. *Participatory research in health*. London, Zed Books, 1996, pp. 164-175.
 55. GREENWOOD, D. ET AL. Participatory action research as a process and as a goal. *Human relations*, 46(2): 171-191 (1993).
 56. REASON, P. & ROWAN, J. *Human inquiry: a sourcebook of new paradigm research*. London, Wiley, 1981.
 57. SUSMAN, G.I. & EVERED, R.D. An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative science quarterly*, 23: 582-602 (1978).
 58. WINJE, G. & HEWELL, H. Influencing public health policy through action research. *Journal of drug issues*, 22: 169-178 (1992).

59. LIPMAN-BLUMEN, J. The dialectic between research and social policy. *In*: Bernard, J.L.B. & Bernard, J., ed. *Sex roles and social policy*. London, Sage, 1979.
60. HABERMAS, J. *The theory of communicative action*. London, Polity Press, 1984, Vol. 1.
61. HABERMAS, J. *The theory of communicative action*. London, Polity Press, 1987, Vol. 2.
62. REASON, P., ED. *Human inquiry in action: developments in new paradigm research*. London, Sage, 1988.
63. SCHULTZ, A. Concept and theory formation in the social sciences. *Journal of philosophy*, 51: 257-273 (1954).
64. MACLURE, R. The challenge of participatory research and its implications for funding agencies. *International journal of sociology and social policy*, 10(3): 1-21 (1990).
65. COSTONGS, C. & SPRINGETT, J.A. *Conceptual evaluation framework for health related policies in the urban context*. Liverpool, Institute for Health, Liverpool John Moores University, 1995 (Occasional Paper 2).
66. KENNEDY, A. Measuring health for all - A feasibility study of a Glasgow community. *In*: Bruce, N. et al. *Research and change in urban community health*. Aldershot, Avebury, 1995, pp. 199-217.
67. ABBOTT, K. ET AL. Participatory research. *Canadian nurse*, 89(1): 25-27 (1993).
68. BARNES, M. Introducing new stakeholders - User and researcher interests in evaluative research. *Policy and politics*, 21(1): 47-58 (1993).
69. PATTON, M.Q. *Practical evaluation*. Beverly Hills, Sage, 1982.
70. RAHMAN, M.D. *People's self-development: perspectives on participatory action research: a journey through experience*. London, Zed Books, 1993.
71. PYLE, D.F. *Framework for the evaluation of health sector activities by private voluntary organisations receiving matching grants*. Washington, DC, US Agency for International Development, 1982, p. 64.
72. WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health education quarterly*, 15(4): 379-394(1994).
73. BAUM, F. ET AL. *Healthy Cities Noarlunga Project evaluation*. Adelaide, South Australian Community Health Research Unit, 1990.
74. ROEBOTTOM, I. & COLQUHOUN, D. Participatory research, environmental health education and the politics of methods. *Health education research, theory and practice*, 7(4): 457-469 (1992).
75. BANG, A.T. & BANG, R.A. Community participation in research and action against alcoholism. *World health*, 12(1): 104-109 (1991).
76. ISRAEL, B. ET AL. Action research in occupational stress: involving workers and researchers. *International journal of health services*, 19: 135-155 (1989).
77. BAKER, E. ET AL. A participatory approach to worksite health promotion. *Journal of ambulatory care management*, 17(2): 68-81 (1994).

78. SPRINGETT, J. & LEAVEY, C. Participatory action research: the development of a paradigm: dilemmas and prospects. In: Bruce, N. et al. *Research and change in urban community health*. Aldershot, Avebury, 1995, pp. 57-66.
79. LEAVY, C. & THOMAS, P. *Improving health promotion in primary health care: a health professional's guide to increasing well woman clinic attendance*. Liverpool, Institute for Health, Liverpool John Moores University, 1995 (Research Report 1).
80. FUNNELL, R. ET AL. *Towards healthier alliances - A tool for planning, evaluating and developing healthier alliances*. London, Health Education Authority, Wessex Institute of Public Health Medicine, 1995.
81. CLARK, N.M. ET AL. Sustaining collaborative problem solving: strategies from a study of six Asian countries. *Health education research, theory and practice*, 8(3): 385-402 (1993).
82. SPRINGETT, J. & LUCY, J. *In search of the Holy Grail: towards a participatory approach to the development of indicators for healthy public policy at the city level*. Liverpool, Institute for Health, Liverpool John Moores University, 1998 (Occasional Paper 11).
83. COSTONGS, C. & SPRINGETT, J. Towards a framework for the evaluation of health-related policies in cities. *Evaluation*, 3(3): 345-362 (1997).
84. HOGGART, R. ET AL. Reflexivity and uncertainty in the research process. *Policy and politics*, 22(1): 59-70 (1994).
85. GARANTA, J. The powerful, the powerless and the experts. Knowledge struggles in an information age. In: Park, P, et al., ed. *Voices of change: participatory research in the United States and Canada*. Toronto, Oise Press, 1993.
86. SWEEP, A. Proces-evaluatie [Process evaluation]. In: Ten Dam, J. & de Leeuw, E., ed. *Gezonde Steden en onderzoek: reikwijdte, methoden, toe-passingen* [Healthy Cities and evaluation: scope, methods, implementation]. Assen, Van Gorcum, 1993.
87. QUELLET, F. ET AL. Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area. *Health promotion international* 9(3): 153-159 (1994).
88. LONG, R.J. & WILKINSON, W.E. A theoretical framework for occupational health program evaluation. *Occupational health nursing*, 32(5): 257-259 (1984).
89. MEANS, R. & SMITH, R. Implementing a pluralistic approach to evaluation in health education. *Policy and politics*, 16(1): 17-28 (1988).
90. HAM, C. Analysis of health policy - principles and practice. *Scandinavian journal of social medicine*, Suppl. 46: 62-66 (1991).
91. RICHARDSON, L. Writing: a method of inquiry. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
92. BAUM, F. Research for Healthy Cities: some experiences from down under In: de Leeuw, E. et al., ed. *Healthy Cities research agenda. Proceedings of an expert panel*. Maastricht, University of Maastricht, 1992 (Research for Healthy Cities Monograph Series, No. 2.).

93. EVERITT, A. Values and evidence in evaluating community health. *Critical public health*, 6(3): 56-65 (1995).
94. WANG, C. & BURRIS, M.A. Empowerment through photo novella: portraits of participation. *Health education quarterly*, 21(2): 171-186 (1994).
95. BAUM, F. & COOKE, D. Healthy Cities Australia. The evaluation of the pilot project in Noarlunga, S. Australia. *Health promotion international*, 7(3): 181-193 (1992).
96. CHARLES, C. ET AL. Involving stakeholders in health services research: developing Alberta's resident classification system for long-term care facilities. *International journal of health services*, 24(4): 749-761 (1994).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Araştırmalarında Nitel ve Nicel Yaklaşımlar Arasında Dönüşümsel İttifak

Sylvie Gendron

Giriş

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında araştırma ve değerlendirme; araştırmacıları, uygulayıcıları, onların çeşitli ortaklarını, araştırma konusunda uzman olan kişileri karmaşık olgular üzerinde düşünmeye (1,2), çok disiplinli bir bağlamda gelişmeye (3-5), bireyler ve toplumlara kendi refahlarını iyileştirmek (6,7) için araçlar sunmayı hedefleyen bir sürece katılmaya davet etmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin etki ve etkililiği konusunda daha geniş bir bakış açısına sahip olmak isteyen halk sağlığı yetkilileri ve fon sağlayan kuruluşların talepleri doğrultusunda daha da şekillenenen bu koşullar, kaçınılmaz olarak araştırmacıları da etkilemektedir. Daha belirgin olarak araştırmacılar, çalışmalarını planlarken ve yürütürken kendilerini genellikle nitel ve nicel yaklaşımların rolü ve bunların olası birleşimini tartışırken bulmaktadır. Sonuç olarak araştırma uygulaması, sorgulanmakta ve dönüşüme uğramaktadır.

Bu dönüşümün daha iyi anlaşılması için bu fasıl, son yirmi yılda program değerlendirmesi konusunda çalışan araştırmacıların, nitel ve nicel araştırma yaklaşımlarının birleştirilmesine ilişkin başlıca görüşleri üzerinde durmaktadır. Bu yaklaşımlar, farklı felsefelere başvurmaktadır. Nitel yaklaşımlar, daha çok yorumlayıcıdır; yapılandırıcı ve natüralist paradigmalara ilişkilendirilmektedir. Nicel yaklaşımlar ise analitiktir, gerçekçi ve pozitivist paradigmalara ilişkilendirilmektedir. Ayrıca yaklaşımlardan herhangi biri nitel ve nicel yöntemleri kullanabilir. Bu inceleme metodolojik konuların ötesine geçerek yaklaşımları sadece süreçler olarak değil, ayrıca amaçları ve temel görüşleri bakımından da inceler. Bu fasıl; araştırma uygulamasının, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerine göre şekillendirilmesi gerektiğini öne sürerek sona ermektedir.

Daha fazla tartışma için ortak bir zemin sunmak açısından, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının önemli öğeleri üzerinde duruyorum. Nitel ve nicel yaklaşımlar arasında olası bir uzlaşmaya işaret eden 3 bakış açısı sunuyorum. İlki, nicel ve nitel yaklaşımların karşılaştırılamazlığıdır. İkincisi, bu yaklaşımların tutarlı olduğunu ve aralarında ayırım yapmanın gereksiz olduğunu ima eden, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları arasındaki mevcut tartışmalardır. Üçüncüsü ise yaklaşımların, tamamlayıcı ihtiyaçların geliştirilmesi olarak görülmesidir. Bu yaklaşımları uzlaştırmak ve bunları dünyayı anlama düzeyini artırmak için kullanmak üzere harekete geçilmelidir. Bu bakış açısı, diğer 2 bakış açısından daha geniş bir vizyona sahiptir. Çelişkili bir biçimde, nitel ve nicel yaklaşımların karşılaştırılamaz nitelikte olduğunu kabul etmekle birlikte ikisinin de aynı anda kullanılmasından

yanadır. Sonunda bu durum, araştırma uygulamasını çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının ilkeleri ile uyumlu hâle getirebilir. Bu dönüşüm, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorisinin gelişimine yeni katkılar sağlayabilir ve bu da kendini tanımlama sürecinde disiplinin güvenilirliğini artırabilir.

Günümüzde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Fasıl 1, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin köklerini ayrıntılı bir şekilde ele almaktadır. Lalonde'in *A new perspective on the health of Canadians* (8) başlıklı çalışmasına ve iyi derecede sağlığa ulaşılmasının, yaşam biçimleri ve çevresel koşulların değiştirilmesini gerektirdiğinin anlaşılmasına rağmen (3); 1980'lerin sonuna kadar en fazla kullanılan tanım sadece "İyi derecede sağlığa ulaşmak için insanlara yaşam biçimlerini değiştirmede yardımcı olan bilim ve sanat"a değinmektedir (9). Bu nedenle nicel yaklaşımların yanı sıra biomedikal ve epidemiyolojik araştırma modelleri de başta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında baskın olmuştur. Burada amaç, riskli davranışları ve ilişkili faktörleri tespit etmek ve bunlara karşı hangi stratejilerin kullanılacağını belirlemektir (10). Ancak Lalonde'nin raporu, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulaması (7) için başlangıç noktası oluşturan Ottawa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nin (6) ortaya çıkmasına neden olan DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin bir dizi girişimi için temel olmuştur. Bu fasıl, DSÖ'nün "Bireylere ve toplumlara sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrolü artırmalarına ve böylece sağlıklarını iyileştirmelerine imkân verme süreci" şeklindeki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımını temel almaktadır (11).

Üç noktaya özellikle önem verilmesi gerekmektedir. İlk olarak sağlık kavramı karmaşık ve oldukça öznel bir kavramdır. Günlük yaşamın bir kaynağı olarak algılandığında, bir grup veya bireyin isteklerine ulaşma, ihtiyaçlarını karşılama ve çevreden kaynaklanan zorluklarla baş etme ölçüsüne atıfta bulunmaktadır (6). Dolayısıyla en iyi sağlık, bireyler ve çevreleri arasındaki dinamik etkileşimin ürünüdür. bireyler ve gruplar içinde geliştikleri bağlamdan çok büyük ölçüde etkilendikleri için bu kavram; sağlığın göreceli yapısını, karmaşıklığını ve öznelliğini vurgulamaktadır.

İkinci olarak sağlık, etkileşimleri karmaşık olan birçok belirleyiciye sahiptir. Ottawa Sözleşmesi (6); ekonomik, siyasi, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin tümünün sağlığı etkileyebileceğini öne sürmektedir. Böylesine çeşitli faktörlerin ele alınması, sağlıkta çevresel bir yaklaşım olarak görülebilir (12). Bu çoklu belirleyicilerin ve bunların birbirine bağlı olma durumunun daha iyi anlaşılması için araştırmacıların çeşitli disiplinlerden ortaklara başvurusu gerekmektedir. Dolayısıyla modern sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sadece sağlıklı alışkanlıklar ve yaşam biçimlerinin dikkate alınması ile kalmamakta; araştırmanın çok disiplinli bir bağlamda yürütülmesini desteklemektedir (13).

Son olarak tanımın özünde 2 karmaşık ve birbiriyle bağlantılı kavram vardır: birey ve toplumların katılımı ve güçlendirilmesi. Güçlendirme, hem bireyler hem

toplumlarla ilgili olabilir; araç veya amaç olabilir; nitel ve nicel değerlendirmeye tabi olabilir (14-16). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; katılım vasıtasıyla katılımcıların çevreleri ve çeşitli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi aktörleri dâhil diğerleri ile olan ilişkilerinin dönüşüm döngüsünü başlatır. Bu döngü ilerledikçe bu değişikliklerin yeni ortaklıklar kurulması vasıtasıyla gerçekleşmesi çok daha muhtemeldir. Çünkü sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki profesyonellerden; sağlığı etkileyen, birey ve toplumların güçlendirilmesine engel teşkil eden çeşitli menfaatler arasında daha aktif arabulucular olarak hareket etmeleri giderek daha fazla talep edilmektedir. Aslında alanda bilginin gelişmesine katkı sağlamak isteyen araştırmacıların, bu yeni ortaklık bağlamını dikkate almaları gerekmektedir. Böylece, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi öğretisi ve amaçlarını daha iyi dikkate almak için rollerini yeniden tanımlamaya başlarlar.

Sonuç olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki araştırmacılar karmaşık bir olguyu çalışmaktadır. Araştırmacılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, yeni ortaklıklar kurulmasını gerektiren bir bağlamda olduğunu, toplumları değiştirme çalışmalarına çeşitli disiplinlerin katkısını ve katılımlarını dikkate almalıdırlar. Bunlar, harekete geçmeye teşvik eden zorluklardır. Nitel ve nicel yaklaşımlara ilişkin 3 bakış açısı, araştırmacıların uygulamalarını değiştirerek bu zorluklarla nasıl baş edebileceklerini gösterebilir.

Karşılaştırılamazlık

Farklı olduğu düşünülen, ortak ölçüleri olmayan ögeler karşılaştırılamaz (17). Örneğin, maddi menfaatler manevi zorunluluklarla karşılaştırılamaz; her biri farklı bir şekilde ölçülür. Karşılaştırılamazlık konusu, nitel ve nicel yaklaşımların savunucuları arasındaki uzun tartışmaların bir parçasını oluşturmaktadır (18). Modern bilimsel kültürün yaygın bir şekilde yeniden düşünülmesi ve bilgiyi çoğulcu ve göreceli olarak gören bir bakış açısının ortaya çıkması, bu tartışmaya canlılık kazandırmış gibi gözükmektedir (19,20).

Tahminen tartışmanın özünde ilgili karşılaştırılmayan paradigmlar yer almaktadır. Ben, bunları Levy'nin sunduğu 2 bağlantılı eksene göre tasvir ediyorum (21): ontolojik (varlıkbilim), epistemolojik (bilgibilim), metodolojik ve teleolojik (amaçbilim). Karşılaştırılamazlığın savunucuları, bir paradigma oluşturmak için eksenler arasında ihtiyaç duyulan iç uyumun, farklı vizyonların bütünleşmesini dışladığını öne sürmektedir (22,23).

Thomas Kuhn; paradigmayı, teorilerin içinde test edildiği, değerlendirildiği ve gerekiyorsa revize edildiği bir dizi bilimsel ve metafiziksel inancı yansıtan genel kavramsal çerçeve olarak tanımlamaktadır (24). Paradigma; bir disiplindeki insanlara, meşru olduğu düşünülen sorular sormalarında, uygun teknik ve araçları tespit etmelerinde ve çalışılmakta olan olgu için açıklayıcı şemalar oluşturmalarında rehberlik eder. Dolayısıyla paradigma, birey veya grupların disiplinlerinin normal çalışmalarını tamamlamak için belli araştırma yönleri ve yaklaşımlarını tercih ettikleri

bir alan sunar (21,25,26). Paradigma kavramın kilit noktası, inanç kavramıdır. İnanç, bir paradigmanın seçilmesinde en önemli belirleyici unsurdur (18,21,23). Ancak buradaki zorluk, bir inanç sisteminin gerçekliği ve meşruluğu konusunda herhangi bir somut kanıt olmamasıdır. Kişilerin paradigma seçimi, değer ve inançlarına bağlıdır ve tarihi bağlamdan etkilenir.

Bu nedenle karşılaştırılmazlık konusu; araştırmacıları, uygulamalarına rehberlik eden paradigmaya geri götürür. Bu araştırma, çoğunlukla sırasıyla nitel ve nicel yaklaşım kullanıcıları tarafından seçilen yapılandırıcı ve gerçekçi paradigmaları ele alır.

Ontolojik eksen; gerçekliğin niteliğini, bileşimini ve yapısını ve mevcut varlıklar hakkında nelerin bilinebileceğini tanımlar (24): araştırma sürecinde fiziksel veya zihinsel olarak değişebileceği düşünülen bir dizi varlık veya özne (21). Yapılandırıcı ontoloji, çeşitli dünya görüşlerine ilişkin farklı algılamalar olduğunu kabul eder. İnsan kurgularının karmaşık ağı, bu durumu en iyi şekilde temsil etmektedir. Buna karşın gerçekçi ontoloji; tek bir bağımsız ve düzenli gerçek olduğunu ve bu gerçeğin öğelerinin, değiştirilemeyen doğa yasalarıyla yönetildiğini ve gerçeğin, tüm araştırma faaliyetlerinin nihai odağı olduğunu öne sürer.

Epistemiyolojik eksen, bilginin belirleyici özelliklerini, temel koşullarını ve yapısal sınırlarını ve insanların bilgiyi meşrulaştırmak için kullandıkları gerekçeleri tanımlar (24). Bu eksen, insanların sordukları soru türlerini gerekçelendirmelerine, dünyaya ilişkin vizyonlarını sınırlamalarına ve araştırma yaklaşımının sınırlarını belirlemelerine yardımcı olur (21). Yapılandırıcı paradigma; araştırmacının, yaratılan veya gözlemlenen olgudan ayrılamayan, nötr olmayan yaratıcı olduğu çoğulcu ve öznel epistemiyolojiden türer. Bu bağlamda bilgi, sürekli değişime tabi olan yapılandırılmış bir temsildir. Gerçekçi epistemiyoloji, ikili ve nesnel bir niteliğe sahiptir. Araştırmacı, nötr kalmak amacıyla gözlemlenen nesne veya çalışılan olgudan ayrı durmaya çaba gösterir. Bilginin, nedensel kanunlarla yönetilen bir dünyayı yansıtması beklenmektedir.

Metodolojik eksen, insanların dünyayı algılamak için kullandıkları ve insanların bulgular geliştirmelerine ve sonuçlar çıkarmalarına imkân veren yöntem, prosedür ve teknikleri tanımlar. Yapılandırıcı paradigma, parçaları etkilediği için bütünü de dikkate alarak ortaklık ve ilişki süreçlerine dayanan yöntemleri devreye sokar. Buradan da algılanan dünya görüşlerinin çeşitli temsilleri ortaya çıkar (27). Bu paradigmanın savunucuları, dünyada anlamı bulmaya çalışır ve projede yer alan çeşitli aktörlerle müzakere eder. Gerçekçi paradigma; tanımlamak, tahminde bulunmak ve kontrol etmek için bütünü parçalarına göre analiz etmek amacıyla indirgeyici çıkarımsal yöntemlere odaklanır. Gözlemlenebilir ve ölçülebilir gerçeklerle oynanması, uyum ve olası tekrarlarının gösterimi, gerçekçi ontoloji tarafından tek gerçeklik olduğu varsayılan doğal gerçeğin ifade edilmesinin önünü açar.

Son olarak teleolojik eksen, tüm doğanın veya en azından niyetli varlıkların, amaçlarına ulaşmak için kendi kendine organize olduğunu ifade eden felsefi bir doktrinden doğar (24). Levy (21), bu eksenin çok gerekli olduğunu ifade eder. Çünkü bu eksen, projelerin gelişim yolunu belirler ve dâhil olanların menfaatlerini ortaya çıkarır. Diğerlerinin yanı sıra, bilgi geliştirilmesinde ve müdahalede araştırmacıların neyi sorumluluk olarak algıladıklarını gösterir. Yapılandırıcı teleoloji; çoklu niyetleri ve bir projenin temelini oluşturan amaçları ve eş zamanlı olarak gerçekleşen bilgi oluşturma sürecini tespit etme, yorumlama ve bu sürece anlam verme gereksinimini vurgular. Araştırmacılar, projelerden çıkarılan anlam ve yorumlar ve projelerinin etkileri konusundaki sorumluluğu paylaşır. Araştırmacıların, ortaya çıkan bilginin kullanımı veya yanlış kullanımı için hesap vermeleri gerektiği düşünülür. Araştırmacılar, bu şekilde sadece bilgi üretmez; ayrıca dünya görüşlerinin değiştirilmesinde doğrudan rol oynar. Gerçekçi paradigma, nötrlük varsayımından dolayı bir çalışmanın, genellenebilen ve diğerleri tarafından kullanılabilen nesnel bilgi üretimi dışında bir amacı olmasından kaçınır. Bu durum, araştırmacı/üreticileri, kullanıcı/aktörlerden ayırır ve kullanıcı/aktörler için sorunlara neden olabilir. Bilgi üretim süreci, kullanıcı/aktörlerin çeşitli amaçlarını tamamıyla dikkate almadığı için sonuçlar kullanıcı/aktörler için kullanışsız olabilir.

Bir paradigmanın uyumu, bu eksenlerin birbirine bağlı olması ve ilgili alanlarının çakışmasının sonucudur. Bir eksenin yönelimi, belli bir paradigmatic alandaki diğer eksenleri konumlandırır. Örneğin, nicel yaklaşımda önemli bir role sahip olan ölçme uygulaması, amacına ulaşması için tek bir gerçeklik olduğu şeklindeki ontolojik varsayıma dayanmak zorundadır. Aksi takdirde tahmin ve yenilemeye olan bağlılık nasıl gerekçelendirilebilir? Ayrıca, gerçekliğin araştırmacılar tarafından bağımsız olduğu düşünüldüğü için ikili ve nesnel epistemiyolojiye başvurmak dışında pek de fazla seçenekleri yoktur.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları için karşılaştırılmazlığın etkileri nelerdir? Tartışma; bir taraftan paradigmatic varsayımlarını netliğe kavuşturmalarına ve ifade etmelerine, nitel ve nicel yaklaşımlar arasındaki olası uyumsuzluk kaynaklarını daha iyi anlamalarına yardımcı olurken diğer taraftan da farklı görüşlere sahip kişiler arasında bir güç mücadelesine neden olabilir. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çok disiplinli niteliğinin gerektirdiği çalışma ortaklığını kurmak zorlaşabilir ve araştırmacılar, çalışılmakta olan olgunun karmaşıklığını daha az kavrayabilir. Ancak daha önemli bir endişe kaynağı, teleolojik eksenin getirdiği çelişkidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırması; çoğunlukla denek ve projelerinden ayrı, tarafsız bir araştırmacı öngören, özünde nicel yaklaşıma dayanır. Bu tutumlara sahip olan bir araştırmacının, bireylerin ve toplumların sağlığına katkıda bulunması amaçlanan bir değişimde yer almak için çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çağrısına cevap verme olasılığı, nitel bir yaklaşım kullanan bir araştırmacıya göre daha düşüktür.

Kısaca yaklaşımları karşılaştırılmaz olarak adlandırmak bir çıkmaza neden olur. Ancak nitel bir yaklaşımı, araştırmacının uygulamasını çağdaş sağlığın teşviki ve

geliştirilmesinin sahip olduğu öğreti ve amaçlar ile daha kolay bir şekilde uyumlu hâle getirir. Uyum bakış açısı, değişmez ikilik konusunu ele almaya çalışır.

Uyum

Birçok yazar, karşılaştırılamazlık tartışmasının yaklaşımlar arasındaki farklılıkları abarttığını ve ayrıca paradigmlar ve aşılması gereken klişeler arasında sahte bir ayırım yarattığını öne sürmektedir (28-31). Shadish (32) tartışmaya “paradigmizm” adını vermekte ve bunun uygulamada çok da faydalı olmadığını düşünmektedir. Reichardt ve Rallis (33) nitel ve nicel yaklaşımların, tartışmada yansıtıldığından çok daha fazla ortak noktası olduğunu öne sürmektedir. Her 2 yaklaşımın savunucuları, dünya görüşlerinin karmaşıklığının farkındadır; araştırmada kesin bir yaklaşım ihtiyacını kabul eder ve insanların dünya görüşlerinin gerçekliği algılayışlarını yapılandırıldığını bilir (Nicel yaklaşımı destekleyenler, gerçekliğin yapılandırılmış anlayışı kavramını kabul edebilir. Çünkü bu kavram, tek bir gerçekliğin varlığını vurgular. Ancak nitel yaklaşımın taraftarları öznenin dış, bağımsız gerçekliğini inkâr ederse Reichardt ve Rallis (33), yaklaşımların kesinlikle karşılaştırılamaz olduğunu kabul eder).

Yöntemler konusu, yaklaşımların uyumu tartışmasının özünü oluşturmaktadır. Metodolojik seçimler sadece temel ontolojik ve epistemiyolojik düşüncelere dayanmamaktadır; ayrıca çalışılmakta olan olgunun özelliklerine ve bağlama da bağlıdır (28-30). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında değerlendirilen proje ve programların karmaşıklığı ve eldeki çeşitli konuları anlamak için kullanılabilecek birçok yöntem dikkate alındığında bu argüman, alandaki çok çeşitli teknik ve siyasi düşüncelerle devamlı yüz yüze olan araştırmacıların gündemindedir (1,18,34). Araştırmacılar, mevcut kaynaklar ve kendi becerilerinin koyduğu sınırlar dâhilinde hem çalışmalarının hedeflerine hem de yerel koşullara en uygun olan yöntemleri seçme ve birleştirme gerekliliğini karşılamak zorundadır. Bu görevi etiketlemek için farklı tanımlar kullanılmaktadır: *eleştirel çoğulculuk* (35), *seçim paradigması* (36) ve *metodolojik plüralizm* (31,37). Diğer isimler, uygun metodoloji kavramından türeyen (2) *uygun metodoloji kavramı* ve *metodolojik ekümenlik* (38) ve *teknik seçmeciliktir*. (18).

Uyum bakış açısı, elde edilen bilgiyi ölçmek için çoklu yöntemlerin, nitel veya nicel, birleştirilmesi uygulamasını kullanmaktadır. Campbell ve Fiske (39) ilk önce üçgenleme (triangulation) kavramını ortaya koymuştur. Psikolojik özellikleri (nicel olarak) ölçmek için birden fazla yöntem kullanmışlardır. Böylece tespit edilen varyansın, ölçme prosedürünün değil çalışılmakta olan nesneden kaynaklanan bir çıktısı olduğundan emin olurlar. Denzin (40), sonradan bu kavramın, sosyal bilim araştırmasında çoklu uygulamasını örneklemiştir. Üçgenleme kavramı şu anda nicel ve nitel yöntemlerin doğasında bulunan hataları iptal etmek ve sonuçta çalışılan nesnenin en iyi tanımını elde etmek amacıyla farklı nitel veya nicel yaklaşımların ortak kullanımını tanımlamaktadır. Ayrıca yenilenen ölçümler vasıtasıyla üçgenleme tarafından kullanılan çoklu yöntem yaklaşımı, sonuçların uyumlu olması şartıyla neticelerin daha fazla geçerli olması anlamına gelmektedir.

Metodolojik pluralizm, belli bir ölçüye kadar, nitel araştırma yöntemlerinin kabul görmesini kolaylaştırmıştır. Campbell (41), nicel bilmenin nitel bilmeye bağlı olduğunu önerdiğinde nitel bilgiyi (sağduyu bilgisi) tüm nicel bilginin temeli olarak göstererek bu kabul edişi meşrulaştırmıştır. Nitel yöntemlerin, daha gelişmiş nicel ölçüler için birincil ölçülerini sağladığını, nitel verinin yorumlanmasına izin verdiğini, geçerliliklerine yönelik çeşitli tehditleri araştırdığını ve rakip hipotezlerin ortadan kaldırılmasında bir rol oynadığını öne sürmektedir. Ayrıca nitel veri, bir çalışmanın genellenebilirliğinin sınırlarının konması açısından da faydalıdır (42).

Bu terimler açıklandıktan sonra nitel yaklaşımların her ne kadar nicel yaklaşımlarla uyumlu olduğu düşünülse de nitel yaklaşımlara çoğunlukla ikincil bir rol veriliyor gibi gözükmektedir (1,2,25,41). Tabii ki nicel yaklaşımlar; örneğin, bir örneklem çerçevesinin oluşturulmasına imkân vererek birincil nitel çalışmaların uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Ancak bu oldukça nadirdir (43). İlginç bir şekilde 1986 ve 1995 yılları arasında yayımlanan, nitel ve nicel yaklaşımların birlikte kullanılmasını raporlayan halk sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarına ilişkin internette yapılan araştırma, metodolojik pluralizmin yaygın bir şekilde kullanıldığına işaret etmiştir (44-49). Bekleneceği üzere, bu araştırma; aynı zamanda asıl amacı nicel veri üretilmesi ve nitel verinin anlaşılması olan çalışmaların belirgin bir biçimde baskın olduğunu göstermiştir. Örneğin, *Health education quarterly* dergisinin özel bir sayısında, 7 makalede tartışılan nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin entegrasyonuna ilişkin çalışmalardan (48), 2 tanesi nicel ölçü ve araçlar geliştirmede yardımcı olmak üzere nitel yaklaşımları kullanmıştır (50,51) ve 3 tanesi nicel veriyi yorumlamak ve kavramsallaştırmak için nitel yaklaşımlar kullanmıştır (52-54). Benzer şekilde ister gösterim ister yayma aşamalarında olsun, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesi, genellikle yorumları zenginleştirmek ve nicel ölçülerini geçerli kılmak için nitel yöntemleri kullanıyor gibi gözükmektedir (55,56). Nitel verinin değeri kabul edilmekle birlikte, geniş çaplı toplum temelli programların değerlendirilmesinin organizasyonu, nitel yöntemlerin kullanılmasını engelleme eğilimindedir. Çünkü nitel yöntemler çoğunlukla doğrudan gözlem ve katılımcılarla irtibat gerektirmektedir. Bu, uygulanabilirlik açısından ve ekonomik açıdan çok da elverişli değildir (55).

Nicel verinin tartışma götürmeyecek önemi dikkate alındığında, nicel ve nitel yaklaşımlar ne kadar uyumludur? Nitel yöntemler, nicel yöntemlerin hizmetindeymiş gibi görüldüğü için aralarında uyumlu bir denge olduğu varsayımı kafa karıştırıcıdır. Bu 4 konunun daha açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

İlk olarak paradigmatik tartışmanın reddedilmesi, bunların ikincil derecede öneme sahip olduğunu veya bir şekilde çözülmüş olduğunu öne sürmektedir (57). Tersine, metodolojik pluralizm, Cartesian bilimi olgularına uygun olarak nicel yaklaşımı destekliyor gibi gözükmektedir. Nicel yöntemlerin egemenliği (41,58), tek bir temel gerçeği daha iyi tasvir etmek için üçgenlemeye atfedilen önemli rol (31) ve temel motivasyon unsuru olarak bilgi üretimi (33); nitel yaklaşımın gelişimi için yeterli ortamı sağlamamaktadır.

İkinci olarak üçgenleme kavramı; farklı yöntemlerin aynı önyargılara sahip olmadığı ve bu çeşitli önyargıların bir şekilde diğerini iptal edebileceği varsayımına dayanmaktadır. Bu, henüz teyit edilmemiştir (59). Ayrıca farklı paradigmatik önermelere dayanan yöntemlerin üçgenlenmesi, belli bir olgunun aynı yönlerinin araştırılmasına izin vermez (28,38). Üçgenleme, en iyi ihtimalle bir geçerlilik ölçütü sunmaktan ziyade yorumların sınırlarının belirlenmesine yardımcı olur (43,60,61).

Üçüncü olarak metodolojik pluralizm, kabul edilecek kalite standartlarını açıkça tartışmadan, tüm mevcut yöntemlerin kullanılmasına izin verir. Tüm yöntemlerin kalite standartları aynı mıdır? Araştırmacılar, eldeki çeşitli yöntemler ve teknikler arasından en iyi yöntem ve teknikleri seçmek için ne yapmalıdır? (18,28)

Son olarak uygunluk bakış açısı; birçok disiplinin, karmaşık konuların çalışmasına katkı sağlamasının önünü açsa da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırması için özel bir kaygıyı gündeme getirmektedir: paradigma tartışmasından kaçınma ve teleolojik sorular sormaktan kaçınan yöntemlere daha fazla odaklanma. Aslında önermeleri, metodolojik pluralizmi savunan araştırmacılar için hâlâ bir ilham kaynağı olan 17. yüzyıl bilimsel devrimi, bu Aristocu kavramı ortadan kaldırmıştır (62). Bu nedenle uyum tartışması, katılım ve güçlendirme fikirlerinden doğan dönüşüm için dar bir alan bırakmaktadır. O hâlde araştırmacılar; uygulamalarını, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ilkeleri ile nasıl uyumlu hâle getirebilir?

Sonuç olarak uyumu tartışmak, karşılaştırmazlığı savunmak gibi bir çıkmaza götürmektedir. Karşılaştırmazlık, nitel ve nicel yaklaşımlar arasında bir ikililiği teşvik etmektedir. Uyum, nitel yaklaşımların nicel yaklaşımlar karşısındaki ikincil rolünü saklarken bu ikililiği çözme konusunda başarısız olmaktadır. Bu nedenle ikilikten, ikiliğin bileşenlerini tutan bir asimilasyona doğru bir eğilim ortaya çıkmaktadır. Bunun sonucunda geri bildirim döngüsü doğmakta ve geri bildirim döngüsü de tamamlayıcılık kavramını ortaya çıkarmaktadır (63).

Tamamlayıcılık

Fransız filozof Edgar Morin (63) karmaşıklık paradigmasının geliştirilmesi için çağrıda bulunurken karşılaştırmazlık konusunun yeniden incelenmesini önermektedir. Çünkü bu durum, yeni fikir ve içgörülerin önünü açabilir. Buradan her olgunun özünde, tamamen farklı, hatta zıt olgularda bile, öğelerin etkileştiklerine işaret eden tamamlayıcılık kavramı ortaya çıkmaktadır (Morin, dalga ve parçacıklardan oluşan ışığı örnek olarak vermektedir. Çok farklı olmalarına rağmen aynı olgunun parçasıdırlar ve olguyu zıt taraflarda temsil etmektedirler). Morin, bu çelişkileri inkâr etmenin veya hafife almanın, yeni bilginin gelişimini kısıtladığını öne sürmektedir. Bu nedenle karşılaştırmazlık konusunda, insanların dünyayı anlama ve değiştirme serüveninde ortaya çıkan birçok çelişkinin zenginliğinden faydalanan yeni bir düşünme biçimi önermektedir. Reichardt ve Rallis (33) doğrudan böylesi terimlere değinmeseler de nitel ve nicel yaklaşımlar arasında yeni bir ortaklık ve hatta her bir yaklaşımın tam anlamıyla değer gördüğü ve kullanıldığı yeni bir paradigma (64) için

çağrı yapmaktadır. Bu durum, yaklaşımların tamamlayıcılığı konusundaki diyalogun temelini oluşturmaktadır.

Aynı zamanda çokparadigmali araştırma (66) olarak da adlandırılan karma metodolojili araştırma tasarımı (65), nitel ve nicel yaklaşımların potansiyelinin farkında olarak yaklaşımların tamamlayıcılığı üzerinde oynamaktadır. Karma metodolojili araştırma tasarımı; araştırmacıların, kararlarına rehberlik eden önermeleri genel hatlarıyla belirtirken araştırma sürecinin her bir adımında nitel ve nicel yaklaşımları birleştirmelerine imkân vermektedir. Ancak paradigmaların bu şekilde birleştirilmesi, paradigmaları birbiri içinde eritmekten ziyade birbirine karıştırmaktadır. Her bir paradigmayı oluşturan ögeler, ayrı ve işlevsel olmaya devam etmektedir. Bu yaklaşım, bir çalışmanın kapsamının genişlemesine ve bir olgunun farklı yönlerinin incelenmesine imkân vermekte ve yeni bakış açıları ve bilgi doğurabilecek çelişkilerin ortaya çıkmasını teşvik etmektedir. İki farklı yaklaşımı bilme ve birleştirme ihtiyacı, böylesi araştırma tasarımlarının geliştirilmesi ve uygulanmasını karmaşık hâle getirebilir. Başarısızlık, 2 farklı ama bağlantılı çalışmanın aynı anda yürütülmesi sonucunu doğurur. Burada, bağlantıların araştırmacılarca yeterince açıklanamaması veya hatta çeşitli paydaşlarca tespit edilmemesi gibi bir risk vardır (28,43). Bu nedenle araştırmacılar, her bir çalışmanın bir sonraki çalışma için bir sıçrama tahtası işlevini gördüğü, sıralı, etkileşimli bir yaklaşım kullanmayı tercih etmelidir (59). Şu anda ne yazık ki bu tür araştırma konusundaki tecrübe; yürütme şekli veya uygulama standartları konusunda net bilgi veremeyecek kadar sınırlıdır.

Bu durum, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları için bir zorluk teşkil etmektedir. Bu zorlukla başarılı bir şekilde başa çıkmaları; uygulamalarının, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ilkeleri ile uyumlu hâle gelmesini sağlayabilir. Araştırmacılar, karmaşık konularla uğraşır ve çok disiplinli bir bağlamda gelişirler. Bu yüzden araştırmacıların hem nicel hem de nitel yaklaşımların çeşitli ilke ve süreçlerini anlamaları gerekmektedir. Bu durum, nitel ve nitel yaklaşımların birbirini tamamlayacak şekilde kullanılmasını destekleyen yeni, çok paradigmatlı araştırma tasarımlarının geliştirilmesi ve test edilmesi için mükemmel bir fırsat sunmaktadır. Böylelikle çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları, uygulamalarını disiplinin değişen terimleri ile uyumlu hâle getirebilecekleri ve orijinal bilginin önünü açacak yeni araştırma modellerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilecekleri bir konuma gelmektedir. Örneğin, sağlığın belirleyicilerinden biri olarak güçlendirme kavramı konusunda araştırma, hâlihazırda çeşitli nitel ve nicel yaklaşımlar gerektirmektedir. Bu yaklaşımların bütünleştirilmesi, bu karmaşık kavramın daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Ancak bu güçlüklerle baş edilmesi için sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüştürücü çalışmalarda araştırmacının rolünün netleştirilmesi gerekmektedir. Burada yine teleolojik soru ortaya çıkmaktadır. Araştırmacılar, proje ve faaliyetlerinin asıl amacını net bir şekilde belirtmelidir.

Dönüşümün Peşinde

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasının amacı ne olmalıdır? Bilgi geliştirilmesi ve üretimi (nicel yaklaşımın nihai hedefi) mi yoksa dünya görüşlerinin değişimi (nitel yaklaşımın nihai hedefi) mi? Tamamlayıcılık bakış açısından, birlikte var olma, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramlarının ışığında belli bir öneme sahip olsa da bu çalışmalar birlikte var olmaktadır. Bilgi üretimi, belli bir dereceye kadar gereklidir. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında yeterli bir amaç değildir (67-69). Katılım ve güçlendirme kavramları, değişim amaçlayan siyasi bir gündem barındırmaktadır. Çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gündemine katkıda bulunmak için araştırmacılar, katılımcı araştırma geleneklerine (70-72) (bk. Fasil 4) uygun olarak kendi yeni çok paradigmalı araştırma modellerini geliştirmeyi seçebilir. Örneğin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında yeni içgörüler getiren, katılım vasıtasıyla bireylerin ve toplumların güçlendirilmesine katkıda bulunan ve böylece yaşam koşullarının iyileşmesini sağlayan başarılı bir yaklaşım, Brezilyalı eğitimci Paulo Freire'in (73-76) katılımcı eylem araştırması metodolojisine dayanmaktadır. İlginç bir şekilde böylesi yaklaşımlar; araştırmacının rolünü, çeşitli aktörlerin olduğu bir ortamda bir ortak olarak yeniden tanımlamaktadır. Bu tanım, Ottawa Sözleşmesi'nde (6) sağlığın teşviki ve geliştirilmesi aktörleri için önerilen yeni rol tanımı ile benzerlik göstermektedir.

Tamamlayıcı bakış açısı üzerinde daha fazla düşünülmesi, araştırma uygulamalarının çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ilkeleri ile uyumlaştırılmasının önünü açmaktadır. Karmaşıklıkla başa çıkmak, çeşitli disiplinlerin katkılarını entegre etmek ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değişim yönündeki çalışmasını desteklemek için katılımcı araştırma bakış açısı bünyesinde yeni çok paradigmalı araştırma tasarımlarının geliştirilmesini de beraberinde getirmektedir.

Sonuç: Bekleyen Zorluklar

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları, nitel ve nicel yaklaşımların farklı katkılarını düşündüklerinde birçok soru ile yüz yüze kalmaktadır. Bu sorulara cevap bulma girişimleri, uygulamalarını kaçınılmaz olarak değişime uğratmaktadır. Araştırmacılar, disiplinlerinin temellerini güçlendirmek ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinde daha fazla güven kazanmak istiyorlarsa bu dönüşüm, çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ilkeleri ile uyumlu olmalıdır.

Parametrelerini ve uygulama koşullarını belirlemek ve çeşitli çalışma çıktılarının değerini tespit etmek amacıyla kriter ve kalite standartları belirlemek için yeni çok paradigmalı araştırma tasarımları üzerinde çalışma ve bunları tecrübe etme zamanı gelmiştir. Bu durum, nitel ve nicel yaklaşımların kullanılması konusunda daha derinlemesine bilgi ve uzmanlık sağlanması ve araştırmacıların, çeşitli ortaklarına kıyasla rol ve misyonlarının netleştirilmesi amacıyla araştırma ve değerlendirmenin temel amaç ve niyetinin daha yakından incelenmesi için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacılarının almış oldukları eğitimin uyarlanmasını gerektirmektedir.

Oldukça pragmatik bu nedenlerin ötesinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları, tamamlayıcılık tartışması üzerinde düşünmeye ve tartışmaya katkıda bulunmaya devam etmelidir. Araştırmacılar; tamamlayıcılık tartışmasını, araştırma ve değerlendirme uygulamalarını yenilemek için kullanarak karşılaştırılamayan yaklaşımları birleştirmek ve farklı veya tutarsız çalışma çıktılarını işlemek için benzersiz bir beceri kazanabilir. Araştırmacılar böylesi bir fırsatı kaçırmamalıdır.

Kaynaklar

1. BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative debate. *Social science and medicine*, 40(4): 459-468 (1995).
2. McKINLAY, J.B. The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy. *Social science and medicine*, 36: 109-117(1993).
3. BUNTON, R. & MACDONALD, G., ED. *Health promotion: disciplines and diversity*. London, Routledge, 1992.
4. KICKBUSCH, I. Health promotion: a global perspective. *Canadian journal of public health*, 11: 321-326 (1986).
5. TILFORD, S. & DELANEY, F.F. Editorial. Qualitative research in health education. *Health education research*, 7: 451-455 (1992).
6. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
7. ROBERTSON, A. & MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health education quarterly*, 21: 295-312 (1994).
8. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information, 1974.
9. O'DONNELL, M. Definition of health promotion. *American journal of health promotion*, 1: 4-5 (1986).
10. MINKLER, M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. *Health education quarterly*, 16: 17-30 (1989).
11. NUTBEAM, D. *Health promotion glossary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP/HBI 503 (GO 4)).
12. McLEROY, K.R. et al. An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15: 351-377 (1988).
13. GREEN, L. W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, Mayfield, 1991.
14. ISRAEL, B.A. ET AL. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health education quarterly*, 21: 149-170 (1994).
15. PURDEY, A.F. ET AL. Participatory health development in rural Nepal: clarifying the process of community empowerment. *Health education quarterly*, 21: 329-343 (1994).
16. WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*, 6: 197-205 (1992).
17. LALANDE, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophic*. Paris, Quadriga/Presses Universitaires de France, 1993.
18. KRANTZ, D.L. Sustaining vs. resolving the quantitative-qualitative debate. *Evaluation and program planning*, 18: 89-96 (1995).
19. EISNER, W.E. The meaning of alternative paradigms for practice. In: Guba, E.G., ed. *The paradigm dialogue*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 88-102.
20. PHILLIPS, D.C. Postpositivistic science: myths and realities. In: Guba, E.G., ed. *The paradigm dialogue*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 31-45.

21. LEVY, R. Croyance et doute: une vision paradigmatique des methodes qualitatives. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*, 1: 92-100 (1994).
22. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 105-117.
23. LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. *Naturalistic enquiry*. Thousand Oaks, Sage, 1985.
24. AUDI, R., ed. *The Cambridge dictionary of philosophy*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
25. FILSTEAD, W.J. Qualitative methods: a needed perspective in evaluation research. In: Cook, T. & Reichardt, C, ed. *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1979, pp. 33-48.
26. PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage, 1980.
27. LEVY, R. Critical systems thinking: Edgar Morin and the French school of thought. *Systems practice*, 4: 87-99 (1991).
28. BRYMAN, A. Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In: Brannen, J., ed. *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot, Avebury, 1992, pp. 57-77.
29. HAMMERSLEY, M. Deconstructing the qualitative-quantitative divide. In: Brannen, J., ed. *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot, Avebury, 1992, pp. 39-55.
30. REICHARDT, C. & COOK, T. Beyond qualitative versus quantitative methods. In: Cook, T. & Reichardt, C, ed. *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1979, pp. 7-32.
31. SECHREST, L. & SIDANI, S. Quantitative and qualitative methods: is there an alternative? *Evaluation and program planning*, 18: 77-87 (1995).
32. SHADISH, W.R. The quantitative-qualitative debates: "DeKuhnifying" the conceptual context. *Evaluation and program planning*, 18: 47-49 (1995).
33. REICHARDT, C.S. & RALLIS, S.F., ED. *The qualitative-quantitative debate: new perspectives*. San Francisco, Jossey-Bass, 1994.
34. BRANNEN, J. Combining qualitative and quantitative approaches: an overview. In: Brannen, J., ed. *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot, Avebury, 1992, pp. 3-37.
35. COOK, T.D. & MACDONALD, M. Postpositivism critical multiplism. In: Shortland, L. & Mark, M.M., ed. *Social science and social policy*. Beverly Hills, Sage, 1985, pp. 21-62.
36. PATTON, M.Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park, Sage, 1987.
37. McLEROY, K. ET AL. Editorial. *Health education research*, 7: 1-8 (1992).
38. HALDEMANN, V. & LEVY, R. Oecomenisme methodologique et dialogue entre paradigmes. *Canadian journal on aging*, 14: 37-51 (1995).
39. CAMPBELL, D.T. & FISKE, D.W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin*, 59: 81-105 (1959).
40. DENZIN, N.K. *The research act in sociology: a theoretical introduction to*

- sociological methods*. London, Butterworths, 1970.
41. CAMPBELL, D.T. Qualitative knowing in action research. *In*: Brenner, M. et al., ed. *The social contexts of method*. London, Croom Helm, 1978, pp. 184-209.
 42. CRONBACH, L.J. Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American psychologist*, 2: 116-127 (1975).
 43. BRYMAN, A. *Quantity and quality in social research*. London, Unwin Hyman, 1988.
 44. CAPARA, A. ET AL. The perceptions of AIDS in the Bete and Baoule of the Ivory Coast. *Social science and medicine*, 36: 1229-1235 (1993).
 45. CAREY, J.W. Linking qualitative and quantitative methods: integrating cultural factors into public health. *Qualitative health research*, 3: 298-318(1993).
 46. DENNIS, M.L. ET AL. Integrating qualitative and quantitative evaluation methods in substance abuse research. *Evaluation and program planning*, 17: 419-427 (1994).
 47. STECKLER, A. The use of qualitative evaluation methods to test internal validity: an example in a work site health promotion program. *Evaluation and the health professions*, 12: 115-133 (1989).
 48. STECKLER, A. ET AL. Integrating qualitative and quantitative methods. *Health education quarterly*, 19(1): 46 (1992).
 49. YACH, D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Social science and medicine*, 35: 603-612 (1992).
 50. BAUMAN, L.J. & ADAIR, E.G. The use of ethnographic interviewing to inform questionnaire construction. *Health education quarterly*, 19(1): 9-23 (1992).
 51. DE VRIES, H. ET AL. The utilization of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation, and evaluation: a spiral approach. *Health education quarterly*, 19(1): 101-115 (1992).
 52. GOTTLIEB, N.H. ET AL. The implementation of a restrictive worksite smoking policy in a large decentralized organization. *Health education quarterly*, 19(1): 77-100 (1992).
 53. HELITZER-ALLEN, D.L. & KENDALL, C. Explaining differences between qualitative and quantitative data: a study of chemoprophylaxis during pregnancy. *Health education quaterly*, 19(1): 41-54 (1992).
 54. HUGENTOBLE, M.K. ET AL. An action research approach to workplace health: integrating methods. *Health education quarterly*, 19(1): 55-76 (1992).
 55. PIRIE, P.L. ET AL. Program evaluation strategies for community-based health promotion programs: perspectives from the cardiovascular disease community research and demonstration studies. *Health education research*, 9: 23-36 (1994).
 56. POTVIN, L. Methodological challenges in evaluation of dissemination programs. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S79-S83 (1996).
 57. GLASSNER, B. & MORENO, J.D. Quantification and enlightenment. *In*: Glassner, B. & Moreno, J.D., ed. *The qualitative-quantitative distinction in the social sciences*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1989, pp. 1-13
 58. CAMPBELL, D.T. Can we be scientific in applied social science? *In*: Connor, R.F.

- et al., ed. *Evaluation Studies Review Annual*, Vol. 9. Beverly Hills, Sage, 1984, pp. 26-48.
59. BLAIKE, N.W.H. A critique of the use of triangulation in social research. *Quality and quantity*, 25: 115-136 (1991).
 60. FIELDING, N.G. & FIELDING, J.L. *Linking data*. Beverly Hills, Sage, 1986 (Qualitative Research Methods, Vol. 4).
 61. HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. *Ethnography: principles in practice*. London, Tavistock Publications, 1983.
 62. CHECKLAND, P. *Systems thinking, systems practice*. Chichester, John Wiley & Sons, 1981.
 63. MORIN, E. *Science avec conscience*. Paris, Fayard, 1982.
 64. DETTA, L. Paradigm wars: a basis for peaceful coexistence and beyond. In: Reichardt, C.S. & Rallis, S.F., ed. *The qualitative-quantitative debate: new perspectives*. San Francisco, Jossey-Bass, 1994, pp. 53-70.
 65. CRESWELL, J.W. *Research design: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
 66. LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. RSVP: we are pleased to accept your invitation. *Evaluation practice*, 15: 179-192 (1994).
 67. EAKIN, J.M. & MACLEAN, H.M. A critical perspective on research and knowledge development in health promotion. *Canadian journal of public health*, 83(Suppl. 1): S72-S76 (1992).
 68. POLAND, B. D. Learning to "walk our talk": the implications of sociological theory for research methodologies in health promotion. *Canadian journal of public health*, 83(Suppl. 1): S31-S46 (1992).
 69. STEVENSON, H.M. & BURKE, M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Health promotion international*, 6: 281-289 (1991).
 70. WHYTE, W.F. *Participatory action research*. Thousand Oaks, Sage, 1991.
 71. REASON, P., ED. *Participation in human inquiry*. London, Sage, 1994.
 72. GREEN, L.W. ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory re-search in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
 73. FREIRE, P. *Education for critical consciousness*. New York, Continuum Press, 1983.
 74. FREIRE, P. *Pedagogy of the oppressed*. New York, Continuum Press, 1988.
 75. MINKLER, M. & COX, K. Creating critical consciousness in health: application of Freire's philosophy and methods to the health care setting. *International journal of health services*, 10: 311-322 (1980).
 76. WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health education quarterly*, 15(4): 379-394 (1988).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Yaşam Kalitesi Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Dennis Raphael

Genel Bakış

Yaşam kalitesi kavramı, ancak yakın geçmişte DSÖ'nün sağlık (1) ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi (2) ve herkes için sağlık vizyonlarına (3) uygun olarak çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımları bünyesinde düşünülmüştür. Bu tanımlama gereklidir; çünkü engellilik ve yaşlanma (4) alanlarında sağlık çalışanları ve bakım hizmetleri çalışanlarının yaşam kalitesine olan ilgilerinde son zamanlarda meydana gelen büyük artış, kolaylıkla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili olarak görülebilir. Sosyal göstergeler geleneği alanında çalışanlar arasında yaşam kalitesine sürekli vurgu yapılması, bu kavramsal kargaşayı daha da karmaşık hâle getirmektedir. Sosyal göstergeler yaklaşımı, sağlık veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesinden değil sosyal politika ve kalkınma literatüründen doğsa da modern sağlığın teşviki ve geliştirilmesine çok şey sunmaktadır.

Çoğu insan, sağlık ve yaşam kalitesi arasındaki sınırları tartışmaktadır. Michalos (5), sağlık alanında çalışan profesyonellerin sağlığı, kaliteli bir hayat sürmek için bir gereklilik olarak görürken örneğin, sosyal destek veya mali güvenliğe odaklanan kişilerin yaşam kalitesini, sağlık durumu ve çıktıların bir habercisi olarak kullandıklarını öne sürmektedir. Birleşmiş Milletler Başkanlık Komisyonu'nun 1952 yılındaki Sağlık İhtiyaçları Raporu'nda olduğu gibi (5) bazı durumlarda yüksek kaliteli yaşamın teşvik edilmesi ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi birbirinden ayrılamamaktadır. Rootman (6) ile Raeburn ve Rootman (7), yaşam kalitesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi arasındaki ilişkiyi çalışmıştır. Yaşam kalitesi ve sağlığın kaynakları farklıdır. Yaşam kalitesinin kaynağı, sosyal bilimlerin iken ve örnek derecede iyi olan ile kötü olan arasında değişen fonksiyon seviyeleri ile ilgiliyken, sağlığın temelinde mortalite ve morbidite konuları yer almaktadır. DSÖ'nün yakın zamanlardaki günlük yaşam kaynağı şeklindeki sağlık tanımına rağmen bu ayrım geçerli olmaya devam etmektedir. Aslında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve yaşam kalitesi birbirini tamamlamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olarak görülebilirken yaşam kalitesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tercih edilen çıktısı olarak görülebilir.

Bu fasıl, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesine ilişkin konuları ve ilgili sağlık göstergeleri ve sosyal göstergeler konularını ele almaktadır. Çağdaş sosyal bilimlerin ve sağlık bilimleri alanlarında yaşam kalitesinin temelleri kısaca gözden geçirildikten sonra sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaşam kalitesi girişimleri üzerinde etkisi olan yeni konular gözden geçirilmekte ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi edilmesi uygulayıcılarının, çağdaş literatürde karşılaşması muhtemel yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili çeşitli

kavramları üzerinde durulmaktadır. Sağlık ve refah ile kavramsal olarak ilgili olan göstergeler vurgulanarak sosyal göstergeler geleneğinin katkıları sunulmaktadır. Bu fasılda, her 2 yaklaşımın kavramsal kökleri ve ilgili değerlendirme konuları ele alınmaktadır.

İki model, DSÖ tanımları çerçevesinde çalışan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları için doğrudan ilgilidir: Bengt Lindström, Kuzey Ülkeleri Halk Sağlığı Okulu (Nordic School of Public Health) ve Rebecca Renwick, Ivan Brown, Irving Rootman ve Dennis Raphael, Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nin tanımları. Tartışma, başlıca değerlendirme konuları ve sorunlarını ve bunlara cevap verme seçeneklerini ele almakta ve bu modellere dayanan ve bu modelleri genişleten bir toplum projesi sunarak sona ermektedir.

Yaşam Kalitesinin Niteliği ve Entelektüel Temelleri

Yaşam kalitesi, antik çağlardan beri insanlar için önemli bir konu olmakla birlikte sosyal bilimlerin konuya ilişkin araştırması, Thorndike'nin şehirlerdeki yaşama ilişkin çalışmasının (8) ardından ön plana çıkmıştır. Kavram, literatürde uzun bir geçmişe sahip olsa da kavramların nasıl tanımlanacağı ve ölçüleceğine ilişkin tartışma, kavramın kullanıldığı her disiplinde sürmektedir (9). Mutabakat sağlanamaması, kavramın karmaşık olmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesi, sosyal ve siyasi eğilim ve politikaların (10) etki ve manipülasyonuna açık hâle getiren sezgisel bir öneme sahiptir ve çok çeşitli bağlamlarda kullanılmaktadır (11). Yaşam kalitesi, “temel anlamı herkes tarafından anlaşılabilen ancak insanların yaşamı ile ilgili olduğunda farklı şekillerde yorumlanan” sosyal bir yapıdır (12).

Yakın geçmişe kadar sosyologlar, psikologlar ve ekonomistler yaşam kalitesine ilişkin ampirik araştırmada baskındı. Ancak sağlık çalışanları arasında, kavrama olan ilgi konusunda bir büyük artış olmuştur. Bu farklı yaklaşımlar, başka bir yerde enine boyuna tartışılmakla birlikte (13) sağlıkla ilgili yaklaşımların çoğu, kötü sağlığın ve bağlantılı tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Bu yaklaşımlar, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (2) veya Kanada İleri Araştırmalar Enstitüsü (Canadian Institute for Advanced Research) (14) gibi toplum temelli sağlık girişimleri çerçevesinde çalışan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları için çok da çekici değildir.

Böylesi bir çalışma, sağlığın daha geniş belirleyicilerini ele almaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesine ilişkin çalışmanın, toplum ve sağlığı destekleyen veya sağlığa zarar veren sosyal faktörlere odaklanması beklenebilir. İlginç bir şekilde sosyal göstergeler alanındaki çalışma, öncelikle bu faktörleri tespit etmeye çaba göstermiştir. Ancak yakın geçmişe kadar göstergeler özellikle sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgiliydi. Bu durumda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının, toplumda fonksiyon boyutlarına odaklanarak sosyal bilim literatürünü çalışması şaşırtıcı değildir.

Michalos (15), *kalite* kelimesinin çeşitli kullanımlarının ayrıntılı bir analizini yapmıştır. Kalite; toplumun cinsiyet, gelir, yaş vb. gibi özelliklerini tanımlayabilir ve bir şeyin değer veya kıymetini gösterebilir. Michalos, ilkinin kelimenin betimleyici kullanımı ve ikincisini değerlendirici kullanımı olarak adlandırmaktadır. Daha başka ayrımlar da yapmaktadır. Ancak özellikle 2 ana düşünce konuyla ilgili gibi gözükmemektedir: kalite teriminin güçlü değerlendirici bileşeni ve güçlü kuralcı (veya destek) vurgusu yapmak için yaşam kalitesi üzerinde çalışma potansiyeli. Genel olarak literatürde kelimenin niteliği ve kullanıma ilişkin böylesi düşünceler nadiren görülmektedir (16,17).

Araştırma Paradigmaları ve Yaşam Kalitesi

Değerlendirme konularındaki geniş ve tartışmalı literatürün, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki yaşam kalitesi girişimlerinin değerlendirmesi üzerinde etkileri vardır. Birçok uygulayıcı, bu konuların oldukça değişik olduğunu düşünürken değerlendirmenin geliştirilmesi, uygulanışı, kullanılışı ve sonuçları bakımından önemli etkilerin olduğunu bulmuştur. Bu konular şunları içermektedir:

- Gerçekliğin niteliği ve uygun araştırma ve gerçekliği anlamak için kullanılan değerlendirme yöntemlerine ilişkin farklı görüşler (18),
- Araştırma ve değerlendirmede kesinliğin niteliği ve farklı paradigmaların gerçek için nasıl farklı kriterler koyduğu,
- Araştırma metodolojisini etik, katılımcılarla bilgi paylaşımı ve sosyal sorumluluk konuları ile ayrılmaz bir şekilde birleştiren gerçeklik kriterlerine ilişkin algılayış (19).

Lincoln ve Guba'nın *Natüralist Araştırması* (20) ve Guba'nın *Paradigma Diyalogu* (17) bu konuları enine boyuna tartışmaktadır. Yeni ortaya çıkan literatür ise sosyal güç dengesizlikleri ve belli grup ve bireylerin marjinalleştirilmesini ele almanın bir yolu olarak katılımcı araştırmanın önemi üzerinde durmaktadır (21-23). Bu kavramsal konular, değer yargısına ilişkin net kavramı bakımından değerlendirmede özellikle önemlidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinde yaşam kalitesi odağının önemi, bu konunun tartışmasına daha da aciliyet kazandırmaktadır.

Bilgi ve Bilinebilirin Niteliği

Gerçekliğin niteliği ve onu anlamaya ilişkin tartışmalar çoğunlukla nicele kıyasla nitel araştırma yöntemleri konusundaki tartışmalar bünyesinde gerçekleşmektedir (bk. Fasil 5). Ancak etkileri sadece bir araştırma yöntemi seçmekten daha derinlere gitmektedir. Paradigma “İster günlük bir konu ile ilgili olsun ister bir araştırma ile ilgili olsun gerçekleştirilen bir eyleme yön gösteren bir dizi temel inançtır” (18). Farklı paradigmaların savunucuları, disiplinli araştırmanın niteliğine ilişkin aşağıda belirtilen sorulara farklı şekillerde cevap vermektedir: (18)

- Bilinebilirliğin niteliği nedir? Gerçeğin niteliği nedir? (Ontolojik)
- Bilen (araştırmacı) ve bilinen (veya bilinebilen) arasındaki ilişkinin niteliği nedir? (Epistemiyolojik)
- Araştırmacı, dünya hakkında bir şeyler öğrenmek için ne yapmalıdır? (Metodolojik)

Fasıl 1’de tartışıldığı üzere bir paradigmaya olan bağlılık, araştırmanın ele alması gereken konuları ve bunların nasıl tanımlanacağını ve inceleneceğini belirler. Bağlılıklarını açıkça ortaya koymasalar da tüm araştırmacılar ve uygulayıcılar paradigmalara bağlı kalır. Wilson (24), sosyal bilim literatüründe 3 paradigmanın genel hatlarını çizerken Guba (18) 4 paradigma üzerinde durur. Bu 4 paradigma, aşağıda açıklanan 4 yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.

İlk olarak yaşam kalitesine ilişkin tüm yaklaşımlar içerisinde pozitivist yaklaşımlar daha yaygındır. Bu noktada alandaki değerlendirme faaliyetinin, genellikle bilimsel araştırmaya yönelik geleneksel yaklaşımları vurgulaması şaşırtıcı değildir: gözlemlenebilir olguya odaklanma, dikkatli deneysel tasarımı tercih etme ve bilgi konusunda geleneksel nicel yaklaşımları kullanma. Bu yaklaşım, sağlıkla ilgili yaklaşımlarda çoğunlukla doğrudur. Wilson (24), bu geleneğin bireysel seviyede tedbire doğru güçlü bir eğilim sergilediğini düşünmektedir.

İkinci olarak idealist veya yorumsal yaklaşımlar; bireyi sosyal dünyanın aktif bir yaratıcısı olarak ve toplumu da bireylerin sosyal yapılarıdaki eylemlerinin bir sonucu olarak görmektedir. Sosyal eylemler, bireylerin niyetlerinin sonucu olduğu için sosyal gerçekliği anlamak, bireylerin dünyadaki olup bitenleri ele alışlarına verdikleri anlamları anlama girişimidir. Yaşam kalitesi literatürü idealist yaklaşımları giderek daha fazla vurgulamaktadır. Bu paradigma çerçevesinde yapılan değerlendirmeler; sistem seviyesindeki konular üzerinde de durmakla birlikte bireysel seviyeye odaklanma, etnografik ve fenomenolojik (olay bilim) analizler içermek ve tasarım, nitel analiz ve bilgilerin raporlanmasını vurgulamaya doğru güçlü bir eğilim sergilemektedir.

Üçüncü olarak gerçekçi yaklaşımlar daha az sıklıkla kullanılmakta, pozitivist ve idealist yaklaşımlardan birçok açıdan ayrılmaktadır. Pozitivistler gibi gerçekçiler de nesne ve olayların dünyada bireylerce yaratılan anlamlardan bağımsız olarak var olduğuna inanmakta ve idealistler gibi insanların içinde yaşadıkları gerçeklikleri yaratabileceğine ve değiştirebileceğine inanmaktadır. Sosyal gerçekçiler, sosyal davranışı düzenleyen ve sosyal gerçekleri belirleyen temel sosyal mekanizmaları tespit etmeye çalışmaktadır. Model ve teorileri gözlemlenebilir olgulara dayandıran pozitivistlerden farklı olarak gerçekçiler; toplumu ve davranışı anlamak için modeller kullanmaktadır. Bu yaklaşımdaki değerlendirmeler; toplumdaki güç ilişkilerinin analizini, ekonomik faaliyet modellerini, kaynak dağılımını ve toplumsal ve bireysel refahı etkileyen temel yapıları yönelik arayışı vurgulamaktadır. Bu eleştirel yaklaşım (18,21), gerçekçi analize bir eylem bileşeni eklemektedir.

Dördüncü olarak katılımcı yaklaşımlar, geleneksel yaklaşımlara karşı çıkmaktadır. Geleneksel yaklaşımlar; sağlık ve sosyal bilim araştırmalarının çoğunun (dile getirilen amaçlarının yanı sıra) fakir, engelli veya hizmetlere muhtaç kişilerin marjinal statüsünü devam ettirdiğini düşünen kişiler tarafından sert bir şekilde eleştirilmektedir (23,25). Oliver (26), engelliliğe ilişkin geleneksel araştırmanın; engellilerin sorunlarını, kendi yetersizlikleri veya işlevsel sınırlarına indirgediğini, yaşam kalitelerini iyileştiremediğini, engellilerin günlük hayattaki tecrübelerinden çok uzak olduğunu ve bu nedenle engellilerin çoğunun haklı olarak kendini araştırmacılarca mağdur edilmiş hissettiklerini öne sürmektedir.

Woodill (23); kategorileştirmenin yaygın ve çoğunlukla eşitsizlikle bağlantılı olduğu bir toplumda, engellilik kategorisinin, engelleri toplumun genelinden izole etmek için kullanıldığını öne sürerek bu temayı geliştirmektedir. Bilim adamı ve denek arasındaki yaygın ayrımı reddeden, değer ve yönelim bakımından açıkça siyasi olan eylem veya katılımcı araştırma savunucuları; böyle bir araştırmanın, sosyal bilim araştırmasında güç ilişkilerini dengeleyebileceğini, insanları güçlendirme ve dolayısıyla yaşamlarını iyileştirme ihtimalinin daha yüksek olduğunu öne sürmektedir (bk. Fasil 4).

Paradigma tartışması, yaşam kalitesine odaklanan girişimlerin amaç, yöntem ve değerlendirmesini büyük ölçüde etkilemelidir. Buna ilaveten sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve rehabilitasyon alanında yaşam kalitesinin tanımlanması ve ölçülmesine ilişkin en az onbir tartışma tespit ettim (16). Paradigma ve yaşam kalitesi tartışmalarına sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tanımına ilişkin konular eklendiğinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaşam kalitesi girişimlerinin nasıl değerlendirileceği konusunda bir mutabakat sağlanıp sağlanamayacağı soru işaretidir.

Yaşam Kalitesi Faaliyet Alanları

Birçok disiplin, özellikle medikal bilimler ve sağlık bilimleri, engellilik ve geleneksel sosyal göstergelerle ilgili olanlar, yaşam kalitesi konusuna büyük ilgi göstermektedir. Bu bölüm, DSÖ'nün sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkeleri çerçevesinde çalışan kişilere katkılar sunmaktadır.

Sağlıkla İlgili Modeller

Medikal ve sağlık çalışanları; yaşam kalitesinin, medikal tedavi (27) ve rehabilitasyon çalışmalarının (28) etkinliğini değerlendirmede faydalı bir çıktı değişkeni olduğunu düşünmektedir. Yine de tıp temelli yaklaşımlar, sağlık temelli yaklaşımlardan ayrılabilir. Her iki yaklaşım da medikal ve sağlık hizmeti girişimlerinin çıktılarını vurgulamaktadır. Ancak göstergelerin türü ve içeriğine yaptıkları vurgu bakımından farklılık göstermektedirler.

Spilker'in yaklaşımı medikal bir görüş sergilemektedir (29): Teoride, yaşam kalitesi; fiziksel statü ve fonksiyonel beceriler, psikolojik statü ve refah, sosyal etkileşimler

ve ekonomik statü ve faktörlerin incelenmesi vasıtasıyla değerlendirilmelidir. Buna ek olarak hasta, kendi yaşam kalitesi hakkında genel öznel bir değerlendirme yapmalıdır: “Bir bireyin, hayatından genel olarak memnun olması ve kişinin kendi refahına ilişkin genel görüşü” (29). Böylesi bir yaklaşım, sağlık ve hastalık konusundaki geleneksel biomedikal görüşle yakından bağlantılıdır. Schipper ve ark. (30), DSÖ’nün “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil; fiziksel, zihinsel ve toplumsal olarak tam bir iyilik hâli” (1) şeklindeki sağlık tanımını, yaşam kalitesi modellerinde kullanmakta birlikte şunu ifade etmektedir:

Bu, takdir edilmesi gereken bir tanımdır. Ancak geleneksel, apolitik tıbbın kapsamının dışında olan ögeler içermektedir. Fırsat, eğitim ve sosyal güvenlik; halk sağlığının gelişmesinde önemli olan genel unsurlardır. Ancak hastaları tedavi etmek olan kısa vadeli hedefimizin kapsamı dışındadır.

Bu yaklaşımlar, hastalığın bireyler üzerindeki etkisi ve günlük yetkinlik ve becerilerin ölçülmesi ile yakından bağlantılıdır. *Klinik deneylerde yaşam kalitesi* (29) adlı çalışma; araçlar, özel toplumlar ve spesifik sorun ve hastalıklara yönelik uygulamaları tartışan, medikal yaklaşım konusuna giriş yapan çalışmadır ve *Medikal Bakım’ın* (31) özel bir ekinin tamamı buna adanmıştır. Uygulamada, medikal yaşam kalitesi değerlendirmelerinin çoğu, fiziksel işlev derecesi ve psikolojik ve kimi zaman sosyal refah raporları ile sınırlıdır.

Araştırmacılar, çeşitli yaşam durumlarına bir değer veya ağırlık vermek, farklı çıktıları olan tedavileri değerlendirmek için medikal bir yaşam kalitesi ölçüsü, QALY’i kullanmaktadır (32). Bu değerler sonrasında, muhtemelen kaynak tahsisi veya hizmet sunumu dâhil olmak üzere alınan medikal kararları gerekçelendirmek için kullanılabilir. İki temel QALY yaklaşımı, Kaplan ve Bush (33) ile Torrance’ın yaklaşımları (34), DSÖ’nün sağlık tanımını reddetmektedir. Bu gelenekteki araştırma ve ölçme yaklaşımları, belirgin bir biçimde pozitivisttir, genellikle biomedikaldir ve her zaman birey odaklıdır.

Yakın zamanlarda, ilgili DALY kavramı da önem kazanmaya başlamıştır. DALY, ölüm oranının yanı sıra engellilik derecesini çalışmak için geliştirilmiştir. Fernandez ve ark.(35) kavramı şu şekilde özetlemektedir: “DSÖ ve Dünya Bankası uzmanları, yeni bir global hastalık yükü ölçüsü geliştirmiştir: DALY (Sakatlığa Uyarlanmış Kayıp Yaşam Yılı). DALY, mortalite oranı, morbidite oranı ve engellilik verilerini birleştiren, nüfusun sağlık durumunu özetleyen bir göstergedir.”

Kavram, gelişmekte olan ülkelerde hastalık yükünü ölçmek için kullanılmaktadır (36,37). Yine de hastalık oranının birçok boyutunu ölçmenin karmaşıklığı, yaşam kalitesine değer atfetmenin etiği ve spesifik kültürel bağlamları dikkate almaya ilişkin itirazlar dile getirilmektedir (38,39). Literatürde nadiren tartışılmakla birlikte, QALY’de olduğu gibi DALY’nin kullanılması, etkinliğin hakkaniyet ile dengelenmesini gerektirebilir. Şüphesiz, DALY ve QALY medikal sağlık

kavramlarıdır; DALY, hastalık oranını ve QALY ölüm oranını vurgulamaktadır. Son zamanlarda hastalıktan ziyade sağlığı ve davranışsal fonksiyonun negatif yönlerinden ziyade pozitif yönlerini vurgulamaya çaba gösteren bir yaşam kalitesi literatürü ortaya çıkmıştır. Bowling (40), çevresel bağlamın hastalık ve rahatsızlığın; bozukluk, engellilik ve sakatlık hâline gelip gelmediğinin belirlenmesine nasıl yardımcı olabileceğini vurgulayarak hastalığa ilişkin sınırlı odağın ötesine geçmek için *bozukluk, engellilik ve sakatlığın uluslararası sınıflandırmasından* (41) yararlanmaktadır. Bowling (40) ile McDowell ve Newell (42), engellilik, refah ve adapte edilen davranışın hastalıkla ilgili yönlerine odaklanan belirtiler sunmaktadır.

Medikal çıktılar çalışması (43), sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaklaşımlarının, çeşitli medikal durumlara geniş çaplı uygulanmasıdır.

Sağlıkla ilgili yaklaşımların net bir pozivist vurgusu vardır. Biomedikalin ötesine geçmektedir ve bireysel ölçümleri vurgulamaktadır. Bu yaklaşımlara göre yaşam kalitesi, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, zihinsel ve sosyal etkilerine verilen bireysel cevapları temsil eder. Bu bireysel cevaplar, yaşam koşullarından ne ölçüde bireysel tatmin sağlayabileceğini etkilemektedir (40).

Sosyal Göstergeler Yaklaşımları

Sağlığın sosyal belirleyicilerine olan ilgi (14), Sağlıklı Şehirler ve Sağlıklı Toplumlar Hareketi (44,45) ve sağlık alanındaki eşitsizliklere daha fazla odaklanılması (46) gibi bazı nedenlerden dolayı sağlık çalışanları; yaşam kalitesinin çevresel göstergelerine daha fazla önem vermektedir. Son zamanlarda ortaya çıkan bu ilgiden önce sosyal göstergeler geleneği bünyesinde çalışanlar, sosyal fonksiyon ve refahın sistem seviyesinde birçok göstergesini tespit etmiştir. Bu çabaların çoğunun, sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi gündemi üzerinde belirgin etkileri vardır.

Sosyal göstergeler yaklaşımı; ölçüler geliştirme, odak seviyesi ve sosyal politika ve değişime olan vurgusu bakımından sağlıklı ilgili yaklaşımlardan farklılık göstermektedir (47-49). Önceki çalışma, sosyal göstergeleri yaşam kalitesi veya sağlıkla kesin bir biçimde bağlantılanmıyordu. Ancak son zamanlardaki çalışma bu bağlantıyı her zaman kurmaktadır ve daha az olmakla birlikte, sosyal göstergeler ve sağlık arasındaki bağlantıyı kabul etmektedir.

Mantık

1960'larda hem Kuzey Amerika hem de Avrupa'da, hükümetin sosyal programlarının etkisi konusunda bir kanıt sunma aracı olarak sosyal göstergelere ilgi gösterilmeye başlanmıştır (48). Sosyal göstergeler sistemlerinin geliştirilmesinde 3 faktör rol oynamıştır: birincisi ekonomik göstergelere bağlı kalmadan kaynaklanan sorunların kabul edilmesi (49), ikincisi gelişmiş ekonomilerle ilişkilendirilen çevresel bozulma ve ekonomik ve sosyal eşitsizlikler sorunu, üçüncüsü de sosyal programların etkisini değerlendirme ihtiyacı (50). Başta şöyle bir tanım yapılmıştır (51):

Sosyal gösterge ... bir toplumun, başlıca yönlerindeki koşullar hakkında net, kapsamlı ve dengeli yargılarda bulunulmasını kolaylaştıran doğrudan normatif menfaatin bir istatistiği olarak tanımlanabilir. Tüm durumlarda, refahın doğrudan ölçüsüdür ve diğer şeyler eşit kalmaya devam ederken “doğru” yönde değişmesi hâlinde bazı şeylerin iyileştirdiği veya insanların “daha iyi durumda oldukları” şeklindeki bir yoruma açıktır. Bu nedenle doktor veya polis sayısına ilişkin istatistikler, sosyal gösterge değilken, sağlık veya suç oranına ilişkin istatistikler sosyal gösterge olabilir.

Önceki çalışma (52), aşağıda belirtilenlerin sosyal sistemleri kullanan bir sosyal raporun içeriğini oluşturabileceğini ifade etmektedir: sosyoekonomik refah (nüfus kimlerden oluştuğu, büyümesi ve dağılımı dâhil), iş gücü ve istihdam, gelir, bilgi ve teknoloji, eğitim, sağlık, boş zaman, kamu güvenliği ve hukuk sistemi, barınma, ulaşım, fiziksel çevre, sosyal hareketlilik ve sınıflara ayrılma. Bunlara ilaveten değerlendirme; sosyal katılım ve yabancılaşıma (aile, din, siyaset ve gönüllü katılımlara odaklanarak) ve insanların zaman kullanımı, tüketim eğilimleri, amaçları, tatminleri, maneviyatları ve diğer özelliklerine de odaklanmalıdır.

Bu verileri toplamak için örneğin, fiziki durumlara ilişkin sistem seviyesindeki veriden temin edilen nesnel sistem fonksiyon ölçüleri kullanılabilir. Öznel ölçüler (örneğin amaçlar ve beklentiler) veya öznel refah belirtileri (örneğin, yaşamdan memnuniyet, spesifik tatminler ve yabancılaşıma) şeklindeki bireysel seviyedeki ölçüler kullanılabilir. Sistemler seviyesindeki yaklaşım; örneğin parlamentoda görüşülen mevzuat sayısı, hükümet harcaması, Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) veya ormanların yok olma oranlarına ilişkin verileri içerebilir (49). Göstergeler, yaşlı insanlara yönelik barınma olanakları, engellilerin ulaşım ihtiyaçlarının karşılanması ve zihinsel engellilere toplumda yaşayabilmeleri için fırsatlar sunmayı içerebilir. Örneğin, sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin ortaya çıkan literatürdeki önemli bir tema, ekonomik kaynakların eşit dağılımıdır (53). Raphael ve ark.(13) sosyal göstergeler geleneğinin diğer etkileri konusunda bilgi vermektedir.

Son Zamanlarda Belirlenen Göstergelerden Bazıları

Öğrenci refahına ilişkin 4 ciltlik global rapor (5); genel olarak hayattan memnun ve mutlu olma, aile, arkadaşlar ve eşinden memnun olma ve *özsaygı*, istihdam, ekonomik durum, barınma, ulaşım, din, eğitim, boş zaman değerlendirme ve sağlık dâhil olası göstergeler konusunda etkileyici bir çeşitlilik sunmaktadır. İsveç’in yaşam seviyesine ilişkin yaptığı araştırmalar (54), kullanılan göstergelerin sağlık ve sağlığa erişim, istihdam ve çalışma koşulları, ekonomik kaynaklar, eğitim ve becerileri içerdiği çağdaş, bireysel seviyede bir yaklaşımdır. *Kanada’da Sosyal Eğilimler (Canadian social trends)* (55) dergisinin her sayısında nüfus (yıllık artış, iç ve dış göç), aileler (doğum oranı, evlenme ve boşanma oranları), iş gücü (işsizlik, yarı zamanlı istihdam ve kadınların iş gücüne katılımı), gelir (ortalama aile geliri, erkeklere kıyasla kadınların tam zamanlı geliri), eğitim (hükümet harcaması ve

verilen doktora derecesinin sayısı) ve sağlığı (hükümet harcamaları ve kalp ve damar hastalıkları nedeniyle ölüm) ölçen sistem seviyesinde bir örnek sunulmaktadır. *Sosyal Göstergeler Araştırması: Yaşam kalitesine ilişkin çok disiplinli bir dergi (Social indicators research: a multidisciplinary journal of quality of life)*, olası göstergeler bakımından zengin bir kaynaktır.

Ekonomik Eşitsizliğin Sağlık Üzerindeki Etkilerini Belgelemek İçin Sosyal Göstergelerin Kullanılması

Kara rapor (Black report) olarak bilinen raporun yayımlanmasından ve bunu takip eden, İngiltere’de sağlık uçurumuna ilişkin rapordan bu yana (56,57), ekonomik eşitsizlik ve bunun sağlık alanında eşitsizliklere olan etkisi giderek daha fazla ilgi çekmektedir. Örneğin Lee ve Townsend (58), ekonomik politika ve bağlantılı işsizlik seviyelerinin bireylerin yaşamları üzerindeki etkilerini belgelemiştir. Benzer şekilde Wilkinson (46), yakın geçmişte, artan ekonomik eşitsizliğin kötü sağlık çıktıları ve artan sosyal çözülme ile nasıl bağlantılı olduğunu gösteren, İngiltere ve uluslararası bağlamda yapılmış araştırmaların çoğunu özetlemiştir. Hiç kuşkusuz böyle bir araştırma yaşam kalitesi konularına da değinmektedir.

Sağlıklı Şehirler ve Sağlıklı Toplumlar Yaklaşımı

Sağlıklı Şehirler ve Sağlıklı Toplumlar (Healthy Cities and Healthy Communities) hareketi çoğunlukla sosyal göstergeler geleneği ile ilişkilendirilememekte ancak bu geleneğe çok benzemektedir: Sağlıklı Şehirler ve Sağlıklı Toplumlar Hareketi, sağlıklı halk politikaları geliştirilmesine odaklanan halk sağlığını teşvik hareketidir (44,45). Sağlık konularını ele almak için belediyeler, toplum sakinleri ile çevresel, ekonomik ve sosyal hizmetleri projelere dâhil etmektedir (bk. Fası 14). Kullandığı yöntem, değişim aktörleri olarak insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmalarını imkân vermektir. Akademisyenler ve uygulayıcılar, hareketin uygun göstergeleri konusunda kaygılı olmakla birlikte (59), etkileyici miktarda dokümantasyon göstergesi tespit etmeye başlamıştır. *Şehir sağlık profilleri: şehrinizdeki sağlığı nasıl raporlarsınız? (City health profiles: how to report on health in your city)* (60) sağlık durumu, yaşam şekilleri, hayat koşulları, sosyoekonomik koşullar, fiziksel çevre, eşitsizlikler, fiziki ve sosyal altyapı, halk sağlığı hizmetleri ve politikalarını da içeren geniş yelpazeli göstergeler ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Flynn ve Dennis (61), şehirlerdeki sağlığı belgelemek için birtakım araçlar derlemiştir. Bu çalışmalar, yaşam kalitesi bakış açısını net bir şekilde kullanmasalar da girişimlere katkı sağlayabilir.

Sağlık ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bakımından İlgili Olan Diğer Alanlar

Yaşam kalitesi çalışmaları açısından, gelişimsel özörlere ilişkin çalışmalar (62) örneğin Green ve Kreuter’in sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modeli oldukça faydalı olmuştur (63).

Gelişimsel Özürler

Bazı özel çalışmalar, gelişimsel özürlü insanların yaşam kalitesini tanımlamaya ve ölçmeye çaba göstermiştir. Buradaki itici güç, özürli insanların yaşamlarının birçok yönünün kalitesinin düşük olduğunun farkına varılması olmuştur. Gelişimsel özürlü insanlar için yaşam koşullarının gerçekliği ve potansiyeli arasındaki fark, önem verilmesi gereken genel yaşam fonksiyonları alanlarının belirlenmesini gerektirecek kadar büyüktür.

Borthwick-Duffy (64), yaşam kalitesini 3 boyuta ayırmaktadır: birincisi bağımsızlık (yaşanan çevre), ikincisi kişiler arası ve toplumsal ilişkiler, üçüncüsü üretkenlik. Literatürdeki diğer değişken örnekler şunları içermektedir: fiziksel çevre, ev ve aile, komşuluk kalitesi, hizmetlere erişim (bağımsızlık ve yaşanan çevre), sosyal destek, faaliyet özellikleri, toplumsal bütünleşme, boş zaman, arkadaşlar (kişiler arası ve toplumsal ilişkiler), istihdam, gelir ve çalışma statüsü (üretkenlik) (13). Kuşkusuz bu konular, toplumların ve bireylerin sağlığında bir rol oynamaktadır.

Sosyal Teşhis Yaklaşımı

Green ve Kreuter'in sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modelinde (63) yaşam kalitesinin değerlendirilmesi; program gelişiminin, odak grupları, toplum forumu ve toplum araştırmaları gibi yollarla gerçekleştirilen sosyal teşhis aşamasının bir parçasıdır. Yazarlar; sağlık çıktılarının, yaşam kalitesi bünyesinde yer alan daha geniş konuların bir parçası olduğunu öne sürmektedir. Dolayısıyla toplumun, yaşam kalitesine ilişkin kaygıları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının toplumlarda sağlıkla ilgili konuları gündeme nasıl getirebileceğinin anlaşılması için ortam hazırlamaktadır. Green ve Kreuter (63), geleneksel sağlık çalışanlarının kapsamına giren (hastalığın önlenmesi, sağlık durumu, yaşam şekli ve sağlık eğitimi) davranış değişikliği konularına odaklanmaktadır. Sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi uygulayıcısı; toplumun, yaşam kalitesine ilişkin kaygılarını anlayarak bu kaygılar ve sağlık konuları arasındaki bağlantıları göstermektedir. Yazarlar; toplumu, sağlık hizmetleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirmesine dâhil etme ihtiyacını vurgulamaktadır. Sağlık ve sağlık davranışındaki değişikliklerin nihayetinde yaşam kalitesini etkilediğini öne sürmekte ancak ikincisini topluluk üyelerinin olası endişeleri olmanın haricinde tanımlamamaktadırlar.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri ile ilgili yaşam kalitesi çalışmaları, bazı konuları ve anlaşmazlıkları gündeme getirmiştir. Yaşam kalitesine ilişkin 2 araştırma programı, DSÖ'nün sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramları çerçevesinde çalışan kişiler için oldukça önemlidir. Bu vaka çalışmaları, paradigma ve tanımsal konuların nasıl birleştiğini göstermektedir.

Yaşam Kalitesi Konuları: Araştırma ve Ölçme Seviye ve Odakları

Bilginin niteliğine ilişkin genel tartışmalar, yakın geçmişte literatüre girmeye başlamıştır (16). Bilginin niteliğine ilişkin genel tartışmalar, sağlıkla ilişkili yaşam

kalitesi hakkındaki geleneksel literatürde büyük ölçüde eksik olmakla birlikte, en fazla engellilikle ilgili literatürde görülmektedirler (25). Literatürde daha fazla göze çarpanlar, araştırma ve ölçmenin seviyesi ve odağı ile ilgilidir (9). Yaşam kalitesi girişimleri; bireyler, toplumlar veya sosyal yapı ve politikalarda değişiklik yaratmaya mı odaklanmalıdır? (65) Bu tartışmalar, girişimlerin etkisini değerlendirme konusundaki tartışmalar ile ilgilidir. Girişimler; bireylerin davranışı, toplumların gelişimi veya sağlıklı halk politikaları geliştirilmesindeki etkileri bakımından mı değerlendirilmelidir?

Yaşam kalitesini iyileştirmek için nereye müdahale edileceği konusu, bir bütün olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki tartışmalarla paraleldir. Genel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri; sosyal politika, toplumlar ve bireyleri hedef almaktadır. Popülerlik yelkovanı, bunlar arasında gidip gelse de her birinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde belirgin bir rolü var gibi gözükmektedir. Aynı konular, yaşam kalitesinin nasıl tanımlanacağı ve etkileneceği tartışılırken de gündeme gelmektedir.

Yaşam kalitesi üzerinde çalışan birçok yaklaşım, öznel yaşam memnuniyetini veya nesnel fonksiyonu değerlendirmek için bireysel seviyedeki ölçümü vurgulamaktadır. Böylesi değerlendirmeler için psikoloji, bakım hizmeti ve mesleki terapiye ilişkin literatürde kullanılan inanılmaz geniş bir ölçme araçları yelpazesi mevcuttur. Değinildiği üzere, sağlık ve engellilik odaklı yaklaşımlar gibi yaşam kalitesine medikal yaklaşımlar da bu seviyede ölçüm yapmayı vurgulamaktadır. Bireysel vurgu; bireysel baş etme ve refah yönlerini içeren DSÖ ilkeleri ile tutarsızlık göstermemektedir (2).

Ancak bu çalışmanın büyük bir kısmı, yaşam kalitesini ölçmede belirtilerin faydası konusunda kavramsal bir temel sunmamaktadır. Birçok yaklaşım, sadece bir dizi belirtiyi bir araya getirmekte ve yaşam kalitesini ölçerken bunları yeniden tanımlamaktadır. Sadece bireysel seviyede çalışmak, önemli sosyal belirleyicilerin ihmal edilmesine neden olabilir.

Sosyal göstergeler geleneğinde çalışan kişiler, yaşam kalitesini genellikle toplum seviyesinde ölçmektedir. Geniş bir literatür, toplum üyelerinin komşuluk kalitesi ve pozitif toplum yönlerine ilişkin algılamalarını ve genellikle profesyonellerin görüşlerine dayanarak komşuluk kalitesinin nesnel ölçülerini ölçen, araştırmacılarca tasarlanmış araçlardan temin edilen puanları raporlamaktadır (13). Sağlıklı Şehirler ve Sağlıklı Toplumlar Hareketi'nin yaklaşım ve göstergelerinin, yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan bir çerçeve ile uyumlu olduğu rahatlıkla anlaşılabılır.

Yaşam kalitesi; ayrıca sosyal seviyede analiz edilmektedir. Sosyal göstergeler literatürü, sistem seviyesindeki yaklaşımı kullanmaktadır. Ancak çok yakın geçmişe kadar bu yaklaşım, sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi analizlerinin bir parçası değildi. Sağlıkta toplum temelli yaklaşımlara artan vurgu, yaşam kalitesinin

sistem seviyesindeki göstergelerine daha fazla önem verilmesine neden olmuştur. İngiltere’deki ekonomik eşitsizliklere ilişkin çalışma, kuşkusuz bu seviyedeki analizlere katkı sağlamıştır.

DSÖ Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Yaklaşımıyla Uyumlu Olan Yaşam Kalitesi Modelleri

Sağlık ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik çağdaş kavramlara belirgin şekilde dayanan sadece 2 yaşam kalitesi yaklaşımı tespit edebildim.

Lindström’ün Modeli

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımı konusunda çalışan Lindström (53), Kuzey ülkelerindeki çocuklar için birçok sistem seviyesindeki yaşam kalitesi *göstergesine* dikkat çekmektedir. Bunlar; gelir dağılımı, barınma türü, eğitim ve istihdam seviyeleri ve ailevi konular için ebeveyn izninin mümkün olması ile ilgilidir.

Lindström kendi modelini; sağlığı, günlük yaşam için bir kaynak olarak ve yaşam kalitesini, sağlıklı fonksiyonun bir göstergesi olarak değerlendirmenin bir aracı olarak görmektedir (66): “Yaşam kalitesi kavramının potansiyeli, genel olarak olumlu anlamından ve disiplinler arası kabul görmesinden kaynaklanmaktadır. Bu, DSÖ’nün herkes için sağlık stratejisi planında olduğu gibi sağlığı, bir kaynak kavramına dönüştürmek için kullanılabilir.” Lindström’ün modeli, sağlığın sosyal ve yapısal belirleyicilerini dikkate almanın önemini vurgulamaktadır. Lindström, yaşam kalitesini “bir birey, grup veya toplumun tam olarak var olması” şeklinde tanımlamaktadır (66). Lindström’ün modeli (53,66), yaşamın 4 alanını incelemektedir:

- Kişisel (fiziksel zihinsel ve ruhsal kaynaklar dâhil),
- Kişiler arası (aile yapısı ve işlevi, yakın arkadaşlar ve geniş sosyal ağ dâhil),
- Dış (iş, gelir ve barınma dâhil),
- Genel (sosyal çevre, spesifik kültürel özellikler ve insan hakları ve sosyal refah politikaları dâhil).

İlk ikisi, yaşam kalitesi ve sağlık tartışmalarında çoğu kez dikkate alınan alanları içermektedir. Lindström bunları geniş çaplı araştırmalar vasıtasıyla incelemektedir. Çoğunlukla sosyal kaynakların dağılımı ve genel sosyal refah yaklaşımlarının politik analizleri vasıtasıyla gerçekleşen dördüncü alandaki çalışma, en ilginç sağlık belirleyicilerinin bazılarını ortaya çıkarabilir.

Lindström (53,66), Kuzey ülkelerindeki çocukların sağlığını dış ve genel alanlarda analiz etmektedir. Böylesi bir politika analizi, nadiren yaşam kalitesi çerçevesinde yapılır ve disiplinlerin bütünleşmesi için muhtemel alanlar sunar. Lindström, değerlendirme için çeşitli yöntemler sunmaktadır. Lindström’ün ampirik araştırması, insanların kendi bildirimlerinden faydalananarak araştırma araçlarını kullanır ve politika analizleri Kuzey toplumlarının ayırt edici yönlerini ön plana çıkarmaktadır. Lindström, doğrudan çocuklardan bilgi temin etmez. Ancak sosyal politika ve

refah politikası analizleri için bilgi toplamak amacıyla ebeveynlerin görüşlerinden faydalanır. Tablo 6.1 Lindström'ün modelini özetlemektedir.

Tablo 6.1. Lindström'ün Kuzey Ülkelerindeki Çocukların Yaşam Kalitesi Modeli

Alanlar	Boyutlar	Örnekler
Genel	1. Makro çevre 2. Kültür 3. İnsan hakları 4. Refah politikaları	Fiziksel çevre Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesine cevap verme Refah dağılımı
Dış	1. İş 2. Gelir 3. Barınma	Ebeveyn eğitimi ve işten memnuniyet Gelir dağılımı Barınmanın kalitesi ve memnuniyet
Kişilerarası	1. Aile yapısı ve işlevi 2. Yakın arkadaşlar 3. Geniş sosyal ağlar	Aileden memnun olma, olumsuz olayların olmaması Arkadaş, komşu ve toplumun desteği
Kişisel	1. Fiziksel 2. Zihinsel 3. Ruhsal	Büyüme, faaliyet Özsaygı ve ruh hâli Yaşamın anlamı

Kaynak: Lindström (66).

Lindström, Kuzey ülkelerindeki vatandaşlar üzerinde bu konuları inceleyen kapsamlı araştırmalar yapmıştır. Veri toplamak için geleneksel yaklaşımları kullanmaktadır. Araştırmaları, fonksiyon ve refahın bireysel yönleri ve iş, barınma ve aile hayatı dâhil yakın çevre bileşenlerine odaklanmaktadır. Veri toplamak için nitel yaklaşımlar kullanmamıştır veya bireylerin yaşam kalitesinin natüralist analizini yapmamıştır. En önemli katkısı; yaşam kalitesini, DSÖ politika beyanları çerçevesinde bireyselden toplumsala uzanan geniş sağlık bileşenleri ve belirleyicilerini kapsayacak şekilde genişletmesidir.

Lindström; modelinin ve ilgili araştırmanın, İsveç'te ulusal bir çocuk gözetimi biriminin oluşturulmasını ve Finlandiya, Norveç ve İsveç'in ulusal çocuk halk sağlığı raporlarının içeriğini etkilediğini belirtmektedir (53). Bunlara ilaveten Lindström'ün çalışması, Gothenburg'ta (İsveç), Kuzey Ülkeleri Halk Sağlığı Okulu'nda genç sağlığına ilişkin kurslar ve *Sosyal pediatri avrupa ders kitabı (European textbook on social paediatrics)* (67) için temel oluşturmuştur.

Kilit Konular

Lindström'ün yaklaşımı, anket ve araştırma verisi toplamak için geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Model, kişinin kendisinin bildirdiği fonksiyon ve memnuniyet için çok geniş bir dizi nesnel ve öznel göstergeler kullanmaktadır. Modelin kapsamı, sosyal seviyelerde politika analizi önermektedir. Erişkin sağlığının araştırılmamış

bazı belirleyicileri hakkında bilgi vermek için bu modeli kullanıyorum (68). Bu model, değerlendirmeler bireysel seviyede yapılsa da müdahalenin birçok seviyede gerçekleştiğini gösterdiği için çok değerlidir. Ayrıca sosyal politika analizcileri, temel ilgi alanlarını göstermek için bu modeli kullanabilir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi Yaklaşımı

DSÖ'nün düşünce şekliyle tutarlı bir diğer model, Toronto Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'ndeki araştırmacılarca geliştirilen modeldir. Bu model; DSÖ'nün, günlük yaşam için kaynak olarak sağlık vurgusu (2) ve gelişimsel özürler alanındaki çalışmalara dayanmaktadır. Yaşam kalitesini kavramsallaştırma ve ölçme konusunda bütüncül bir yaklaşımı vurgulamaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, çevreyi değiştirerek yaşam kalitesini iyileştirmede kişisel kontrol ve fırsatların önemine vurgu yapmaktadır. Yaklaşım, bireysel bakış açısını araştırmakta ancak diğer bilgi kaynaklarını da kullanmaktadır (69).

Kavramsal yaklaşım, hümanist-varoluşsal gelenekten etkilenmektedir (70-74). Bu felsefi temeller, başka bir yerde ayrıntılı olarak tartışılmaktadır (69). Ancak bu gelenek, insanların fiziksel, psikolojik ve ruhsal boyutları olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca hem fiziksel mekanlara ve sosyal gruplara ait olma hem de kendilerini kendi hedeflerinin peşinden giden ve kendi tercihlerini alan ve kararlarını veren bireyler olarak ayırt etme ihtiyaçlarını teyit etmektedir. Yaşam kalitesi, bir bireyin yaşamındaki önemli olanaklardan faydalanma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Faydalanma, yaşamın 3 temel alanında gerçekleşmektedir: var olma, ait olma ve gerçekleşme. Var olma, bir bireyin kim olduğunu yansıtmaktadır. Ait olma, bireyin çevreye uyumu ile ilgilidir. Gerçekleşme ise bireyin, kendini ifade etme ve kişisel amaç ve hedeflere ulaşmaya yönelik faaliyetlerini yansıtmaktadır. Her alanın 3 alt alanı vardır (Tablo 6.2).

Tablo 6.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nin Yaşam Kalitesi Alanları

Alanlar	Alt Alanlar	İçerik
Var olma	Fiziksel	Fiziksel sağlık, hareketlilik, beslenme, egzersiz, zinde olma ve görünüm
	Psikolojik	Bağımsızlık, özerklik, kendini kabul etme ve stres olmaması
	Ruhsal	Kişisel değerler ve standartlar ve ruhsal inançlar
Ait olma	Fiziksel	Yakın çevrenin fiziksel koşulları
	Sosyal	Aile, arkadaşlar ve tanıdıklarla ilişkiler
	Toplum	Sosyal kaynak ve hizmetlerin mevcudiyeti
Gerçekleşmeme	Pratik	Ev, okul ve iş faaliyetleri
	Boş zaman	İçeride ve dışarıda gerçekleştirilen faaliyetler, boş zaman geçirme kaynakları
	Büyüme	Öğrenme, beceri ve ilişkileri geliştirme, hayata adapte olma

Araçlar, toplumlar için geliştirilmiş ve toplumlara uygulanmıştır: fiziksel engelliler (75), gençler (76), yaşlılar (77) ve genel olarak yetişkinler (78). Bu uygulamalarda kendi kendine bildirim envanterleri, geleneksel araştırma yöntemleri vasıtasıyla uygulanmaktadır.

Kilit Konular

Bu yaklaşım, uygun araç öğelerini geliştirmek için nitel yöntemler kullanmaktadır. Sonrasında bu öğeler, geleneksel araç ve araştırma yöntemlerine göre veri toplamak için kullanılmaktadır. Yaklaşım, bireysel fonksiyonun öznel göstergelerine odaklanmıştır. Bu ölçüler; birey, toplum ve sosyal politika seviyelerindeki müdahalelerin etkilerini inceleme potansiyeline sahiptir. Engellilere yönelik araçlar, illerin politikalarının engelliler üzerindeki etkilerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Araçların, diğer gruplara yönelik muhtemel kullanımına ilişkin araştırmalar devam etmektedir. Yaşlılara yönelik araçlar, hem bireysel hem de toplum hizmetlerini içeren müdahaleleri değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bunlara ilaveten model, toplumların yaşam kalitesinin çalışılmasına yardımcı olması için yapılandırıcı yaklaşımlar kullanmaktadır.

Toplum Yaşam Kalitesi Projesi: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Yaklaşımıyla Toplamları Anlamak

Kanada'daki toplum yaşam kalitesi projesinin amacı, toplum temelli sağlık çalışanlarının toplumlarının ihtiyaçları konusundaki anlayışlarını artırmaya yönelik bir süreç geliştirmektir. Toplum üyelerine, çevreleri ve toplumun yaşam kalitesini artırıcı unsurları hakkında sorular yöneltenin, ihtiyaçların belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara yönelik çözümler geliştirilmesine yardımcı olması beklenmektedir.

Çalışmanın beklenen çıktıları şunlardır:

- Yaşam kalitesini etkileyen toplumsal faktörleri tespit etmek için bir süreç geliştirmek,
- Diğer toplumların benzer faaliyetler gerçekleştirmelerine imkân verecek kaynak materyalleri geliştirmek,
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nin yaşam kalitesi modelinin toplumların ihtiyaçlarını ele almadaki faydasını değerlendirmek,
- Katılımcı yaklaşımların, toplumlarda yaşam kalitesini değerlendirmedeki güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek.

Toronto'daki bazı kurumlar, projeye katılım sağlamaktadır: 4 halk sağlığı merkezi, 2 halk sağlığı dairesi, Eyalet Sağlık Konseyi, Kanada Akıl Sağlığı Birliği ve Toronto Üniversitesi. Proje, 2 toplulukta uygulanmakta ve yaşlılar, gençler ve sosyal destek alan insanlara odaklanmaktadır. Topluluk toplantıları ve topluluk üyelerine, kendileri için çevrelerinde veya toplumda hangi faktörlerin hayatı güzel kıldığı, önem verdikleri insanlar ve hayatı güzelleştirmeyen faktörler hakkında sorular yöneltilen görüşmeler vasıtasıyla veri toplanmaktadır. Topluluk çalışanları, yerel politikacılar ve hizmet kuruluşlarının yöneticileriyle yapılan görüşmeler vasıtasıyla da veri toplanmaktadır.

Kilit Konular

Bu girişim, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'ni (2) temel almaktadır. Sağlığı, “sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi vurgulayan pozitif bir kavram” olarak görmekte. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini ise “insanlara, kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve kendi sağlıklarını iyileştirme imkânını verme” süreci olarak tanımlamaktadır (2). Bu yaklaşımın önemli bir unsuru, toplum üyelerinin algılamalarına odaklanmasıdır. Bir anlamda, sağlığın belirleyicilerine insani bir boyut kazandırmaktadır. Bu algılamalar, insan fonksiyonu modeline göre incelenmektedir: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nin yaşam kalitesi modeli.

Kilit Konuların Özeti

Yaşam kalitesinin niteliği, nasıl tanımlanacağı ve nasıl ölçüleceği, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinde kilit konulardır. Bu alandaki araştırma, uygun seviyedeki analiz ve ölçümün belirlenmesine odaklanmaktadır. Yaşam kalitesi girişimleri, öncelikle bireylere faydalı olmaya mı odaklanmalıdır? Çevrede ve toplum seviyelerinde daha yakın çevre belirleyicilerini mi yoksa sistem seviyesindeki göstergeleri mi ele almalıdırlar? Bu konuların, sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki benzer konularla paralellik göstermesi şaşırtıcı değildir.

Değerlendirme Konuları

Literatürde, yaşam kalitesi girişimlerini değerlendirmesinde asıl mesele, çeşitli paradigmlar kullanılmasının uygunluğudur. Nitel yöntemler, bireylerin yaşam kalitesi ve girişimlerin etkilerinin değerlendirmesinde belirgin ve önemli bir potansiyele sahiptir.

Yaşam kalitesinin ölçümü, öznel algılama ve değerlerle çok içi içe olduğu için nitel yöntemler kullanan çalışmaların bu kadar az olması şaşırtıcıdır. Bu eksiklik, girişimlerin uygulama ve değerlendirmesinin; yaşlılar, hastalar, engelliler ve yoksullar gibi dezavantajlı grupların yaşam kalitesini artırmak açısından muhtemel güçlü etkileri göz önünde tutulduğunda daha da önemlidir. İnsanların, kendi hikâyelerini kendileri için önemli şekilde anlatmalarına imkân verecek yöntemler geliştirilmelidir. Bir yaşam kalitesi girişiminin, herhangi bir değerlendirmesi, nicel ölçümleri tamamlayacak nitel bir bileşene sahip olmalıdır (bk. Fası 5).

Nitele karşı nicel yöntemler tartışmasının ötesine geçen canlı bir tartışma ortaya çıkmıştır. Bu tartışma; araştırmacıların, araştırmada katılımcılara danışma ve onlarla iş birliği yapma gibi bir sorumluluğu olup olmadığını ve araştırma çabalarının faydasını sormaktadır. Katılımcı eylem araştırmacısının savunucuları, çoğu kez araştırmacıların kariyerlerinin gelişmesine yardımcı olsa da araştırmaların çoğunun katılımcılara sınırlı fayda sağladığını veya fayda sağlamadığını öne sürmektedir (bk. Fası 4).

Yaşam Kalitesi Konuları

Girişimlerin odağı ve uygun ölçme seviyesi, yaşam kalitesine özgü bir konudur. Yaşam kalitesi girişimleri, bireylerin baş etme davranış ve becerilerine mi, toplum seviyesindeki süreçlere mi, yoksa sağlıklı halk politikalarının geliştirilmesine mi odaklanmalıdır? Müdahaleler, toplum seviyesindeki veya bireysel ya da sosyal seviyedeki ölçümlerle mi değerlendirilmelidir? İki konu birbiriyle ilgilidir ancak, özünde aynı değildir. Örneğin, toplum seviyesindeki girişimler, etkisi hem birey hem de toplum seviyesindeki ölçümlerle toplum üyelerinin özellikleri ve sosyal politika değişiklikleri ölçülerek değerlendirilebilir. Diğer birleşimler muhtemel değildir ve olanaksızdır.

Birçok sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcısı, bireylerle çalışmaya devam etmektedir. İnsanlar, hastalık veya engellilik için tedavi edilmektedir. Halk sağlığı birimleri risk taşıyan bireyleri tespit etmektedir ve doktorlar hastaları tek tek görmeye devam etmektedir. Böylesi teke tek fırsatlar bireylerin yaşamlarını etkileyen konuları tespit etmek, yaşam kalitelerini araştırmak ve yaşam kalitelerini iyileştirmek için bireylerle çalışmak amacıyla kullanılabilir.

Toplumsal gelişim yaklaşımları; ortak coğrafi, sosyal veya kültürel birimin üyelerini sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri için organize etmekte ve kendi kendilerine tanımladıkları sorunların kendi üyeleri tarafından tespiti ve çözümü vasıtasıyla toplumların güçlendirilmesini vurgulamaktadır. Toplum seviyesindeki yaklaşımlar, bireylerin çevreleriyle olan bağlantılarını, toplum yapıları ve kurumların geliştirilmesini ele almaktadır. Böylesi müdahalelerin etkilerinin değerlendirilmesi bireysel seviyede ölçümü gerektirmeyebilir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sosyal politika yaklaşımları “bakış açısında çevresel, kapsamda çok sektörlü ve stratejide katılımcı” olarak tanımlanmaktadır (79). Ottawa Sözleşmesi (2), savunuculuk ve sağlıklı sosyal politikaların geliştirilmesine çağrı yapmaktadır: yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkileri olabilecek yasal seviyede müdahaleler. Başlıca konular, ekonomik kaynakların dağılımı, sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin eşit temelde mevcudiyeti ve sağlığı teşvik eden ortamların geliştirilmesi ile ilgilidir.

Yaşam kalitesi girişimlerinin herhangi bir seviyede değerlendirmesi, bireysel seviyede ölçümü içerebilir. Ancak, böyle bir ölçümü bireysel seviyedeki girişimle birleştirmek sorun yaratabilir. Sosyal faktörler ihmal edilebilir veya ilgi sadece bireysel değişime odaklanabilir. Robertson (80); örneğin, yaşlıların yaşamlarına yönelik bireysel seviyede yaklaşımın, yaşlılığın sağlık profesyonellerince tedavi edilmesi gereken bireysel bir patoloji olarak görülmesine neden olabileceğini ve bu nedenle yoksulluk, izolasyon ve rol ve statü kaybının ihmal edileceğini düşünmektedir. Kuşkusuz, toplum seviyesindeki girişimler, bireysel seviyedeki ölçümle desteklenerek bu seviyedeki ölçüme odaklanmalıdır. Toplumsal seviyedeki girişimler; toplum seviyesinde ya da toplumsal veya bireysel seviyelerde değerlendirilebilir.

Sağlığı Teşvik Girişimlerinin Değerlendirmesine Yönelik Kurallar

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesine ilişkin kurallar; yaşam kalitesi hakkındaki varsayımların ifade edilmesi, yaklaşım seçiminin gerekçelendirilmesi ve girişimlerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teori ve uygulaması üzerindeki etkilerinin incelenmesinin önemini vurgulamaktadır. Tüm bu faaliyetlerde, girişimler ve değerlendirmelerinin ardındaki çeşitli gündemlerin bilinip bilinmediği net değildir. Bir değerlendirmeyi yapan kişinin gündemi belirgin olmayabilir ve çeşitli paydaşların gündemleriyle çelişebilir. Tüketicileri, yani değerlendirmenin tatmin etmek zorunda olduğu kişi veya kişileri, tespit etmek önemlidir. Bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimini değerlendirenler:

- Yaşam kalitesine ilişkin varsayımlarını netleştirmelidir,
- Değerlendirme yaklaşımlarını belirlemelidir,
- Ölçme odaklarını belirlemelidir,
- Yaşam kalitesi çıktı ölçülerinin niteliğini belirlemelidir.

Belirgin Varsayımlar

Daha önce işaret edildiği üzere *yaşam kalitesi* sağlık bilimlerinde hemen hemen her yerde kullanılan bir terim hâline gelmiştir. Sağlık profesyonellerinin tüketicilere odaklanıyor ve sağlık konusunda sert bir biomedikal yaklaşımın ötesine geçiyor gibi görünme ihtiyacı, çevrelerin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin farkındalığın artması ve yaşam kalitesinin, bu kaygıları ele almada bir araç olarak çekiciliği muhtemelen bu nedenler arasındadır. Bu gelişmelerin önemini inkâr etmemekle birlikte bu fasıl, yaşam kalitesi girişimlerinin, DSÖ'nün sağlık, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve sosyal fonksiyon ve refah tanımlarına dayanması gerektiğini öne sürmektedir (1-3).

Burada sunulan vaka çalışmaları, DSÖ destekli görüşlerin, sağlığın karmaşık bileşenlerini ele alma ihtimali yüksek yaşam kalitesi girişimlerinin önünü nasıl açabileceğini ve bunları iyileştirme yönünde nasıl hareket edebileceğini göstermektedir.

Değerlendirme Yaklaşımı

Bir değerlendirme yaklaşımının seçimi; kullanılacak yöntemlerin seçilmesi, ele alınacak konuların belirlenmesi ve toplanacak veri türünün tespit edilmesinden çok daha fazlası anlamına gelmektedir. Geleneksel paradigmada yürütülen değerlendirmeler, tasarım ve araç geliştirmede geleneksel yaklaşımlar, nicel veri analizleri ve kolaylıkla ölçülebilen ve nicel olarak ifade edilebilen çıktıları vurgulamaktadır. Lincoln ve Guba (20), bu yaklaşımlarla tutarlı olan gerçekliğin niteliğini özetlemektedir.

Benzer şekilde, yapılandırıcı yaklaşım; bireylerin algılamalarını, fenomenolojik ve etnografik yöntemlerin kullanımını, nitel analizi ve verinin raporlanmasını vurgulamaktadır. İncelenen konular, kişisel anlamlarla ilgili olacaktır. Gerçekçi yaklaşımlar, toplumun işleyişini ve sosyal yapıların analizini vurguladığı için radikal veya eleştirel bakış açısından politika analizleri, norm niteliği taşımaktadır.

Ayrıca, toplum temelli araştırmalarda iş birliği ve katılımın niteliği, programların uygulaması ve değerlendirmesi bakımından etkileri olan ve daha da önemli hâle gelen konulardır. Yaşam kalitesi araştırması, bu son gelişmeleri göz ardı edemez.

Ölçme Seviyesi

Belirtildiği üzere Lindström'ün modeli, yaşam kalitesi girişimlerinin etkilerine tüm seviyelerde önem verilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Bunun kapsamlı olabileceği düşünülmeyle birlikte, tüm seviyelerin ele alınması çoğunlukla pratik olmayacaktır. Pratik olarak etkilerin değerlendirmesi, esas odak seviyesi ve onun altındaki tüm seviyeleri içerebilir. Bu durum, sosyal politikaya odaklanan bir girişimin teorik olarak bu seviyedeki ve toplumsal ve bireysel seviyelerdeki etkileri inceleyebileceğini göstermektedir. Bireysel seviyedeki bir girişim, bu seviyedeki ve bireysel seviyenin altındaki seviyelerdeki etkileri değerlendirilebilir. Ancak bu, uygulamada pek muhtemel gözükmemektedir.

Yaşam Kalitesinin Çıktı Ölçütleri

Girişimleri değerlendirmeye yönelik çıktı ölçütlerinin içeriği, ölçme odağı ile ilgilidir. Faydalı bir sınıflandırma; bireysel seviyede tutum, inanç, niyet ve davranışları ele almaktadır. Ek çıktı ölçütleri, kişisel kontrol veya güçlendirmeyi içermelidir. DSÖ Sağlıklı Şehirler konusuyla ilgili dokümanlarda belirtilenler de dâhil olmak üzere toplum seviyesinde uygun olan ölçütlere ilişkin canlı tartışmalar vardır. Seçilen göstergeler, girişimin amaç ve içeriğini yansıtmalıdır.

Değerlendiriciler, girişimleri değerlendirmek için uygun sosyal seviyedeki göstergeleri belirlemek üzere sosyal göstergeler geleneğinden (12) ve DSÖ dokümanlarındaki kapsamlı çalışmalardan faydalanabilir. Lindström ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Merkezi'nin yaklaşımları önemli başlangıç noktalarıdır.

Hakkaniyet ve Yaşam Kalitesi

Hakkaniyet kavramı, Ottawa Sözleşmesi (2) ve başka yerlerde (1,3,81) belirtilen ve sağlık hizmetleri ve sağlık çıktılarına (82,83) erişim tartışmalarında dikkate alınan önemli bir DSÖ ilkesidir. Sağlık hizmetlerden faydalanmanın önündeki engeller oldukça ilgi görmektedir (84). Daha yakın zamanlarda yapılan araştırmalar; organ nakli, belli türdeki ameliyatlar ve sağlık kaynaklarının tahsisindeki eşitsizlikleri incelemektedir (85,86).

Toplamlar arasında ve içinde sağlık çıktılarındaki sistematik farklılıkların tespit edilmesi, başlarda sağlık hizmetlerine erişim konusuna olan ilgiyi gölgede bırakmıştır. İngiltere'deki raporlar (56,57), sağlığın belirlenmesinde sosyal statünün rolüne dikkat çekmiştir. Bu raporlarda yer alan bir dizi tavsiye ve sosyal refah politikası vasıtasıyla sağlık alanındaki eşitsizliklerin nasıl azaltılacağı Avrupa'da hararetli bir tartışma konusudur.

Tartışmanın odağı, sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesinde ekonomik eşitsizliklerin rolüne kaymıştır. Wilkinson'ın *Sağlıksız toplumlar (Unhealthy societies)* (46) başlıklı

çalışmasının yayımlanması, toplumlarda refah ve kaynaklarını dağılımı ve artan eşitsizliklerin sağlık çıktısı eşitsizliklerini nasıl artıracığına ilişkin kesinlikle daha fazla tartışmaya neden olacaktır. Ayrıca, tartışmanın, kısmen bastırıldığı Kanada ve Amerika’da daha yüksek bir profile sahip olması beklenebilir. Siyasi olarak gelişmiş ülkelerde eşitsizlikleri artırdığı görülen bazı hükümetler iktidardan uzaklaştırılmıştır. Bu eğilimin devam edip etmeyeceği bilinmemektedir.

Bu tartışmanın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaşam kalitesi girişimlerini uygulayan kişiler üzerindeki etkileri çok daha fazladır. Bir yandan, bireyler veya toplumlara odaklananlar, sosyal eşitsizliklerin sağlıkta eşitsizlikleri destekleyici rolünü kolaylıkla ihmal edebilir. Kısmen bireyselleşmiş yaklaşımlara odaklanarak yaşam kalitesini iyileştirme girişimleri; kuşkusuz, sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemli rolüne meydan okuyacaktır. Diğer taraftan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri ile ilgilenenler, sosyal analizlerce belirlenmiş yaşam kalitesi konularını ele almaya cesaretlendirilmiş olabilir: ekonomik kaynakların dağılımını eşit hâle getirme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarını savunma ve işsizlik, gıda güvensizliği ve yetersiz barınma gibi sorunlarla mücadele etme.

Ancak, yaşam kalitesi konusundaki görüşün, var olabilecek nesnel bir gerçeklikle olduğu kadar kişinin değerleri ile de çoğu kez bağlantılı olduğu unutulmamalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplumda daha fazla ekonomik eşitliği savunmak için kullanılabilirken (87), bu savunuculuğun altında yatan neden, sadece adil bir topluma duyulan inanç olabilir. Bu duruş halk sağlığı çevrelerinde giderek daha da yaygınlaşmaktadır (88).

Böylesi bir duruşa sahip olmak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri için ilgili göstergelerin belirlenmesine yardımcı olmayı amaçlayan ve daha önce değinilen sosyal göstergeler geleneğine daha fazla bağlı olma başta olmak üzere bir takım stratejik kararlar gerektirmektedir. Sağlık konusunda politika yapanların, sosyal politika konusunda çalışanların gündeme getirdiği kilit konuları dikkate almasını gerektirecektir. Bunun ilginç bir örneği Kanada’da görülmüştür; Kanada’da artan ekonomik eşitsizlikleri eleştiren kitapların yazarı Linda McQuaig, (89, 90), 1997 yılındaki Kanada Halk Sağlığı Birliği toplantısında ekonomik eşitsizlik ve sağlık konusunda bir konuşma yapmıştır.

Yaşam kalitesine böylesine geniş bir yaklaşım, QALY ve DALY’e (39,91) yapılan artan vurguyu dengeleyici nitelikte olabilir. DALY, yaşam kalitesinin medikalleştirilmesini temsil etmektedir. Ancak sağlıkta eşitliğe olan vurgu; bizi sağlığın daha geniş belirleyicilerine, adil bir topluma ve bu amaç doğrultusunda çalışılırken başvurulacak yollara geri götürmektedir. Toplumlarda artan ekonomik eşitsizliklere ilişkin mevcut kanıtlar dikkate alındığında bu yaklaşımın zamanlaması uygundur. Geoffrey Rose’in ifade ettiği gibi (92): “Hastalığın birincil belirleyicileri çoğunlukla ekonomik ve sosyaldır. Bu nedenle çareleri de ekonomik ve sosyal olmalıdır. Tıp ve siyaset birbirinden ayrı tutulamaz ve ayrı tutulmamalıdır.”

Kaynaklar

1. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*, 42nd ed. Geneva, World Health Organization, 1999.
2. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
3. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
4. ROMNEY, E. ET AL., ED. Improving the quality of life of people with and without disabilities. *Social indicators research*, 33: 1-3 (1994).
5. MICHALOS, A.C. *General report on student well-being*. New York, Springer, 1993.
6. ROOTMAN, I. How is quality of life related to health and health promotion? In: Liss, P. & Nikku, N., ed. *Health promotion and prevention: theoretical and ethical aspects*. Linköping, Department of Health and Society, University of Linköping, 1994.
7. RAEBURN, J.M. & ROOTMAN, I. Quality of life and health promotion. In: Renwick, R. et al., ed. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, Sage 1996.
8. THORNDIKE, E.L. *Your city*. New York, Harcourt, Brace and Company, 1939.
9. NAEISS, S. *Quality of life research: concepts, methods and applications*. Oslo, Institute of Applied Social Research, 1987.
10. TURNBULL, H. & BRUNK, G. Quality of life and public philosophy. In: Schalock, R., ed. *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 1990.
11. SCHALOCK, R. Where do we go from here? In: Schalock, R., ed. *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 1990.
12. BROWN, I. Promoting quality within service delivery systems. *Journal on developmental disabilities*, 3(2): i-iv (1994).
13. RAPHAEL, D. ET AL. Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions. *Social indicators research*, 39: 65-88 (1996).
14. EVANS, R.G. ET AL. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
15. MICHALOS, A.C. *North American social report. Volume 1. Foundations, population, and health*. Boston, Reidel Publishing Company, 1980.
16. RAPHAEL, D. Defining quality of life: eleven debates concerning its measurement. In: Renwick, R. et al., ed. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, Sage 1996.
17. RAPHAEL, D. Quality of life of persons with developmental disabilities: live issues concerning its nature and measurement. *Journal on developmental disabilities*, 5(2): 44-66 (1997).
18. GUBA, E. The alternative paradigm dialogue. In: Guba, E.G., ed. *The paradigm dialogue*. Thousand Oaks, Sage, 1990.

19. LINCOLN, Y.S. Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research. *Qualitative inquiry*, 1: 275-290 (1995).
20. LINCOLN, Y.S. & GUBA, E.G. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, Sage, 1985.
21. FAY, B. The elements of critical social science. In: Hammersley, M., ed. *Social research: philosophy, politics, and practice*. Newbury Park, Sage, 1993.
22. PARK, P. What is participatory research? A theoretical and methodological perspective. In: Park, P. & Hall, B., ed. *Voices of change: participatory research in the United States and Canada*. Westport, Begin & Garvey, 1993.
23. WOODILL, G. *Independent living and participation in research: a critical analysis*. Toronto, Centre for Independent Living, 1992.
24. WILSON, J. *Social theory*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1983.
25. RIOUX, M.H. & BACH, M., ED. *Disability is not measles: new research paradigms in disability*. North York, Roeher Institute, 1994.
26. OLIVER, M. *The politics of disablement*. London, Macmillan, 1990.
27. HOLLANDSWORTH, J. Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: a 5-year update. *Social science and medicine*, 26: 425-434(1988).
28. LIVNEH, H. Rehabilitation goals: their hierarchical and multifaceted nature. *Journal of applied rehabilitation counselling*, 19(3): 12-18 (1988).
29. SPILKER, B. *Quality of life in clinical trials*. New York, Raven, 1990.
30. SCHIPPERS, H. ET AL. Definitions and conceptual issues. In: Spilker, B., ed. *Quality of life in clinical trials*. New York, Raven, 1990.
31. SPILKER, B. ET AL. Quality of life bibliography and indexes. *Medical care*, 28(Suppl. 12) (1990).
32. LAWTON, M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren, J. et al., ed. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. New York, Academic, 1991.
33. KAPLAN, R.M. & BUSH, J. W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health psychology*, 1: 61-80 (1982).
34. TORRANCE, G.W. Multiattribute utility theory as a method of measuring social preferences for health states in long-term care. In: Kane, R.L. & Kane, R.A., ed. *Values and long-term care*. Lexington, MA, Lexington Books, 1982.
35. FERNANDEZ, M J. ET AL. An agenda to debate: the World Bank report *Investing in health*. *Revista espanola de salud publica*, 69(5): 385-391 (1995).
36. MARSEILLE, E. Cost-effectiveness of cataract surgery in a public health eye care programme in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 14(3): 319-324 (1996).
37. PRABHAKAR, R. Tuberculosis - The continuing scourge of India. *Indian journal of medical research*, 103: 19-25 (1996).
38. BARKER, C. & GREEN, A. Opening the debate on DALYs. *Health policy and planning*, 11(2): 179-183 (1996).
39. MORROW, R.H. & BRYANT, J.H. Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *American journal of public*

- health*, 85(10): 1356-1360 (1995).
40. BOWLING, A. *Measuring health*. Philadelphia, Open University Press, 1991.
 41. *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease published in accordance with resolution WHA2935 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. Geneva, World Health Organization, 1980.
 42. MCDOWELL, I. & NEWELL, C. *Measuring health*. New York, Oxford University Press, 1987.
 43. STEWART, A. & WARE, J. *Measuring functioning and well-being: the medical outcome study approach*. Durham, NC, Duke University Press, 1992.
 44. ASHTON, J. *Healthy Cities*. Philadelphia, Open University Press, 1992.
 45. DAVIES, J.K. & KELLY, M.P. *Healthy Cities: research and practice*. New York, Routledge, 1993.
 46. WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. New York, Routledge, 1996.
 47. FINSTERBUSCH, K. ET AL., ED. *Social impact assessment methods*. Newbury Park, Sage Publications, 1983
 48. LAND, K.C. Social indicator models: an overview. In: Land, K.C & Spilerman, S., ed. *Social indicator models*. New York, Russell Sage Foundation, 1975.
 49. MILES, I. *Social indicators for human development*. London, Frances Pinter Publishers, 1985.
 50. WOLF, C.P. Social impact assessment: a methodological overview. In: Finsterbusch, K. et al., ed. *Social impact assessment methods*. Newbury Park, Sage Publications, 1983, pp. 15-33.
 51. US DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE. *Towards a social report*. Washington, DC, US Government Printing Office, 1969.
 52. SHELDON, E. & LAND, K.C. Social reporting for the 1970's: a review and programmatic statement. *Policy sciences*, 3: 137-151 (1972).
 53. LINDSTRÖM, B. *The essence of existence: on the quality of life of children in the Nordic countries*. Gothenburg, Nordic School of Public Health, 1994.
 54. ERIKSON, R. Descriptions of inequality: the Swedish approach to welfare research. In: Nussbaum, M. & Sen, A., ed. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.
 55. STATISTICS CANADA. *Canadian social trends*, 33 (1994).
 56. TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N., ED. The Black report. In: *Inequalities in health*. Harmondsworth, Penguin, 1992.
 57. WHITEHEAD, M. The health divide. In: *Inequalities in health*. Harmondsworth, Penguin, 1992.
 58. LEE, P. & TOWNSEND, P. A study of inequality, low incomes and unemployment in London, 1985-92. *International labour review*, 133(5-6): 579-595 (1994).
 59. HANCOCK, T. The healthy city from concept to application: implications for research. Kelly, M. & Davies, J., ed. *Healthy Cities: research and practice*. London, Routledge, 1994.
 60. *City health profiles: how to report on health in your city*. Copenhagen, WHO

- Regional Office for Europe, 1994 (document ICP/HSIT/94/01 PB 02).
61. FLYNN, B.C. & DENNIS, L.I. *Documenting the urban health situation: tools for Healthy Cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/HCIT 94 07/PB01).
 62. RAPHAEL, D. ET AL. Quality of life: what are the implications for health promotion? *American journal of health behavior*, 21: 118-128 (1997).
 63. GREEN, L. W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
 64. BORTHWICK-DUFFY, S.A. *Quality of life of mentally retarded people: development of a model* [Dissertation]. Riverside, University of California, Riverside, 1986.
 65. RAPHAEL, D. ET AL. Assessing the quality of life of persons with developmental disabilities: description of a new model, measuring instruments, and initial findings. *International journal of disability development and education*, 43: 25-42 (1996).
 66. LINDSTRÖM, B. Quality of life: a model for evaluating health for all. *Sozial undpraventivmedizin*, 37: 301-306 (1992).
 67. LINDSTRÖM, B. & SPENCER, N. *European textbook of social paediatrics*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
 68. RAPHAEL, D. The determinants of adolescent health: evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda. *Journal of adolescent health*, 19: 6-16 (1996).
 69. RENWICK, R. & BROWN, I. Being, belonging, becoming: the Centre for Health Promotion model of quality of life. In: Renwick, R. et al., ed. *Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
 70. BAKAN, D. *The duality of human existence: isolation and communion in western man*. Boston, Beacon, 1964.
 71. BECKER, E. *The birth and death of meaning*, 2nd ed. New York, Free Press, 1971.
 72. MERLEAU-PONTY, J. *The visible and the invisible*. Evanston, Northwestern University Press, 1968.
 73. SULLIVAN, E. *A critical psychology: interpretation of the personal world*. New York, Plenum, 1984.
 74. ZANER, R. *The context of self: a phenomenological inquiry using medicine as a clue*. Athens, Ohio University Press, 1981.
 75. RUDMAN, D. ET AL. The quality of life profile for adults with physical disabilities. *Canadian journal of occupational therapy*, 62: 25 (1995).
 76. RAPHAEL, D. ET AL. The quality of life profile - Adolescent version: background, description, and initial validation. *Journal of adolescent health*, 19: 366-375 (1997)
 77. RAPHAEL, D. ET AL. The quality of life of seniors living in the community: a conceptualization with implications for public health practice, *Canadian journal of public health*, 86: 228-233 (1995).

78. RAPHAEL, D. ET AL. *The quality of life profile: a generic measure of health and well-being*. Toronto, Centre for Health Promotion, 1997.
79. MILIO, N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health promotion international*, 2(3): 263-274 (1987).
80. ROBERTSON, A. The politics of Alzheimer's disease: a case study in apocalyptic demography. *International journal of health services*, 20: 429-442(1990).
81. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986.
82. DEPPE, H.U. Health and society in times of change. *World health forum*, 17(2): 194-196 (1996).
83. KRASNIK, A. The concept of equity in health services research. *Scandinavian journal of social medicine*, 24(1): 2-7 (1996).
84. LILLIE-BLANTON, M. ET AL. Latina and African American women: continuing disparities in health. *International journal of health services*, 23(3): 555-584 (1993).
85. GRYTEN, J. ET AL. Can a public health care system achieve equity? The Norwegian experience. *Medical care*, 33(9): 938-951 (1995).
86. KESKIMAKI, I. ET AL. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Social science and medicine*, 41(3): 425-431 (1995).
87. GLYN, A. & MILIBRAND, D. *Paying for inequality: the economic costs of social injustice*. London, Oram Press, 1994.
88. *Action statement on health promotion*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1996.
89. McQUAIG, L. *The wealthy banker's wife: the assault on equality in Canada*. Toronto, Penguin, 1993.
90. McQUAIG, L. *Shooting the hippo: death by deficit and other Canadian myths*. Toronto, Viking, 1995.
91. MOATTI, J.P. ET AL. QALYS or not QALYS: that is the question? *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43(6): 573-583 (1995).
92. ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. New York, Oxford Books, 1992.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Ekonomik Açıdan Değerlendirilmesi

Christine Godfrey

Giriş

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ayrılan kaynaklar çoğu zaman sınırlıdır ve müdahaleleri uygulayanlar ve müdahalelere fon sağlayanlar için paranın değerinin karşılığının alınmasını sağlamak önemlidir. Bu konular oldukça dikkat çekmesine rağmen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinde ekonomik tekniklerin özel olarak uygulanması sınırlı kalmaktadır.

Ekonomik değerlendirmeler, alternatif girişimlerin girdi (maliyet) ve çıktılarının (fayda) tespit edilmesi, ölçülmesi ve değerlendirmesini içermektedir. Bir çalışmadaki girdiler ve çıktılar, ele alınan soruya ve çalışmanın bakış açısına bağlıdır. Soru oldukça spesifik olabilir. Örneğin, tahsis edilmiş belli bir bütçe dikkate alındığında hangi müdahaleler (veya müdahalelerin birleşimi) gebe kadınlar arasında sigara içme oranının azaltılması yönündeki hedefe ulaşabilir? Daha genel bir soru, mevcut kaynakların farklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri arasında nasıl bölüştürülmesi gerektiği olabilir. Ayrıca, bu faaliyetlere yönelik kaynakların toplam tutarı da belirlenmelidir. Bu durumda, sağlık sektöründe fon aktarmaya aday olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin tedavi veya rehabilitasyonla kıyaslanması gerekebilir. Alternatif olarak eğitim sektöründeki bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesi, öğretmenlerin zaman ayırdıkları diğer şeylerle veya paranın karşılığının alınması bakımından alternatif ekipmanların satın alınmasıyla kıyaslanabilir. Farklı sorular; dikkate alınması gereken alternatifler ve dolayısıyla tespit edilmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi gereken maliyet ve çıktılar bakımından belirleyici olmaktadır.

Bu bakış açısı, çalışma kapsamının belirlenmesi açısından da önemlidir. Bazı bakış açıları sadece, hizmet veya bütçelerini doğrudan etkileyen maliyetler ve çıktılarla ilgileniyor olabilir. Dolayısıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcısı doğrudan sunulan hizmetlerin maliyetleriyle ilgilenirken diğer tarafların ayırdığı zaman veya diğer kaynaklarla ilgilenmeyebilir. Örneğin, gebe kadınlara yönelik müdahaleler; ebe, doktor ve diğer sağlık çalışanlarından girdiler içerebilir. Değerlendirmede dar bir bakış açısı kullanılması hâlinde, sadece sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kurumu tarafından kullanılan kaynaklar dikkate alınacaktır. Ancak ekonomistlerin çoğu, dar bir yaklaşımda çok fazla sınırlama olduğunu ve bu yaklaşımın, maliyet kaymasının en fazla olduğu programların lehinde olma eğilimi sergilediğini öne sürecektir. Yani sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcısından en az doğrudan girdi ve diğer gruplardan en büyük girdi edinen programlar. Projelerin, paranın karşılığı bakımından sıralanması; analiz, tüm maliyet ve faydaları içeriyorsa (kim tarafından karşılanmış ve sağlanmış olursa olsun) çok farklı olabilir. Genel olarak ekonomistler, maliyetleri

kimin karşıladığına veya kimin fayda sağladığına bakmaksızın tüm maliyet ve sonuçları dikkate alan sosyal bakış açısından yanadır.

Kuşkusuz, ekonomik değerlendirmeler; teorik soyut kavramlardan ziyade gerçek durumlarda ortaya çıkabilecek soruları ele almaktadır. Diğer değerlendirme yöntemlerini temel almakta ve sık sık bu yöntemleri kullanmaktadırlar. Ekonomik değerlendirmelerde, özellikle çıktı veya etkinlik yaklaşımları, analizin bir bileşenini teşkil etmektedir. Bir müdahale, etkili olmadığı sürece müdahalenin, alternatiflerinden daha maliyet etkin olduğu düşünülemez. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin etkililiğinin değerlendirmesi zor bir iştir. Tıbbi tedavi müdahaleleri için net bir kanıt hiyerarşisi kullanılmaktadır. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri için böylesi bir hiyerarşi belirlemek daha zor olacaktır.

Buna ilaveten ekonomik değerlendirmeler çok daha büyük bir değerlendirme sürecinin sadece bir parçasını oluşturmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin nasıl işlediğini anlamak için diğer nicel ve nitel teknikler kullanılmadığında, ekonomik değerlendirmeleri tek başına kullanmak çok yanıltıcı olabilir. Sonuçların genellenmesi, literatürün küçük olmasından dolayı özellikle bir sorundur. Örneğin, kitlesel bir medya müdahalesinin maliyet ve faydalarını değerlendiren bir çalışma, daha fazla araştırma yapılmadan benzer tüm kitlesel medya kampanyalarında kullanılmak üzere genellenemez. Böylesi çalışmaların, kimi zaman daha da geniş genellemeler yapmak için kullanılması daha büyük bir sorundur: örneğin, ilgili alanlarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının türleri hakkında. Bu sorunların üstesinden gelmek için ekonomistlerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanlarıyla ortak çalıştığı daha kaliteli ekonomik değerlendirmelere ihtiyaç vardır. Ekonomik değerlendirme tekniklerinin avantajları ve sınırlamaları daha iyi bilinirse ilerleme kaydedilebilir.

Ekonomik değerlendirmede ölçme ve kıyaslama yapılması gerekmektedir. Bugüne kadar, çok az ekonomik değerlendirme yapılmıştır ve daha genel bir değerlendirme paketinin bölünmez bir parçası olarak ekonomik bir bileşeni olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerini bulmak zordur. Bu fasıl, daha fazla çalışma yapılması yönündeki ihtiyacı kabul ederken ekonomik değerlendirme yaklaşımlarını ve bunların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerine nasıl uygulanabileceğini ele almaktadır. Varsa literatürden örneklerle farklı ekonomik değerlendirme türleri hakkında bilgi vermekte ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin ekonomik değerlendirmesi sırasında dikkate alınması gereken adımlar konusunda rehberlik sunmaktadır. Ekonomik değerlendirmeler, bir dizi varsayım içermekte ve seçim yapılmasını gerektirmektedir. Bu fasıl, hem sağlık ekonomistlerinin kendi arasında hem de sağlık ekonomistleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanları arasında tartışılmakta olan birçok konuyu gözden geçirmektedir.

Ekonomik Değerlendirme Türleri ve Kullanımları

Kullanılan ekonomik değerlendirme tekniğinin türü, ele alınan sorularla çok

yakından ilgilidir. Ancak kavramlar kafa karıştırabilir. *Maliyet etkinliği*, tüm ekonomik değerlendirme türlerinde sık sık kullanılan genel bir terimdir. Ayrıca, yazarlar bazı türleri yanlış sınıflandırmaktadır. İlk ayırım, tam ve kısmi ekonomik değerlendirmeler arasındadır. Tam ekonomik değerlendirme, 2 özelliğe sahiptir: hem girdi (maliyetler) hem de çıktılar (faydalar) dikkate alınması ve her ikisinin diğer girişimlerle karşılaştırılması. Kısmi değerlendirmeler, bu öğelerden sadece bazılarını içermektedir. Tam değerlendirmeler, temel çıktının nasıl ölçüldüğü ve değerlendirildiğine göre sınıflandırılan çeşitli farklı türler içermektedir (1).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin yayımlanmış ekonomik değerlendirmelerinden bazıları, sağlık hizmetleri değerlendirmesi geleneklerini takip etmektedir ve sağlık konusuna yönelik dar bakış açıları nedeniyle eleştirilebilir (2). Çoğu değerlendirme, sağlık konusunda daha geniş bir bakış açısı benimsemektense hastalığa odaklanmaktadır. Tabii ki sağlık hizmetleri müdahalelerinin çoğuyla rekabet edebilecek ve (bazı olası faydalar göz ardı edilse bile) paranın karşılığı açısından daha başarılı olabilecek sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri, güçlü desteği hak etmektedir. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin tümü, sağlık sektöründeki kişilerce fonlanmamakta veya gerçekleştirilmemektedir (bk. Fasil 22). Örneğin ulaştırma kurumları, yolların düzenini değiştirerek veya yeni mevzuatlar hazırlayarak kazaları önlemeye çalışabilir. Çevresel müdahaleler önemli dersler verebilir. Genel olarak çevresel müdahalelerin olumsuz faydaları konusunda ekonomik değerlendirme yapılabilir ve çevre sektöründe maliyet fayda tekniklerinin kullanımı, sağlık hizmetleri sektöründen daha yaygındır. Ulaştırma veya çevre ekonomistlerinin ekonomik değerlendirmelerde kullandığı gelenekler, burada tanımlananlardan biraz farklı olsa da teorik temel bakımından aynıdır. Ayrıca, sonuçlar biraz farklı sunulmuş olsa da çoğu durumda değerlendirmeler nihai sonuç ve politika tavsiyeleri içerecektir.

Kısmi Ekonomik Değerlendirme Türleri

Tek müdahalelerde veya programlarda çıktı tanımı, maliyet analizi veya maliyetçikti tanımları yapılabilir. Maliyet analizi, ekonomistin özel alanı olarak görülebilecekken çıktı ve maliyet-çıktı çalışmalarının diğer değerlendiricilerle iş birliği hâlinde yapılması olasılığı daha yüksektir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin maliyet çalışmasına ilişkin bazı sorunlar vardır. Birçok müdahalede, çeşitli faaliyetlere dâhil olabilecek bir dizi birey ve kuruma ait zamanı ve diğer kaynakları kullanılmaktadır. Maliyet çalışmasında, ekonomistler, illa ekonomik değeri değil fırsat maliyeti kavramını kullanmaktadır. Fırsat maliyeti, bazı diğer amaçlar için kullanılması bakımından kaynağın değerini (ham maddeler, toprak, iş gücü veya sermaye) temel almaktadır. Paylaşılan kaynaklar sorunu, tüm girdilerin takip edilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinde kullanılan bazı kaynak türlerinin yeterli değerlendirmesinin yapılması; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin maliyet çalışmasında ele alınan başlıca konulardır.

Shiple ve ark.(3), yirmi altı farklı toplum sigara bırakma (bırak ve kazan) yarışmasında, maliyet ve katılım arasındaki ilişkiyi inceleyen bir maliyet-sonuç çalışması gerçekleştirmiştir. Bu çalışma, toplumun zamanında katkılarını ve toplam medya ve personel maliyetlerini içeren doğrudan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girdisini içermektedir. Veriler, bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Ancak kullanılan metodoloji konusunda çok az ayrıntı sunulmaktadır. Çalışmanın amacı, çıktılar ve kaynak seviyeleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Sadece alternatif müdahalelerin çıktılarının kıyaslanması faydası sınırlı olmaktadır. Ekonomik açıdan bu; farklı çıktılara ulaşmak için gereken kaynakları dikkate almayan kısmi değerlendirmeye karşılık gelmektedir. Kuşkusuz ekonomik olarak en etkin müdahale, ille de en fazla çıktıyı sağlayan müdahale değildir. Benzer şekilde, sadece maliyetleri karşılaştırmak, ekonomik etkinliği değerlendirmek için yeterli bilgi sunmayacak ve en ucuz seçenekten yana olacaktır. Aslında sadece hem çıktı hem de kaynağı dikkate alan değerlendirmeler, giriş kısmında değinilen soru türlerine cevap veren tam ekonomik değerlendirme olarak görülebilir.

Ancak maliyet analizi, analitik nedenlerden ziyade betimleyici nedenlerden dolayı gerçekleştirebilir. Bilgiyi, farklı müdahalelerin maliyetini etkileyen faktörleri araştırmak için kullanmak mümkündür. Sonrasında bu bilgi, yeni müdahaleler tasarlamak veya mevcut müdahalelerin izlemesine yardımcı olmak üzere kullanılabilir.

Tam Ekonomik Değerlendirmeler

Dört farklı tam ekonomik değerlendirme vardır:

- Maliyeti asgariye indirme
- Maliyet etkinliği
- Maliyet yarar
- Maliyet fayda

Bu değerlendirmelerin tümü, girdi veya maliyetleri parasal açıdan ölçmekte olup temel çıktının nasıl ölçüldüğü bakımından farklılık göstermektedir. Ekonomik değerlendirmelerin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanlarından daha fazla destek alabilmesi için öncelikle geliştirilmesi gereken temel alanlardan biri, bu konudur. Mevcut ölçülerin çoğu, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nin (4) genel ilkelerinden ziyade, hastalıklara veya hayat kurtarmaya odaklanmaktadır. Birçok insan, DALY ve QALY (5) gibi ölçüler zaten kullanılırken uzmanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmelerine gerek olup olmadığını sormaktadır (bk. Fasal 6). Buna ilaveten, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinden kimin faydalandığı sorusu vardır. Sağlık hizmetleri müdahalelerinin temel çıktıları, müdahaleleri doğrudan alan bireylerin sağlığı üzerindeki etkileridir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin konularını belirlemek zor olabilir. Mevzuat, koruma veya hatta eğitim, tüm toplumu veya belli bir nüfusu hedefliyor olabilir ve programın gerçek erişimini değerlendirmek zor olabilir. Bu nedenle değerlendirme türünün seçimi ve temel çıktıların nasıl ölçüldüğü çok

önemlidir. Tablo 7.1, her bir ekonomik değerlendirme tekniğinin temel özelliklerini sıralamaktadır.

Maliyeti Asgariye İndirme Analizi

Maliyeti asgariye indirme analizi, çıktıları tamamen aynı olduğu varsayılan 2 veya daha fazla alternatif müdahalenin karşılaştırılmasını içerir. Bu durumda maliyetleri asgariye indiren müdahale, paranın karşılığını en iyi veren müdahale olarak değerlendirilir.

Tablo 7.1. Farklı Tam Ekonomik Değerlendirme Türleri

Çalışma Türü	Alternatiflerin İşleyişi		
	Alternatiflerde Maliyetlerin Ölç/değerlen.	Sonuçların Tespit Edilmesi	Sonuçların Ölçülmesi/Değerlendirmesi
Maliyeti asgariye indirme analizi	Parasal	İlgili tüm açılardan aynı	Yok
Maliyet etkinliği analizi	Parasal	Tek odak, iki alternatifte de ortak alternatifler,	Doğal birimler (kazanılan yaşam yılı, sigarayı numbers ancak farklı derecelerde bırakanların sayısı vs.)
Maliyet yarar analizi	Parasal	Tek veya çoklu etki, ille de her iki alternatifte de ortak değil	Sağlıklı yıllar veya (sıkça) QALY
Maliyet fayda analizi	Parasal	Tek veya çoklu etki, ille de her iki alternatifte de ortak değil	Parasal

Kaynak: Drummond ve arkadaşlarından (1) uyarlanmıştır

Alternatif tüm müdahalelerin bütün sonuçlarının aynı olduğu iddialı bir varsayım olacaktır. Örneğin, bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin doğrudan faydalarının yanı sıra sağlık hizmetleri kaynaklarına ilişkin gelecekteki talebi azaltma gibi sonuçları veya ek faydaları olabilir. Ancak, müdahalelerin birtakım ilave etkileri olabilir ve çıktıların eşit olduğunu varsaymak zordur. Bazı durumlarda, bireysel faydaların aynı olduğu varsayılabilir. Ancak diğer tüm sonuçları parasal açıdan ölçmek ve dâhil etmek için girişimde bulunulur. Sonrasında net maliyetler (kaynakların maliyetinin, diğer faydalı sonuçlardan düşük olması) karşılaştırılabilir. Uygulamada, bu şekildeki maliyeti asgariye indirme çalışması; çoğu kez yanlış bir şekilde maliyet-fayda analizi olarak adlandırılmaktadır.

Bu yaklaşımın avantajı, müdahalelerin bireysel çıktılarını ölçmekten ve değerlendirmekten kaçınmasıdır. Ancak, böylesi sonuçlar nadiren müdahaleler arasında eşit olarak görülebilir. Bu nedenle standart metin ve kılavuzlar genelde bu yöntemin kullanılmasını tavsiye etmemektedir (1).

Maliyet Etkinlik Analizi

Maliyet etkinlik analizi, sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan değerlendirme türüdür. Yayınlanmış birçok sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesi ekonomik değerlendirmesi bu değerlendirme türünü kullanmaktadır. Bireysel fayda, çoğu kez ya davranışsal (sigarayı bırakanların sayısı gibi) ya da sağlık çıktısı (kurtarılan yaşam yılı, önlenen koroner kalp rahatsızlıkları vs. gibi) nicel olarak ifade edilebilen birim şeklinde ölçülmektedir. Böylesi analizler, çıktıyı çok dar kapsamlı ölçtüğü ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin birçok muhtemel faydasını ölçmediği için eleştirilebilir. Ancak, en önemli avantajı ölçüm yapmaya imkân vermesidir.

Birkaç örnek, kullanılan bazı ölçü ve metodolojileri göstermektedir. Langham ve ark. (6), bir çalışmadan elde edilen maliyetler ve çıktılarına ilişkin verileri kullanarak koroner risk puanlamasında her yüzdelik puan düşüşünün maliyetini çalışmıştır. Çalışılan müdahale, kontrol grubu kullanan bir sağlık kontrolü programıydı. Field ve ark. (7), risk faktörlerindeki düşüşü kazanılan yaşam yılı tahminlerine dönüştürmek için aynı çalışmadan elde edilen verileri ve epistemiyolojik bir modeli kullanmıştır ve maliyet etkinliğini, her kazanılan yıl başına net maliyet şeklinde değerlendirmiştir. Kahn (8), koruma programları için harcanan ek 1 milyon dolar ile önlenen HIV enfeksiyonları sayısını elde etmek üzere epistemiyolojik modelleri ve etkinlik verilerinin gözden geçirilmesini kullanarak HIV'i önleme müdahalesini çalışmıştır. Benzer şekilde Buck ve ark. (9), resmi bir maliyet etkinliği çalışması olmamakla birlikte, farklı koroner kalp rahatsızlıkları stratejilerinin genel maliyetlerini ve kazanılan yılları çalışmak için modelleme ve kanıtı gözden geçirme yöntemini kullanmıştır.

Spesifik bir ekonomik müdahalenin planlanmasında, temel çıktı ölçüsü, net olabilir. Örneğin, sigarayla mücadeleye ilişkin müdahaleler sonucunda sigarayı bırakan kişi sayısı ölçülebilir ve bu, faydalı bir çıktıdır. Ancak bir sigarayla mücadele programını, örneğin bir cilt kanseri programı ile karşılaştırmak için ortak bir davranış ölçüsü kullanmak mümkün olmayacaktır. Ortak sağlık ölçüsü olmadan maliyet etkinlik analizi yapılamaz. Böylesi bir analiz, sağlığa ilişkin amaçları olan programlar karşılaştırılırken ve bu amaçlar, hedeflenen temel çıktılar ise uygundur.

Maliyet Yarar Analizi

Maliyet yarar çalışmaları; bireylerin, yaşam kalitesi ve uzunluğunu nasıl değerlendirdiklerini veya bunlardan nasıl yarar sağladıklarını yansıtan bir ölçü kullanarak bireysel sağlık çıktılarını tespit etmekte, ölçmekte ve değerlendirmektedir. Burada, bazılarınca eleştirilseler bile (12) ve ölçüler uygulamada değişmekle birlikte, QALY (10) ve DALY (QALY'in değişik bir türü) (11) kullanılmaktadır (bk. Fasl 6).

Belli sağlık etkileri olan müdahaleleri karşılaştırma araçlarından bir tanesi, birleşik bir sağlık ölçüsü geliştirmektir. Bu, sağlık çıktıları için yarar temelli ölçüler geliştirilmesinin başlangıç noktasıdır. Genel bir sağlık ölçüsü varsa bir dizi farklı müdahaleler arasında, farklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları arasında

veya örneğin bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesi ve bir tedavi yaklaşımı arasında kıyaslamalar yapılabilir. Ekonomik değerlendirmeler daha rutin hâle gelecekse ve sonuçlar, kaynakların farklı faaliyetlere bölüştürülmesine ilişkin bazı daha üst düzey sorulara cevap vermek için birleştirilecekse aynı genel sağlık çıktısı ölçüsünü kullanmak değerlendiricilere birçok avantaj sağlayabilir.

Genel bir ölçünün kuşkusuz, sağlığın tüm boyutlarını kapsaması gerekmektedir. Daha sonra, bir müdahalenin öncesi ve sonrasında farklı sağlık durumlarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Stresi hafifletmeye veya hareketliliği arttırmaya değil ağrıyı azaltmaya ne ölçüde değer verilmektedir? Ayrıca bir müdahaleye atfedilen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçüleri, QALY'lere ulaşmak için beklenen yaşam süresi ile birleştirilmelidir. Örneğin, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi 0 (ölüm) ile 1 (çok sağlıklı) arasındaki bir skalada değerlendiriliyorsa bir müdahale bir bireyin yaşam kalitesini, 10 yıl için 0,5'den 0,9'a yükseltmiştir. Aksi takdirde, müdahale olmadan bu bireyin söz konusu 10 yıl için yaşam kalitesi 0,5 olacaktı. Bu durumda müdahale, 4 QALY'lik bir yaşam kazancı sunmaktadır ($10 \times (0,9-0,5)$).

Sonraki kısım, bunları ve diğer çıktı ölçülerini daha ayrıntılı ele almaktadır. Sağlık hizmetleri müdahaleleri için maliyet-fayda ölçüleri tavsiye edilmiş olmakla birlikte, bu ölçülerin tüm sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri için uygun olup olmadığı tartışmaya açıktır. Örneğin Cribb ve Haycox (13); bu tür ölçülerin, sağlık durumlarındaki sadece büyük değişiklikleri kısmen tespit edebileceğini öne sürmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi toplum sağlığını iyileştirilebilir. Ancak özellikle hâlihazırda genel olarak iyi yaşam kalitesine sahip olan kişilerdeki bireysel değişiklikler küçük olabilir ve bu değişiklikleri ölçmek zor olabilir. Ayrıca sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, bireyler ve toplumlar üzerinde sağlık dışı faydaları olabilir. Müdahalele, özsaygı ve güveni artırılabilir. Böylesi güçlendirme, daha sağlıklı seçimler yapılmasını sağlarken ille de sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde değişikliklere neden olmayabilir.

Fiscella ve Franks (14) ile Holtgrave ve Kelly (15) QALY'i kullanan son zamanda yürütülmüş iki çalışma örneği vermektedir. Fiscella ve Franks (14), sigara içenler için danışmanlığa karşı nikotin bantı tavsiye eden doktorlar vasıtasıyla kazanılan ek QALY'nin maliyetini çalışmıştır. Literatürü gözden geçirerek faydalara ilişkin veri toplamışlar ve maliyeti belirlemek için doktorun harcadığı zaman ve bantların perakende satış fiyatı tahminlerini temel almışlardır. Bant kullanma tavsiyesini kabul eden sigara içenleri sayısı ve kabul edenler arasında tavsiyeyi uygulayanların sayısına ilişkin varsayımlarda bulunmuşlardır. Sigarayı bırakarak elde edilen yaşam kalitesi kazanımları bir nüfus araştırmasına dayanmaktaydı. Holtgrave ve Kelly (15), analizlerini kadınlara yönelik randomize kontrollü bir HIV önleme çalışmasına dayandırmıştır. Çalışmanın davranışsal çıktıları, önlenen HIV enfeksiyonu sayısına modellenerek dönüştürülmüştür. Bir başka model, önlenen HIV enfeksiyonlarının kazanılan QALY'ye dönüştürülmesine imkân vermiştir.

Maliyet Fayda Analizi

Maliyet fayda analizinde tüm çıktılar, parasal açıdan ölçülmektedir. Bu yöntem, çok çeşitli çıktıları olan müdahalelerin değerlendirmesinde faydalı olmaktadır. Bu analizin; bireylerden ziyade toplumlara yönelik olan, tümü sağlık sektöründe olmayan, farklı öncelikleri ve temel çıktı beklentileri farklı bir dizi kurumu ilgilendiren sağlığı teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinde kullanıma ihtimali daha yüksektir. Şu anda kullanılmakta olan yarar temelli sağlık ölçüleri, toplum seviyesinde ölçüm yapsa bile muhtemelen bu çıktıların tamamını yakalayamamaktadır.

Drummond ve Stoddart (16), maliyet fayda analizlerinin, sektörler arası müdahalelerin ekonomik değerlendirmesinde uygulanabilecek belirgin bir yöntem olabileceğini önermektedir. Ginsberg ve Silverberg (17) bir örnek sunmaktadır (Tablo 7.2). Ginsberg ve Silverberg, 5 yıllık bir süre zarfındaki tüm maliyet ve faydaları hesaplayarak bunları her yıl %5 azaltarak, İsrail’de bisiklet kaskı kullanılmasını gerektiren bir mevzuatın beklenen maliyet ve faydalarını tahmin etmişlerdir. Maliyetler, eğitim kampanyası ve kask maliyetlerini içermekte; ancak mevzuatın değiştirilmesi veya kabul edildikten sonra uygulamaya konması maliyetlerini içermemekteydi. Yine de faydalar dikkat çekicidir. Sosyal faydalar maliyetleri 3’e karşı 1 oranında aşmıştır.

Tablo 7.2. Maliyet Fayda Analizi Örneği: İsrail’de Bisiklet Kaskı Kullanılmasına İlişkin Mevzuat

Faydalar ve Maliyetler	Maliyet (\$)
Faydalar	
Kurtarılan yaşamların değeri	8 939 979
Düşen sağlık hizmetleri maliyetleri	17 412 622
Düşen uzun vadeli sağlık bakım hizmetleri maliyetleri	25 263 243
Özel eğitime olan ihtiyacın azalması	1 527 131
Engelliğin azalmasıyla kazanılan verimlilik	7 545 779
	60 688 754
Maliyetler	
Sağlık eğitim programı ve kasklar	(20 143 984)
Toplam sosyal faydalar	40 544 770

Kaynak: Ginsberg ve Silverberg’den (17) uyarlanmıştır.

Ancak çalışma, maliyet fayda analizinin kullanılmasından kaynaklanan sorunlardan birini de göstermektedir. Çalışmada, yaşam ve yaşam kalitesi kaybına belli bir değer verilmesi gerekiyordu. Ginsberg ve Silverberg (17), bir yıllık yaşamın değerini, kişi başına GSYİH’ye göre değerlendirmiştir. Dolayısıyla bu örnekte, kazanılan olası her yaşam yılı; miktarla değerlendirilmiştir ve bireyler arasında ayırım yapılmamıştır. Diğer yöntemler; yaşamı, bireylerden değer vermelerini isteyerek değerlendirmeye çalışmaktadır. Bu yöntemler, genellikle verimlilik ölçülerinden daha yüksek değerler ortaya koymaktadır. Örneğin İngiltere’de Ulaştırma Bakanlığı yaşam kaybı

değerlendirmesini, verimlilik temelli ölçüden ödemeye isteklilik ölçüsüne geçerek değiştirmiştir. Bu değişim, kaybedilmiş yaşam değerini ikiden fazlaya katlamıştır (18).

Ekonomik değerlendirme türünün seçimi, spesifik çalışma sorusuna ve sonuçların planlanan kullanım amacına bağlıdır. Sonraki kısım, gerçek bir ekonomik değerlendirmenin yürütülmesinde bunları ve diğer konuları ele almaktadır.

Bir Ekonomik Değerlendirmenin Adımları

Birçok genel metin, ekonomik değerlendirme yapma konusunda rehberlik sunmaktadır. Drummond ve ark.(1), birtakım vaka çalışmaları ve sağlık hizmetlerinin değerlendirmelerinden örnekler sunmaktadır. Cohen ve Henderson (19), koruma ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi örneklerini daha ayrıntılı tartışmaktadır. Tolley (20), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin maliyet fayda analizi için geçerli olan spesifik bir rehber sunmaktadır. Böylesi rehberler; insanlara, ekonomik değerlendirmeleri planlama veya yayımlanmış çalışmaları eleştirel bir şekilde analiz etme konusunda yardımcı olabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin herhangi bir değerlendirmesinde birçok konu gündeme gelmektedir ve hiç kuşkusuz, kaliteli bir çalışma yapmak için hem ekonomistlerden hem sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanlarından oluşan çok disiplinli bir ekibe ihtiyaç vardır. Bir ekonomik değerlendirmenin başlıca adımları şunlardır:

- Ekonomik soru ve çalışmanın bakış açısının belirlenmesi,
- Değerlendirilecek alternatiflerin belirlenmesi,
- Çalışma tasarımının seçilmesi,
- Maliyetlerin belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi,
- Faydaların belirlenmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi,
- Maliyet ve faydaların, aralıksal zamanlama için ayarlanması,
- Artımlı maliyet ve faydaların ölçülmesi,
- Maliyet ve faydaların bir araya getirilmesi,
- Sonuçların duyarlılığının test edilmesi,
- Sonuçların kullanıcılara sunulması.

Çalışma Sorusunun Belirlenmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin ekonomik değerlendirmeleri birçok farklı soruyu ele alabilir. Çalışmanın seçimi ve bakış açısı, ele alınan politika konusuna bağlıdır. Tolley (20), çalışma sorularının çeşitli seviyelerde görülebileceğini düşünmektedir. İlk seviye, 2 veya daha fazla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin karşılaştırılması olacaktır. Örneğin, nikotin bantları Fiscella ve Franks'ın (14) yaptığı gibi sadece danışmanlıkla karşılaştırılabilir. İkinci seviyede karşılaştırma, sağlık eğitiminin alternatif sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri ile karşılaştırılmasını içerebilir. Buck ve ark.(9) bu tür bir değerlendirme çerçevesini incelemiştir. Üçüncü seviyede değerlendirme, bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin bir tedavi alternatifi ile karşılaştırılmasını içerebilir.

Örneğin, Williams (21), koroner kalp rahatsızlığı için bir dizi seçeneği incelemiş ve doktorun sigarayı bırakma yönündeki tavsiyesinin, herhangi bir tedavi seçeneğinden daha etkili olduğunu tespit etmiştir. Son değerlendirme seviyesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin, eğitim ve savunma gibi kaynakların diğer alıcıları olan diğer kamu sektörü hizmetleriyle karşılaştırılmasını içerir. Graham ve Vaupel (22), yol güvenliği tedbirleri gibi çevresel tedbirler ve tarama programları ile koroner kalp rahatsızlıkları müdahaleleri gibi bir dizi müdahale ile kazanılan yıl başına maliyeti incelemiş olmakla birlikte bu seviyede değerlendirme nadirdir.

Tasarımın ikinci önemli yönü, bir çalışmada göz önünde bulundurulacak bakış açısıdır. Bir HIV önleme programı sunumunun 2 farklı alternatif yolu ile ilgilenen bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcısı, sadece kurumu doğrudan etkileyen maliyet ve faydalarla ilgileniyor olabilir. Ancak bu dar bakış açısıyla, en düşük maliyetle en fazla faydayı sağlayan müdahale diğer kurumlardan en fazla katkı içeren müdahale olabilir. Diğer kurumların kaynakları değersiz değildir. Daha geniş bir bakış açısı benimsemek, değerlendirilen alternatif müdahalelerin sıralamasını değiştirebilir.

Ekonomistler genellikle en geniş sosyal bakış açısının benimsenmesini tavsiye etmektedir. Ancak, çoğu kez sağlık hizmeti veya kamu-finance kaynakları dar bir bakış açısı benimsenmektedir. Fiscella ve Franks'ın çalışması (14), Amerika'da vergi ödeyen bir kişinin bakış açısını benimsenmiştir. Field ve ark.(7), İngiltere'deki sağlık kontrollerine ilişkin çalışmaları için Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (National Health Service-NHS) bakış açısını kullanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri, özellikle uzun vadede birçok kurumu etkileyebilir. Örneğin, yaşam süresinin uzaması, katkı ve ödemeleri ayarlayamazsa emeklilik sektörü açısından zararlı sonuçlar doğuracaktır. Benzer şekilde, yaşam sigortası sunucuları, pazarda rekabet varsa yaşam kalitesinin ve süresinin artmasına, kârlarını arttırmaktan ziyade primleri düşürerek cevap vermelidir. Olumsuz şekilde etkilenen ekonomik gruplar; sigarayı azaltma tedbirlerine yönelik uzun geçmişin gösterdiği üzere, politika yapımcıları etkileyebilse bile böylesi sonuçlar çoğunlukla ekonomik bir değerlendirmenin kapsamı dışındadır. Ekonomik değerlendiricilere yönelik genel tavsiye; net sonuçları, sadece etki başına maliyet açısından hesaplamaları, ayrıca kimin kazandığını kimin kaybettiğini de dikkate almalarıdır. Çünkü bu, politikaya ilişkin kararları etkileyebilir.

Birden fazla soruyu ele alma çabasının, çalışma tasarımından ödün verilmesine yol açması ekonomik değerlendirmelerin ortak kusurudur. Daha genel bir soru yerine çok spesifik bir soruya cevap vermek üzere bir değerlendirme tasarlanması sonucunda bazı şeylerden ödün verilmesi muhtemeldir. Çok az yayımlanmış çalışma ile spesifik değerlendirmelerden yola çıkarak genelleme yapma eğilimi söz konusudur. Drummond ve ark.(23), maliyet özellikle kişi başı QALY takvimi şeklinde derlendiğinde çalışmaların sonuçlarını karşılaştırmada karşılaşılan bazı zorlukları araştırmaktadır.

Alternatiflerin Belirlenmesi

Tam ekonomik değerlendirmeler, 2 veya daha fazla alternatifin karşılaştırılmasını gerektirmektedir. Bu alternatiflerin seçilmesi, sürecin çok önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bir ekonomik değerlendirme, muhtemelen daha fazla faydası olan ve maliyeti daha düşük olan bir müdahaleyi dikkate almıyorsa bilgilendirici olmayacaktır. Bazı durumlarda, seçeneklere ilişkin bir n liste oluşturmak amacıyla genel olarak maliyet ve faydaları gözden geçiren n seçenek değerlendirmesi yapılabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri; ortam, hedef alan ve müdahale türü açısından hiç kuşkusuz farklılık gösterebilir. Tolley (20) farklı seçeneklerden örneklerini araştırmaktadır.

Seçeneklerden biri, hiçbir şey yapmamaktır. Bu durumda, bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin ek fayda ve maliyetleri mevcut durum ile karşılaştırılabilir. Hiçbir şey yapmama alternatifinin değerlendirilmesi, toplumun sağlık ve refahı için olumsuz sonuçların tahmin edilmesini içerebilir.

Çok bileşenli programların değerlendirmesinde, daha karmaşık tasarımlar kullanılabilir. Bu tasarım, ek farklı bileşenlerin sonuçlarının bazı temel faaliyetlerle karşılaştırılmasını içerebilir. Alternatif bir tasarım, baştaki bazı tarama prosedürlerinden sonra belli gruplara daha yoğun müdahaleler uygulanmasını içerebilir.

Çalışma Tasarımının Seçilmesi

Ekonomik değerlendirmeler, müdahalelerin etkililiklerinin belirlenmesini gerektirir. Daha önce ifade edildiği gibi ekonomik değerlendirme, yapılabilecek çok daha geniş bir dizi değerlendirmenin sadece bir parçasıdır. Genel olarak kapsamlı ekonomik değerlendirmeler, bu değerlendirme sürecinin sonunda yer alacaktır. Sağlık hizmetleri müdahalelerinin değerlendirilmesine yönelik en kesin tasarımlar, bireylerin alternatif müdahalelere randomize şekilde tahsis edilmesine dayanmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinde bu her zaman mümkün olmayacaktır. Bazı müdahalelerin hedef grubunu oluşturan insanlar, spesifik olarak belirlenemeyebilir. Örneğin, bir medya mesajını alan kişiler veya müdahale, toplumu hedefleyebilir. Yarı deneysel çalışmalarda başka kontrol türleri vardır. Kontrollerin amacı; çıktıların, diğer faktörlere değil, müdahaleye atfedilebileceğini belirlemektir. Ancak bazı tasarımların bilimsel kesinliği, uygulamada değerlendirmeden uzaklaşabilir. zm, normal koşullardaki duruma olabildiğince yaklaştırarak kesinliği de içeren pragmatik tasarımlar geliştirmektedir. Buna ilaveten, karmaşık müdahalelerin etkilerini tahmin etmek için farklı kaynaklardan gelen verilerin birleştirilmesi gerekebilir.

İdeal olan, ekonomik veri ve etkililik verisinin aynı anda toplanmasıdır. Ancak maliyetler, Holt-grave ve Kelly'in (15) alışmasında olduğu gibi geriye dönük olarak tahmin edilebilir. Fiscella ve Franks'ın (14) alışmasında olduğu gibi bazı çalışmalar, modelleme teknikleri ile birleştirerek, maliyet ve etkiyi literatür çalışmalarına dayandırır.

Değerlendirme yönteminin seçilmesi, çalışma tasarımının bir parçasıdır: maliyeti asgariye indirme, maliyet etkinliği, yarar-maliyet veya maliyet fayda analizi. Uygun seçenek, çalışmanın sorusuna ve değerlendirilen alternatiflere bağlıdır.

Maliyetlerin Tespit Edilmesi, Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinde tespit edilmesi gereken maliyetler şunları içermektedir: müdahalenin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kurumuna doğrudan maliyeti, müdahalenin uygulanmasında yer alan diğer kurumların maliyetleri ve katılan kişiler ve üretkenlik maliyetleri.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kuruluşunun doğrudan maliyetleri; doğrudan sarf malzemeleri (kitapçık vb. gibi), personel maliyetleri ve kira ve genel idare vb. için genel giderler ve yönetim masraflarını içermektedir. Genel giderler kimi zaman dolaylı maliyet olarak adlandırılmakla birlikte sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinde daha genel olarak üretkenlik maliyeti olarak görülmektedir.

Diğer kurumların doğrudan maliyetleri genellikle personelden oluşmaktadır ancak diğer kalemleri de kapsayabilir. Bu kurumların zaman ve diğer kaynakları fırsat maliyetleridir. Bu girdileri takip etmek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin en dar kapsamlı ekonomik değerlendirmeleri haricindeki tüm değerlendirmelerde çok önemli olabilir.

Müdahaleye katılan kişilerin doğrudan maliyetleri; seyahat harcamalarını veya diğer harcamaları içerebilir. Stres, endişe veya kaygı gibi ölçmesi zor maliyetler olabilir. Bu olgu, bazı hastalık tarama programlarında ve bazı medya kampanyalarında gözlemlenmektedir ve *worried well* sendromu (kişinin zaten hasta olduğuna inanarak enfeksiyon kapmaktan kaygılanmaması durumu) ile ilişkilendirilmektedir.

Üretkenlik maliyetleri, bir programa katılmak için harcanan zamanın değeridir. Çalışma saatleri sırasında gerçekleşen bir müdahale kuşkusuz üretkenlik kaybına neden olur. İşsizlerin vakti ve boş zaman da bir değere sahiptir. Üretkenlik maliyetleri, hastanede tedavi için yüksek olabilir ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin çoğu için düşük olabilir. Buna ilaveten, katılımcıların kazanma kapasitesine göre değerlendirme şeklindeki yaygın uygulama sıkıntılara neden olabilir. Genel olarak çalışmanın okuyucularının bu kalemi içeren veya hariç tutan sonuçları inceleyebilmesi için bu masrafların ayrı ayrı gösterilmesi tavsiye edilmektedir.

Ölçülen maliyetler bakış açılarına ve dikkate alınan alternatiflere bağlıdır. Örneğin, bazı maliyetler tüm alternatiflerde aynı olabilir. Programlar arasında seçimi etkilemeyeceği için bunların dikkate alınmasına gerek yoktur. Tüm etkilerin takip edilmesi konusunda bazı sınırlar olmakla birlikte, özellikle ayrıntılı maliyet çalışması bakımından, her türlü çalışma; maliyetleri hariç tutma kararını gerekçelendirmelidir.

Farklı maliyetler ölçülürken ve değerlendirilirken çeşitli konular gündeme gelebilir. Bu süreç, 2 kısımdan oluşmaktadır: kaynak kullanımının ölçülmesi ve bu kaynağın değerlendirilmesi. Personel üyelerinin vaktini çalışma programındaki farklı müdahalelere tahsis etmek için uygun bir yöntem belirlemek kimi zaman zor olsa da personelin vakti önemli bir kaynaktır. Tahsis etme yoğunlukla belli bir örneklem dönemi zarfında personelce tutulan zaman günlüklerini veya belli bir müdahale için harcanan vaktin doğrudan izlenmesini temel almaktadır.

Tek kaynak zaman değildir, birçok programda materyal maliyetleri vardır. Mekân ve idare maliyet payı dâhil olmak üzere tüketilen sermaye kaynakları için para ayrılmalıdır. Sermaye maliyetlerinin spesifik bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (1). Toplam idari maliyetleri tespit etmek daha kolay olabilir. Ancak her iki maliyet türünü de müdahaleler kapsamındaki faaliyetlerin spesifik kalemlerine tahsis etmek daha zordur; örneğin, dağıtılan kitapçık, tamamlanan sağlık kontrolü başına maliyet vb. Paylaşılan bu kaynakları farklı bölüştürme yöntemleri, farklı kaynaklar için uygun olabilir. Örneğin, daha geniş bir birimde program tarafından kullanılan yerin büyüklüğü; ısınma, aydınlatma ve temizlik hizmetlerinin payını tahmin etmek için kullanılabilir. Yönetim maliyetleri için toplam uzman personelin müdahale için harcadığı zamana göre bir tahsis yapılabilir.

Birçok kaynağın piyasada bir değeri vardır ancak bazı kaynakların değeri belli değildir. Örneğin, personelin harcadığı zaman, tam istihdam maliyetleri, maaş ve işverene maliyetlere göre değerlendirilebilir. Ancak maaş almayan veya gönüllü olarak çalışanların zamanı nasıl değerlendirilecektir? Üzerinde mutabık kalınmış bir formül yoktur ve sonuçların, farklı varsayımlara duyarlılığını test etmek için yoğunlukla çeşitli değerler kullanılmaktadır. Değerler genellikle istihdam masrafları gibi benzer piyasa fiyatlarından belli bir oran kullanacaktır.

Faydaların Tespit Edilmesi, Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi

Ekonomik değerlendirmeler temelde, alternatif müdahalelerin hedefler üzerindeki etkisine odaklanır. Bu etkilerin nasıl ölçüldüğü, tespit edildiği ve değerlendirildiği yapılan değerlendirmenin türüne göre değişir.

Maliyet etkinlik analizlerinde değerlendirme sorusuna bağlı olarak bir dizi etki ölçüsü kullanılabilir. Bazı çalışmalar, gerçek çıktı ölçüsünden ziyade süreç ölçüsü kullanılabilir (örneğin, dağıtılan kitapçık sayısı). Süreci ölçmek çıktıları ölçmekten çok daha kolaydır. Ancak bir süreç ölçüsü, değerlendirilmekte olan tüm alternatif müdahalelerden beklenebilecek tüm çıktılardan yeterli temsil varsa güvenle kullanılabilir. Buna ek olarak süreç ölçüleri; kaynakları için birçok talep olan, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerine yönelik fon sağlayan kurumlar için inandırıcı olmayabilir.

Maliyet yarar çalışmalarında genel sağlık çıktı ölçüleri kullanılmaktadır. Başka metodolojiler (10) de olmakla birlikte en popüler olanı QALY'dir. QALY'ler, farklı

sağlık durumlarının bir dizi tanımlayıcısı, müdahale sonucunda sağlık durumundaki değişikliklerin ölçümü ve farklı sağlık durumlarının değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Sağlık tanımlayıcıları, farklı tedbirlere göre çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, EQ-5D, 5 boyutu dikkate almaktadır: hareketlilik, öz bakım, genel faaliyet, acı/rahatsızlık ve endişe/depresyon (24). Her bir boyut için 3 olası durum vardır. Bu tanımlayıcılar, akut veya kronik hastalıklar için yeterli olabilir ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri için daha az faydalıdır. Sağlık hizmetlerindeki kullanımları dolayısıyla bu ölçüler olumlu sağlıktan ziyade akut ve kronik kötü sağlığı incelemek için geliştirilmiştir. Nüfus araştırmaları, genel nüfusa uygulanabileceklerini öne sürmektedir (24). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ortamlarındaki uygulanabilirliklerini anlayabilmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

İnsanların sağlık durumlarındaki değişiklikleri nasıl değerlendirdiklerini ölçmek için farklı yöntemler vardır (10). Bu değerlendirmeler, genel olarak 0 ile 1 arasındadır ve 1 çok sağlıklı olma durumunu temsil etmektedir. Son adım değişikliklerin ne kadar süreceğini tahmin etmektir. Kuşkusuz, sigarayı bırakma gibi bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin sağlık faydaları daha uzun süre etkili olabilir.

Maliyet fayda analizi, sağlık çıktılarını parasal bakımdan değerlendirir. Kullanılabilen metodolojiler bazı piyasa değerlendirmelerinin kullanılmasından insanlara, ödemek için istekli olup olmadıklarının sorulmasına kadar uzanmaktadır. Bu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri sonucunda ulaşılan daha küçük değişikliklerin ölçülmesinde, mevcut veya adapte edilmiş QALY'nin kullanılmasından daha faydalı olabilir. Ancak yaşam kaybı veya yaşamın sağlık kalitesi gibi hassas konulara ilişkin değerler temin edilmesi belirgin zorluklar yaratmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin, doğrudan sağlık faydalarının yanı sıra başka sonuçları da olabilir. Rosen ve Lindholm (2), bu değerlendirmelerin çoğunlukla diğer sonuçları ihmal ettiğine ve bireysel sağlık çıktılarına çok fazla önem verdiğine ve aşağıda belirtilen hususların dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir:

- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin tüketim faydaları,
- Diğer sağlık dışı faydalar,
- Sosyal yayılım etkileri,
- Gelecekteki kaynak kullanımı üzerindeki etkileri (sağlık hizmetleri ve diğer maliyetler gibi).

Tüketim faydaları, endişenin azaltılmasına atıfta bulunmaktadır. Bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin hedefi endişenin azaltılması olabilir. Cohen (25), duman detektörleri örneğini vermektedir. Bunlar, hane halkında sağlık riskleri ve endişenin azaltılması açısından doğrudan faydalar sağlamaktadır.

Müdahaleler, bireylere sağlık dışı faydalar sağlayabilir. Bazılarının en önemli çıktısının, seçim yaparken kullanılacak bilgiyi artırıyor olması olduğu öne sürülebilir. Bu modeli kullanan bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinde, davranış değişikliği ve sonrasındaki sağlık çıktıları ikinci derecede öneme sahiptir. Benzer argümanlar; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, insanların daha iyi seçimler yapmalarına imkân vermek için özsaygıyı artırmayı hedeflemesi gerektiğini önermektedir. Ölçmek zor olsa da bunlar geçerli kavramlardır. Rosen ve Lindholm'a (2) göre en belirgin yöntem, bu etkileri yakalamak için biraz "ödemeye isteklilik" metodolojisini kullanmaktır.

Sağlık alanındaki geleneksel ekonomik değerlendirmeler, ölçme çalışmalarında müdahaleden doğrudan etkilenen bireylere odaklanmaktadır. Ancak sağlık teşvik edilmesi müdahalelerinin çoğunun sosyal yayılım etkisi olabilir. Örneğin, bireylerin yaşam şekillerini değiştirmeye yönelik bir temel bakım müdahalesinin etkileri bu kişilerin aileleri, arkadaşları ve iş arkadaşlarına yayılabilir. Toplumlari hedefleyen müdahaleler; doğrudan, böyle bir yayılımı teşvik etmeye çaba gösterir. Böylesi yayım etkileri için kanıt, bireysel çalışmalardan etkiyi tahmin etmeye çalışmak yerine, çoğunlukla alışkanlıklardaki büyük değişiklikleri inceleyen nüfus çalışmalarından elde edilir. Shiell ve Hawe (26), toplumu geliştirme projelerinin ekonomik değerlendirmesindeki zorlukların bazılarını daha ayrıntılı belirtmektedir. Böylesi programlarda çok önemli olmakla birlikte birey temelli çıktı ölçülerinde pek de yakalanamayan uyum ve refahın ölçülmesi ihtiyacını vurgulamaktadırlar.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin, sağlık hizmetleri veya diğer refah hizmeti harcamalarında orta veya uzun vadeli tasarruflar sağlama potansiyeli hâlâ tartışmalıdır. Yaşlılara yönelik grip aşısı gibi bazı müdahalelerin, spesifik bir hastalık ve bağlantılı sağlık hizmetleri maliyetlerinin azaltılması ile belirgin bir bağlantısı olabilir. Genç sigara kullanıcılarına yönelik olanlar gibi bazı diğer müdahaleler, gelecekteki sağlığın kötü etkilerini azaltabilir. Ancak etki, daha uzun bir süre zarfında görülecektir. Böylesi sonuçları tahmin etmek kuşkusuz ciddi bir ölçme sorusunu gündeme getirecektir. Genel olarak çoğu değerlendirmede etkiler çok uzun bir süre zarfında ortaya çıkacağı için doğrudan gözlem yapmak çok zor olacaktır. Doğrudan gözlemin yokluğunda, bu etkileri tahmin etmek için bir çeşit modelleme gereklidir. Bir diğer konu; bir hastalıktan yapılan olası tasarrufun, insanların yaşamlarının uzamasından kaynaklanabilecek daha yüksek sağlık hizmetleri maliyetlerine aktarılmasına gerek olup olmadığıdır (27).

Fayda ve Maliyetlerin, Aralıksal Zamanlama için Ayarlanması

Bazı bireysel sağlık faydaları ve sağlık hizmetlerinde tasarruf, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin doğrudan maliyetlerinden farklı bir zamanda ortaya çıkabilir. Her çalışmanın zaman boyutu önemlidir. Maliyet ve sonuçlar hangi dönemde ölçülmelidir ve farklı dönemlerde ortaya çıkan etkiler nasıl ele alınmalıdır? Genel olarak ekonomistler, maliyet ve faydaları, olabildiğince uzun bir süre zarfında ele almaya çalışır. Ancak çalışmanın ilk dönemine ait olanların tamamını saymaz.

Bu model, ticari uygulamayı kullanmaktadır. Genelde insanlar, gelecekteki fayda veya maliyetlere, o andakilerden daha az değer verir. Ancak sağlık faydalarına, finansal maliyetler ve faydalarla aynı şekilde muamele edilip edilmemesi gerektiği konusunda ciddi tartışmalar vardır. Bir mutabakat sağlanamamıştır ve çoğunlukla çeşitli azaltma oranlarının (gelecekteki faydalara farklı ağırlıklar) kullanılması tavsiye edilmektedir (28).

Azaltma, alternatif müdahaleler arasındaki seçimde fark yaratabilir. Örneğin Drummond ve Coyle (29), farklı cinsiyet ve yaş gruplarına yönelik farklı tansiyon programlarının QALY başına maliyetini çalışmaktadır. Azaltma ile daha yaşlı gruplar ve erkeklere yönelik program maliyet açısından daha etkin gözükmemektedir. Azaltma olmadan kadınlar ve daha genç gruplara yönelik program, maliyet açısından daha etkin gözükmemektedir. Örnek olması açısından Drummond ve Coyle (29), azaltma ile bakım maliyetinin otuz yaşındaki bir kadın durumunda her QALY için 12.000 £ olduğunu ve altmış yaşındaki bir kadın için 3.000 £ olduğunu tahmin etmektedir. Azaltma olmadan, her iki grup için de bakım maliyet açısından daha etkin gözükmemektedir: otuz yaşındaki bir kadın durumunda her QALY için 800 £ ve altmış yaşındaki bir kadın için 900 £.

Bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesi, aynı durum için tedavi ile kıyaslanırsa sıralamada benzer değişiklikler olabilir. Sağlık veya diğer faydalar dikkate alınırsa, faydaların çoğu muhtemelen gelecekte ortaya çıkacağı için müdahale büyük ihtimalle maliyet etkin gözükmemektedir. Azaltma, gelecekte ortaya çıkabilecek potansiyel sağlık hizmetleri tasarruflarına da düşük bir ağırlık vermektedir. Yine de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin çoğu, (azaltma ile bile) özellikle tedavi seçenekleri ile karşılaştırıldığında, maliyet açısından çok daha etkin olarak değerlendirilmektedir (21).

Arttırmalı Maliyet ve Faydaların Ölçülmesi

Alternatiflerin karşılaştırılması, şu ana kadar bir dizi alternatif arasında basit bir tercih varmış gibi yapılmıştır. Gerçekte ise soru, A ile B arasında seçim yapmaktan ziyade A'nın ne kadarının ve B'nin ne kadarının seçileceği olabilir. Faaliyetin büyüklüğü değiştikçe maliyet ve faydaların da değiştiği unutulmamalıdır. Örneğin, maliyet açısından düşünüldüğünde, geniş çaplı medya kampanyaları, örneğin doğrudan e-posta göndermekten daha maliyetli olabilir. Ancak harcama daha yüksek seviyelerde olmakla birlikte medya kampanyası daha büyük erişim ve etkililiğe sahiptir.

Ekonomistler, maliyetlerin veya ilave bir faaliyet birimi için ek maliyet veya faydaların önemini vurgulamaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde faaliyet birimlerini tanımlamak zor olabilir. Kuşkusuz, her bir birimin ortalama maliyeti basit maliyetlerin seviyesine göre değişmektedir. Örneğin, bir kampanya için bin kitapçık üretmenin hazırlık maliyeti biraz daha fazla olabilir.

Maliyet ve Faydaların Bir Araya Getirilmesi

Tüm maliyet ve faydalar ölçüldükten, değerlendirildikten ve o andaki değerlere indirildikten sonra sonuçlar bir araya getirilebilir. Sonuçlar, birçok farklı şekilde sunulabilir. Bazı durumlarda, alternatif müdahalelerden biri, en fazla etki ve düşük maliyetlerle belirgin bir şekilde baskın olabilir. Ancak diğer durumlarda, bir müdahalenin hem maliyetleri hem de faydaları daha fazla olabilir. Bu durumda, genel mevcut kaynaklardaki her bir ek artıştan elde edilen ek fayda miktarını doğrulamak için marjinal bir analiz yapmak kesinlikle önemlidir.

Sonuçlar, özellikle maliyet etkinliği orantılarıyla, orantıların derlenme şekline dolaylı farklılık gösterebilir. Buradaki soru, orantıda hangi maddelerin payı ve hangi maddelerin paydayı oluşturduğudur. Net olması bakımından, kuralların çoğu; sonuçların, her bir ana etki başına net maliyet şeklinde sunulması gerektiğini ifade etmektedir. İdeal olarak bu orantılar; ortalama veya başlangıç sayısının yanı sıra artırmalı biçimde sunulmalıdır.

Tüm etkiler kendi içinde değerlendirildiği için bu ikilem, bir yere kadar maliyet fayda analizlerinde ortaya çıkmamaktadır. Bu nedenle analiz diğer alternatiflere kıyasla, müdahalenin her bir biriminin net sosyal değerini göstermelidir. Ancak, maliyet fayda analizi olarak adlandırılan çalışmalara dikkat edilmelidir. Çünkü bu çalışmalar çoğunlukla kısmi değerlendirmelerdir ve temel etkileri değerlendirmemektedir.

Sonuçların Varsayımlara Duyarlılığının Test Edilmesi ve Belirsizliklerin Ele Alınması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin değerlendirmelerinin çoğu, sağlıkta gelecekteki kazanımlara ilişkin bazı tahminler içerir. Böylesi kazanımları tahmin eden modeller, bünyelerinde belirsizlikler barındırır. Bu nedenle ekonomik değerlendirme sonuçlarının duyarlılığı farklı kazanım tahminleri kullanılarak test edilmelidir. Bu iş, çoğu zaman, tahmin edilen etkilerin istatistiksel özellikleri kullanılarak yapılabilir; tahminin güven aralığı gibi. Benzer şekilde, maliyetin bazı temel öğeleri de araştırılabilir. Buna ilaveten, duyarlılık analizleri genellikle değişen azaltma oranları içerir.

Sonuçların Kullanıcılara Sunulması

Ekonomik değerlendirme, güçlü bir araçtır ve bazı durumlarda politika konusunda önemli bir rehber olabilir. Ancak, çoğu durumda böyle olmayacaktır. Buna ilaveten, politika yapımcıların toplumun refahını maksimum düzeye çıkarma dışında başka hedefleri olabilir. Bazı hedefler, gereken fonun seviyesi ve zamanlaması ile bağlantılı olarak finansal olabilir ve bazıları toplumdaki spesifik gruplar veya belli coğrafi alanlar ile ilgili olabilir. Ekonomik değerlendirmenin sonuçları, ancak karar alıcıların ilgilendikleri konularla bağlantılı olursa faydalı olacaktır. Fakat böylesi alt analizlerin yapılmasını sağlamak, değerlendirmenin planlanması ve uygulanması süresince değerlendiriciler ve sonuçlardan faydalanması beklenen kullanıcılar arasındaki iletişimin iyi olmasını gerektirmektedir.

Sadece başlıca sonuçlarla ilgilenilse bile, çalışmanın farklı noktalarındaki varsayımlar dikkate alınarak sonuçlar net ve şeffaf bir biçimde sunulmalıdır. Daha önce belirtildiği gibi oldukça sınırlı sayıdaki yayımlanmış çalışmadan yola çıkarak uygun olmayan genellemeler yapmaktan kaçınılması çok önemlidir. Bu sürece yardımcı olmak üzere birçok yayımlama kuralı oluşturulmuştur (30). Bir rapor aşağıda belirtilen alanları içermelidir:

- Ele alınan sorunun arka planı ve önemi,
- Çalışmanın bakış açısı,
- Kullanılan ekonomik analiz türünün seçilmesinin nedenleri,
- Analizin uygulanacağı nüfus,
- Göz önünde bulundurulmuş alternatifler,
- Etkilik verisi kaynağı,
- Fiziksel ve parasal anlamda maliyet ölçümü,
- Faydaların ekonomik açıdan ölçümü,
- Azaltma, artırmalı analiz ve duyarlılık analizi yöntemleri,
- Çalışmanın genel sonuçları ve kısıtlamaları.

Drummond ve ark.(1), yayımlanan veya yaptırılan çalışmaların nasıl yorumlanacağına ilişkin daha resmi sorular sunmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Ekonomik Tekniklerin Kullanılmasına İlişkin Mevcut Tartışmalar

Bu fasılda, ekonomistler arasında tartışmalara neden olan konuların çoğuna hâlihazırda değinilmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanları, bazı ek konular gündeme getirebilir ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ekonomik tekniklerin uygulanması felsefesini sorgulayabilir (31). Bu faslın, bu konuların tamamını ele alması mümkün değildir. Hiç kuşkusuz, ekonomik tekniklerden değil ekonomik tekniklerin yetersiz veya uygun olmayan şekilde kullanılmasından kaynaklanan bazı sorunlar vardır. Örneğin Rosen ve Lindholm (2), değerlendirmelerden çıkarılan etkilere değinmektedir. Diğer eleştiriler, (özellikle sonuçlar, bazı müdahalelerin nasıl ve neden başarılı olurken diğerlerinin neden başarısız olduğu konusunda ilişkin yetersiz araştırmaya dayanıyorsa) değerlendirmenin sonuçlarının yanlış şekilde genellenmesine yöneliktir. Ekonomik değerlendirmeler, çoğunlukla çıktıya odaklanmaktadır ve bu nedenle çok daha geniş bir değerlendirme bütününün sadece bir parçasını oluşturmaktadır.

Bahsedildiği gibi ekonomik değerlendirme yapan ve sonuçları kullanmak isteyen kişilerereberlik etmek üzere hazırlanmış metinler vardır. Özellikle dergi hakemlerinin tekniklere ilişkin eleştirel değerlendirmeleri, geçmişte yaşanan sorunların sayısının azalmasına yardımcı olmaktadır. Yayımlanan çalışmaların standartlarını yükseltmek ve çalışmalara netlik kazandırmak; daha teknik bazı konuların çözülmesine yardımcı olmalıdır. Daha önemli olan konular vardır, bunlardan bazıları aşağıda kısaca tartışılmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Başlıca Sonuçları Nelerdir?

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları ile uygulayıcı ve fon sağlayan kurumlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin temel çıktıları konusunda hemfikir değildir. Ekonomistler tartışmaya katkıda bulunabilir. Ancak tartışmayı kendi başlarına çözemezler ve çözmemelidirler. Ekonomistler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin, kaynaklar için rekabet hâlinde olduğu alternatif programları tespit etmelidir. Bazı ortamlarda, okul gibi çıktılar, sadece sağlığa odaklanıyor olabilir ama daha genel yaşam becerileri ve kalite yaklaşımı etrafında şekillenebilir. Ancak birçok diğer ortamda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik kaynakların en azından bir kısmı sağlık bütçesinden gelmektedir. Ayrıca fonların, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, koruyucu hizmetler ve tedavi seçenekleri arasında bölüştürülmesine ilişkin sorular vardır. Bu çerçevede bile diğer temel sağlık çıktıları akla gelebilir.

Akut ve kronik sağlık durumlarına ilişkin sağlık tedbirlerinin giderek daha fazla kullanılması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmelerine engel teşkil edebilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin; Ottawa Sözleşmesi'nin (4) ilkelerine daha odaklanan bazı daha geniş çaplı faydaları, yeterli nicel ölçülerin oluşturulabilmesi için daha fazla araştırma yapılmasını gerektirmektedir. Ödemeye isteklilik metodolojisi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin daha geniş çaplı faydalarının araştırılmasında faydalı bir araç olabilir. Bu, sosyal faydaların ve bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerin dikkate alınmasını içerebilir. Diğer sorunlar karşısında ekonomik tekniklere başvurulması, çevresel değerlendirmeler gibi faydalı dersler verebilir.

Sağlığın Teşvik Edilmesinin Etkileri Ölçülebilir mi?

Ekonomik değerlendirme, etkilerin ölçülebilir olması ve farklı müdahalelere atfedilebilmesi ilkesi temelinde niceldir. Bazıları, bunun mümkün olmadığını ve ekonomik değerlendirme yapmaya değmediğini öne sürmektedir (31). Kuşkusuz, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin değerlendirmesinde spesifik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ancak bu sorunlarla diğer kamu sektörü programlarının değerlendirilmesinde de karşılaşmaktadır. Zor olması, bu sorunların üstesinden gelmek konusunda girişimde bulunmamak için geçerli bir bahane midir? İyi yürütülen bir ekonomik değerlendirme, en azından ölçülebilen ve ölçülemeyen etkileri sıralayabilir.

Maliyet etkinliğe ilişkin bilgi yoksa ele alınması gereken konulardan biri sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin sonuçlarıdır. Karar alıcıların tüm müdahaleler için fon sağlayamayacağı, yaşamın acı gerçeklerinden biridir. Karar alıcılar; seçimlerinde, mevcut bilgileri esas almak zorundadırlar ve maliyet etkinliğine ilişkin bilgi, kullanabilecekleri kriterlerden biridir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri, ayrılan kaynakların bazı çıktılar ürettiğini gösteremezse fon temin etme konusunda zorluklar yaşanacaktır. Ekonomik değerlendirmeler, şu anda, çoğunlukla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin aleyhine olan bir dizi önyargıya dayanan kaynak tahsisi kararlarına netlik kazandırma araçlarından biridir. Yukarıda

önerildiği gibi böylesi değerlendirmelerde kullanılması gereken çıktıların tanımının genişletilmesi, sağlık konusunda daha genel kavramların daha yaygın bir şekilde kabul görmesine yardımcı olabilir.

Ekonomistler; ekonomik değerlendirmelerin, değerlendirme türlerinden sadece biri olduğunu kabul etmektedir. Değerlendirmeler, kaynakları tüketmektedir. Bu nedenle tüm müdahalelerin ekonomik değerlendirmesini yapmak hem uygun hem de pratik değildir. Ayrıca, iyi bir ekonomik değerlendirme, zayıf bir etkililik çalışmasını temel alamaz. Bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesi birçok nedenden dolayı başarısız olabilir ve müdahaleleri araştırmak için diğer değerlendirme tekniklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Ekonomik Değerlendirmeler Etik midir?

Ekonomik değerlendirmelerin (özellikle finansal maliyetlere odaklanması) etik olmadığı gibi argümanlar, bu değerlendirmelerin niteliğinin anlaşılamadığına işaret etmektedir (32). Tam ekonomik değerlendirmeler yapılmasının nedeni, kararlarda sadece finansal maliyetlerin değil ulaşılan sonuçlarla ilişkilendirilen tüm kaynakların dikkate alınmasını sağlamaktır. Belki de ekonomik değerlendirmelerin yokluğu, karar alıcıların sadece maliyete odaklanmasına neden olmaktadır. Benzer bir bilgi eksikliği, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının mevcut sınırlı fonlarla yapılamayacak kadar şey için söz vermesine neden olabilir. Bu durum, aslında birçok diğer hizmete göre paranın karşılığını daha iyi verse de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin beklenenden düşük performans gösterdiği şeklinde bir algılamaya neden olabilir.

Ekonomik değerlendirmelerde temel kriter, belli bir bütçe çerçevesinde bir şekilde tanımlanmış çıktıları azami seviyeye çıkarmaktır. Bu kriter, çıktıların kime ulaştığını dikkate almamaktadır. Örneğin en maliyet etkin müdahale, hâlihazırda iyi ve mutlu bireyleri hedefliyor olabilir. Bu durum, sağlık eşitsizliklerinin artması sonucunu doğurabilir. Kuşkusuz, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin alıcılarının çoğunun başka hedefleri vardır. Müdahalenin etkisi, ekonomik değerlendirme çerçevesinde araştırılabilir ve hakkaniyet hedefleri, ekonomik etkinlik ve paranın karşılığı hedeflerinin gerisinde kalabilir.

Bünyesinde etik bir bileşen barındıran, daha spesifik olmakla birlikte bağlantılı bir konu, yaşamakatılacak değer ve farklı bireyler üzerindeki kıymetin karşılaştırılmasıdır. Bazı yöntemlerin iç ağırlıkları vardır. Kuşkusuz, beklenen kazançlara dayanan ölçüler, kazanma kapasitesi daha yüksek olan kişilerin tarafındadır. Genel olarak nüfus ortalamasının alınması haricinde (Ginsberg ve Silverberg 'de olduğu gibi (17)), kazanma kapasitesine dayanan ölçüler, artık yaygın bir şekilde kullanılmamaktadır. QALY gibi diğer ölçüler, bünyesinde hakkaniyet bileşeni içermektedir. Spesifik ağırlıklandırma olmadan bireylerin özellikleri dikkate alınmadığında QALY'ler aynı değerdedir. Ancak özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde beklenen yaşam

süresini temel alan her türlü ölçünün, muhtemelen kazanacak daha az QALY'si olan yaşlılara karşı önyargılı olduğu düşünülebilir. Bir sorun olarak görülürse algılanan önyargı, yaşlı bir kişinin QALY'sinin genç bir insanın QALY'sinden daha kıymetli olduğu varsayımı vasıtasıyla düzeltilebilir. Bu, toplumda genel sosyal değerler araştırılarak ampirik olarak test edilebilir.

Sağlık Faydaları Azaltılmalı mıdır?

Gelecekteki sağlık faydalarının kademeli olarak azaltılması, gençleri ve yaşlıları etkiler. Ayrıca bir dereceye kadar QALY'nin algılanan yaşa bağlı önyargısını düzeltir. Ancak bu örnekte kişinin yaşı ne olursa olsun QALY'nin aynı değerde olduğu, ama gelecekte kazanılan QALY'nin, şu anda kazanılandan daha az ağırlığa sahip olduğu şeklinde bir varsayım vardır. Bazı kişiler; yaşama, zaman zarfında eşit derecede değer verilmesi gerektiğini ve sağlığın azaltılmaması gerektiğini düşünmektedir. Gerçekte, sağlık hizmetlerine fon sağlayanlar; bazı kaynakları uzun vadeli koruyucu programlara yönlendirmek yerine kısa vadede hayat kurtaran müdahalelere yatırım yaparlar. Bu yüzden birçok güncel karar, üstü kapalı bir azaltmanın yansıması olabilir. Yukarıda belirtildiği üzere, azaltma; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinde etki başına maliyeti artırabilir. Ancak bazı müdahaleler, paranın karşılığı bakımından tedavi seçenekleri ile kıyaslanabilecek niteliktedir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Para Tasarrufu Sağlar mı?

“Önlemek, tedavi etmekten iyidir” ifadesinin argümanlarından biri; koruyucu hizmetlerin, maliyetli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerine olan ihtiyacı ortadan kaldırması gerektiğidir. Uygulamada, muhtemelen sadece uzun vadede etkileri görüleceğinden sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin paradan tasarruf sağladığını göstermek zordur. Bu, özünde ampirik bir sorudur ve müdahaleden müdahaleye değişecektir. Bazı durumlarda, risk taşıyan bireyleri bulmak kaynak tüketicidir ve risk taşıyanların sadece bir kısmı yüklü sağlık hizmeti harcamaları yapmış olabilir. Soru, maliyetler dikkate alındığında, koruyucu programın yeterli faydaları sağlayıp sağlayamadığı olmalıdır. Müdahalelerin maliyetlerini, muhtemel sağlık hizmetleri maliyet tasarrufu ile karşılaştırmak ve tasarruf sağlamayan müdahaleleri reddetmek, herhangi bir kazanımı tamamen göz ardı edecektir.

Daha zor olan soru, spesifik sağlık hizmetleri harcamalarından sağlanan tasarrufun, insanlar daha uzun yaşadığı için gelecekteki ek sağlık hizmetleri maliyetlerine aktarılmasının gerekip gerekmediğidir. Ekonomik değerlendirme yapma ve raporlamaya ilişkin rehberlerin yayımlanması ile sonuçlanan ve Amerika'da yürütülen bir çalışma; değerlendirmenin, ilgisiz maliyetler olarak adlandırılan maliyetleri hariç tuttuğunu göstermektedir (27). Ancak diğer çalışmalar, böylesi aktarımların yapılması gerektiğini öne sürmektedir (33). Yirmi veya otuz yıl sonra verilmesi beklenen hizmetlere ilişkin tahminler kuşkusuz ciddi belirsizlikler içermektedir. Azaltma, farklı varsayımların etkilerini daraltabilir. Ekonomik değerlendirmelerin birçok yönünde olduğu gibi nihai değerlendirme çalışmanın kullanıcılarına

bırakılmalıdır. Bazı konular her zaman kolaylıkla çözülememekle birlikte en iyisi ekonomik değerlendirmenin, bu konulara ilişkin farklı kararların etkilerini netliğe kavuşturmaya çaba göstermesidir.

Son Söz

Maliyet etkinliği bilgisine yönelik arz ve talep arasında büyük bir boşluk vardır. Bu boşluğu kapatmak hem ekonomist hem sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanları için zorluklar yaratmaktadır. En zor görev, ekonomik değerlendirmelerin etkililiğini belirlemek için kesin ama pragmatik değerlendirme tasarımları bulmaktır. İyi tasarımlarda bile birçok spesifik ölçme sorunu vardır. Özellikle tasarlanan çıktı ölçüleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin tüm etkilerini yakalayabilmeli ve aynı zamanda pratik olmalıdır.

Ekonomik değerlendirme, yaygın veya diğer değerlendirme yöntemleri uygulanmadan değil akıllı bir biçimde kullanılmalıdır. Planlama süreçlerine, kısmen resmi olan ekonomik değerlendirmeler dâhil edilebilir. Kuşkusuz daha kısmi değerlendirmelere de ihtiyaç vardır. Basit ekonomik değerlendirmeler bile, bazı müdahalelerin diğerlerine göre baskın olduğuna işaret edebilir.

Ekonomik değerlendirmeye yönelik eleştirinin çoğu, yöntemden değil uygulamadan kaynaklanmaktadır. Politika yapıcılarının, kötü tasarlanmış değerlendirme sonuçları veya sadece maliyet bilgisine odaklanan sonuçları kullanmanın tehlikesi konusunda eğitim alması gerekmektedir. Kılavuzların önemi giderek daha fazla anlaşılmaktadır ve buralarda değinilen makale ve kitaplar, nasıl ekonomik değerlendirme yapılacağı veya ekonomik değerlendirmelerin eleştirel bir bakış açısıyla nasıl gözden geçirilebileceği konusunda daha fazla ayrıntı verebilir. Başka sorunlar da vardır. Bu sorunların çözümü; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanları, fon sağlayan kuruluşlar, karar alıcılar ve ilgili sağlık ekonomistleri arasında daha iyi iletişim kurulmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar

1. DRUMMOND, M. ET AL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1997.
2. ROSEN, M. & LINDHOLM, L. The neglected effects of lifestyle interventions in cost-effectiveness analysis. *Health promotion international*, 7(3): 163-169 (1992).
3. SHIPLEY, R. ET AL. Community stop-smoking contests in the COMMIT trial: relationship of participation to costs. *Preventive medicine*, 24: 286-292(1995).
4. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
5. WILLIAMS, A. Why measure the total burden of disease. *CHE news: research update*, 3: 2-3 (1998).
6. LANGHAM, S. ET AL. Costs and cost effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: the Oxcheck study. *British medical journal*, 312: 1265-1268 (1996).
7. FIELD, K. ET AL. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost-effective? *British medical journal*, 310: 1109-1112(1995).
8. KAHN, J. The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: how much more bang for the buck? *American journal of public health*, 86(12): 1709-1712(1996).
9. BUCK, D. ET AL. Reducing the burden of coronary heart disease: health promotion, its effectiveness and cost. *Health education research: theory and practice*, 11(4): 487-499 (1996).
10. JOHANNESSON, M. ET AL. Outcome measure in economic evaluations. *Health economics*, 5(4): 279-296 (1996).
11. MURRAY, C.J.L. & ACHARYA, A.K. Understanding DALYs. *Journal of health economics*, 16(6): 703-730 (1997).
12. ANAND, S. & HANSON, K. Disability-adjusted life years: a critical review. *Journal of health economics*, 16(6): 685-702 (1997).
13. CRIBB, A. & HAYCOX, A. Economic analysis in evaluation of health promotion. *Community medicine*, 11(4): 299-305 (1989).
14. FISCELLA, M. & FRANKS, P. Cost-effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physicians' smoking cessation counselling. *Journal of the American Medical Association*, 275: 1247-1251 (1996).
15. HOLTGRAVE, D. & KELLY, J. Preventing HIV/AIDS among high-risk urban women: the cost-effectiveness of a behavioural group intervention. *American journal of public health*, 86: 1442-1445 (1996).
16. DRUMMOND, M. & STODDART, G. Assessment of health producing measures across different sectors. *Health policy*, 33(3): 219-231 (1995).
17. GINSBERG, G. & SILVERBERG, D. A cost-benefit analysis of legislation for bicycle safety helmets in Israel. *American journal of public health*, 84(4): 653-656 (1994).
18. DALVI, M. *The value of life and safety: a search for a consensus estimate*. London, Department of Transport, 1988.

19. COHEN, D. & HENDERSON, J. *Health, prevention and economics*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1988.
20. TOLLEY, K. *Health promotion: how to measure cost-effectiveness*. London, Health Education Authority, 1992.
21. WILLIAMS, A. Economics of coronary artery bypass grafting. *British medical journal*, **291**: 326-329 (1985).
22. GRAHAM, J. & VAUPEL, J. Value of a life: what difference does it make? *Risk analysis*, 1(1): 89-95 (1981).
23. DRUMMOND, M. ET AL. Cost-effectiveness league tables: more harm than good? *Social science and medicine*, **37(1)**: 33-40 (1993).
24. KIND, P. ET AL. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. *British medical journal*, **316**: 736-741 (1998).
25. COHEN, D. Health promotion and cost-effectiveness. *Health promotion international*, 9(4): 281-287 (1994).
26. SHELL, A. & HAWES, O. Community development and the tyranny of individualism. *Health economics*, 5(3): 241-247 (1996).
27. GOLD, M. ET AL., ED. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York, Oxford University Press, 1996.
28. PARSONAGE, M. & NEUBURGER, H. Discounting and health benefits. *Health economics*, 1: 71-76 (1992).
29. DRUMMOND, M. & COYLE, D. Assessing the economic value of anti-hypertensive medicines, *Journal of human hypertension*, 6: 495-501 (1992).
30. BMJ WORKING PARTY ON ECONOMIC EVALUATION. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. *British medical journal*, **313**: 275-283 (1996).
31. BURROWS, R. ET AL. The efficacy of health promotion, health economics and late modernism. *Health education research: theory and practice*, 10: 241-249(1995).
32. TOLLEY, K. ET AL. Health promotion and health economics. *Health education research: theory and practice*, **11(3)**: 361-364 (1996).
33. LEU, R. & SCHAUB, T. More on the impact of smoking on medical care expenditures, *Social science and medicine*, **21**: 825-827 (1985).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: Kalite Güvencesi Çerçevesine Doğru

Richard Parish

Kalite güvencesi yirminci yüzyılın sonlarına doğru ortaya çıkan bir olgudur. Son yıllarda hem imalat sanayilerinde hem hizmet sektörlerinde itici bir güç olmuştur. Sağlık sektörü de bu gelişmenin dışında kalmamıştır ve sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumlu olan kuruluşların, artık hizmetlerinin kalitesini ölçmek ve artırmak amacıyla sistem ve prosedürler kullanmaları beklenmektedir. Ayrıca, son 10 yıl içerisinde kamunun da beklentileri yükselmiştir. Bu gelişmenin yanı sıra genel olarak tüketicilerin sağlık konularındaki farkındalıklarının artması sağlık hizmeti sunucularını, hizmet sunumunda daha tüketici odaklı bir yaklaşım benimsemeye teşvik etmiştir. Ürün ve hizmetlerin alıcılarının, yaptıkları yatırımdan kendilerine ne döneceğini bilmek istemeleri şaşırtıcı değildir. Bu durum, her türlü şey için olduğu gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için de geçerlidir.

Girdiler ve çıktılar arasındaki ilişkiyi süreçler yönetmekte ve hedeflenen çıktılara ulaşıp ulaşılmadığını büyük ölçüde bu süreçlerin kalitesi belirlemektedir. Bu nedenle kalite güvencesi; etkinlik, etkililik ve tüketici memnuniyeti ile en azından kısmen ilgilidir. Kalite güvencesi, planlama, değerlendirme ve hesap vermenin kalbinde olduğu için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavram ve ilkeleri için de çok önemlidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kısmen yeni bir alan olmasına rağmen son yirmi yıl içinde yapılan birçok çalışma, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasını ve uygulamanın etkililiğini incelemiştir. Literatürün zengin olmasına rağmen ve araştırma, önerilen müdahalelerin yaygın olarak iyi bir şey olarak görüldüğüne işaret ediyor olsa da hâlâ her bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının değerlendirilmesi yönünde talep vardır. Tıp, hemşirelik veya mühendislik gibi diğer disiplinlerde, araştırma ve değerlendirmeden çıkarılan sonuçlar uygulama standartlarına dâhil edilmektedir. Bu durum, tüm katılımcı maliyetlerinin ve gereksiz, birbirinin tekrarı niteliğindeki değerlendirmelerin önünü kesmektedir. Dolayısıyla kalite standartları en azından kısmen de olsa önceki değerlendirme çalışmalarının sonuçlarından elde edilmektedir. Kanıtın günlük uygulamaya dönüştürülmesi, kalite güvencesinin kalbinde yer almaktadır.

Kaliteye olan ilginin artmasına rağmen sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kalite güvencesini geliştirmek için kısmen az çalışma gerçekleştirilmiştir. Speller ve ark.(1), Sağlık Eğitimi Kurumu 1994 yılında uygulayıcılar için bir dizi pratik kalite güvencesi yöntemi sunmak amacıyla bir projeye fon sağlayana kadar İngiltere’de herhangi bir rehber olmadığını öne sürmektedir. Bu çalışmanın sonucunda, sağlığın teşviki ve

geliştirilmesinde iyi uygulama özelliklerini içeren bir rehber ortaya çıkmıştır (2). Kalite güvencesine ilişkin kavram, ilke ve uygulamanın netleştirilmesine yönelik son zamanlardaki girişimlere rağmen hâlâ soru işaretleri taşımaktadır. Speller ve ark. (1), İngiltere’de kaygı veren 3 husus olduğunu ifade etmektedir: kurumsal değişim baskısı; kalite güvencesinin, bireysel profesyonel görüşü kısıtlayacağı kaygısı ve terminoloji konusunda karmaşıklık. Son husus özellikle kaygı vericidir. Terminoloji, ana dili İngilizce olan kişiler için bile sorun ise bu durum, ana dili İngilizce olmayan ama işi gereği İngilizce kullanması gereken kişiler için çok daha zor olacaktır.

Algılanan sorunlara rağmen Speller ve ark.(1), kalite güvencesinin planlama ve kurum içi iletişim, personel gelişimi, dış ilişkiler ve sözleşme müzakerelerine katacağı değer dâhil bir dizi olası avantajını da tespit etmektedir. Bu unsurların tamamı, kalite güvencesi çerçevesinin sunduğu kesinlikten faydalanacaktır.

Bugüne kadar yapılan çalışmalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kalite güvencesinin hâlâ ilk aşamada olduğunu göstermektedir. Yine de bu kavramın kullanılması ve gelişmesine olan ilgi (sadece sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları arasında değil) artıyor gibi gözükmektedir. Ayrıca, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’nin sponsorluğunu yaptığı Avrupa Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Komitesi, kalite güvencesi için bir çerçeve geliştirilmesini 1995 yılında öncelik olarak belirlemiştir. Komite’ye sunulan bir doküman (3), kalite güvencesinin sürekli gelişen bir süreç olduğunu ve bu nedenle bugünün kalite standartlarının hızla geçersiz hâle geleceğini öne sürmektedir. Yine de baştaki başarı; ilke, pratik uygulama ve terminolojinin daha da netleştirilmesini gerektirmektedir.

Arka Plan

J. Edward Deming, yaygın olarak modern kalite güvencesinin babası olarak bilinmektedir. Kalite hakkındaki çalışmalarına 1941 yılında başlamasına rağmen Deming, uluslararası alanda önem kazanmaya 9 yıl sonra başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı’nın ardından Deming’den Japonya’nın yeniden yapılanmasında önemli bir rol üstlenmesi istenmiştir. Deming, 1950 yılında Japonya Bilim Adamları ve Mühendisler Birliği ile yapılan bir toplantı sonrasında “Deming Kalite Güvencesi Döngüsü” (Planla, Harekete Geç, Yap ve Kontrol Et) olarak adlandırılan kavramı ortaya koymuştur. Deming’in felsefesi 3 ana ilkeye dayanmaktadır.

1. Herhangi bir ürün veya hizmetin geliştirilmesinde müşteri memnuniyeti en önemli unsurdur.
2. Kalite, bir ekip çalışmasıdır.
3. Kalite güvencesi, verinin toplanması, yorumlanması ve uygulanmasına dayanan bilimsel bir süreçtir.

Kalite güvencesi, yaklaşık otuz yıl sonra ulusal standartların resmî olarak bir parçası hâline gelmeye başlamıştır. İngiltere Standartlar Enstitüsü (British Standards Institute-BSI), kendisinin dünyada 1979 yılında “kalite sistemleri standartları”nı

yayımlayan ilk kurum olduğunu öne sürmektedir (4). Bu standartlar daha sonra Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu (ISO) tarafından kabul edilmiş ve şu anda yaygın olarak bilinen ISO 9000 kalite standartları grubuna dönüşmüştür. 1990'ların ortasına gelindiğinde, dünya çapında 70.000'den fazla kurum ISO 9000'e kaydolmuştu. Kayıt; kurum prosedürlerinin gözden geçirilmesi, dokümantasyonu ve bunların değerlendirilmesini içermektedir. Bu, şu anlama gelmektedir:

- Kurumun ne yaptığının belirlenmesi,
- Süreçlerin tanımlanması,
- Kurumun, yaptığını söylediği şeyi gerçekten yaptığından emin olunması,
- Kurumun, yaptığı şeyi etkili bir şekilde yaptığından emin olunması,
- Gelecekte iyileştirmek amacıyla süreçten dersler çıkarılması.

BSI, kaliteye ilişkin kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesi hâlinde aşağıda sıralanan faydaların sağlanacağını ifade etmektedir:

1. Müşteri memnuniyetinin artması,
2. Etkinliğin iyileşmesi,
3. Paranın karşılığının daha iyi alınması,
4. İşte daha az tekrar,
5. Daha az israf,
6. Daha az yanlış,
7. Maliyet tasarrufu,
8. Motivasyonu daha yüksek çalışanlar,
9. Zaman ve kaynakların daha iyi kullanımı,
10. Daha iyi iletişim,
11. Müşterilerin duyduğu güvenin artması.

BSI'nin tecrübesi, ISO 9000 kaydının 3 farklı alanda olabileceğine işaret etmektedir: yönetim, halk ve finans (4).

Yönetim açısından bakıldığında, kalite güvencesi getirilmesi, iç izleme ve gözden geçirmeye daha fazla odaklanılması vasıtasıyla kalite konusunda daha yapılandırılmış bir yaklaşımın kabul edilmesini sağlamaktadır. Kurumda liderlik ve yönün geliştirilmesine yardımcı olmakta ve kurumun değişmesi gereken alanlarının belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Süreç, kaliteli çıktılara ulaşmak için gerekli olan performans göstergelerini belirlemekte ve böylece daha fazla etkililik ve etkinlik sağlamaktadır. Sorunların erken tespiti, önleyici tedbirlerin teşvik edilmesi ve kalite konusunda net bir yaklaşım sürecin en önemli faydaları arasındadır. Bu bağlamda, kalite güvencesi bir çeşit sürekli izleme ve değerlendirme uygulamasıdır ve personel gelişimi sürecini kolaylaştırmaktadır.

Kalite güvencesi, süreçte yer alan kişilere önemli avantajlar sağlamaktadır. Kaliteye yönelik kapsamlı bir yaklaşım, çalışanların güçlendirilmesine yardımcı olmakta ve

sürecin daha fazla sahiplenilmesini sağlamaktadır. Çalışanların rol ve sorumlulukları daha nettir ve bu da zamanlarını daha etkili kullanmalarına imkân vermektedir. Kalite güvencesi, daha etkili kurum içi iletişimin önünü açar ve personel gelişimi için ortam yaratır. Kısaca müşteriler, kuruma ve kurum personeline fayda sağlar.

Belki de politika yapıcılar bakımından en önemlisi, kalite güvencesinin israf yapılan alanları ve gereksiz bürokrasiyi tespit etmesidir. Böylece maliyet bakımından tasarruf edilmesini sağlar.

Kalite güvencesi tanımı gereği; kurumun, ilk seferde ve her seferde iyi olanı elde etmesi için tasarlanmış bir izleme ve değerlendirme mekanizmasıdır. Bu, belirlenen hedeflerle nihai çıktıları karşılaştıran, ancak ilgili süreçleri dikkate almayan daha geleneksel değerlendirme yaklaşımları ile farklılık göstermektedir. Bu bağlamda, kalite güvencesi; süreç değerlendirmesi ile benzerlik göstermektedir ve örneğin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında, bir toplum programının geliştirilmesinin sürekli gözden geçirilmesinde bir araç olarak ek bir fayda da sağlamaktadır.

Deming'in İlkeleri

Deming, kaliteye ulaşmak isteyen her türlü kurum için kilit yönetim ilkeleri belirlemiştir (5):

1. Kurumun, sürekli gelişim odaklı olmasını sağlamak,
2. Gecikme ve hataların kaçınılmaz olduğu inancını reddetmek,
3. Kaliteyi, üretim süreçlerinin bir parçası hâline getirmek ve istatistiksel kanıt talep etmek,
4. Anlamlı kalite ölçülerini dikkate alarak sadece baştaki maliyeti değil toplam maliyeti ve satın alınan ürün veya hizmetlerin fiyatını en alt düzeye çekmek ve kalite kanıtı sunamayanları eleyerek tedarikçi sayısını azaltmak,
5. Planlama ve üretimin tüm yönlerini sürekli olarak iyileştirmek, böylece toplam kaliteyi artırmak ve toplam maliyeti düşürmek,
6. Sürekli iş başında eğitimler vererek tüm çalışanların potansiyelini en üst seviyeye çıkarmak,
7. Kurumun, insanların işlerini daha iyi yapmalarına odaklı net bir liderlik vizyonu benimsemesini sağlamak,
8. Personel ve yönetim arasında etkili iletişimi teşvik etmek,
9. Çok işlevli ekip çalışmasını teşvik etmek amacıyla farklı birimler ve gruplar arasındaki engelleri ortadan kaldırmak,
10. Üretkenliğin önündeki engellerin çoğunun iş gücü ile ilgili olmadığını, sistemden kaynaklandığını kabul etmek,
11. Randomize sayısal çalışma kotalarını ortadan kaldırmak ve sürekli iyileşmenin ölçülmesine imkân veren izleme sistemleri geliştirmek,
12. Kişisel gelişimi teşvik etmek ve kapsamlı bir eğitim programı geliştirmek,
13. Kalitenin sürekli geliştirilmesine odaklanacak bir üst düzey yönetim yapısı oluşturmak.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde Kalite

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, son yıllarda birçok ülkede öncelikli hâle gelmektedir. Bu gelişme, hem fon sağlama hem politika geliştirme anlamında yatırımların artmasına neden olmuştur. Ancak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin halk sağlığını geliştirme yönündeki potansiyelinin daha fazla kabul edilmesi, sürekli artan sağlık hizmetleri maliyetlerine ilişkin filizlenen kaygıyla paralel gitmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tartışmanın içinde yer almaktadır. Çünkü birçok ülkede sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri, hastane ve toplum sağlığı hizmetleri bütçesi ile aynı bütçeden finanse edilmektedir. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerini kanıtlaması yönünde haklı talepler vardır.

Sağlık hizmeti maliyetleri artmaya devam ettikçe politika yapıcılar kaynak kullanımının etkinliği ve etkililiğine ilişkin giderek daha fazla kanıt talep etmektedir. Politika yapıcılar; ister vergi, ister kurumsal hüküm, isterse bireysel üyelik şeklinde olsun, sağlık hizmetlerine yapılan kayda değer yatırımın, ilgili nüfus için en iyi olası sağlık çıktısını sağlayacağından emin olmak istemektedir. Ayrıca, haklı olarak tüm hizmetlerin tüketicilerin ihtiyaçlarına cevap vermesini ve sürekli ve güvenilir bir şekilde sunulmasını talep etmektedirler. Kısaca, politika yapıcıların kalite yönünde talepleri vardır.

Sağlık hizmetleri reformuna ilişkin mevcut tartışma ve bazı ülkelerde sağlık hizmetlerini alanların, sağlık hizmeti sunucularından ayrılması kalite konusuna ivme kazandırmıştır. Alıcılar (kamu kurumları veya sağlık sigortası programları) fonların etkili bir şekilde kullanıldığını ve tüketicilerin beklentilerinin karşılandığını göstermek için kanıt istemektedir. Sözleşmelerde artık sadece maliyet ve miktar değil kalite standartları da belirtilmektedir.

Kalite Nedir?

Kalite güvencesi teriminin yaygın kullanımına rağmen, terimin ne anlama geldiği hâlâ net değildir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında kullanılan tanımlardan biri şöyledir: “Kalite güvencesi, ulaşılabilir ve arzu edilen kalite seviyelerinin tanımlandığı, bu seviyelere ne ölçüde ulaşıldığının değerlendirildiği ve bu seviyelere ulaşılmasına imkân verecek eylemlerin geliştirilmesi için kullanılan sistematik bir süreçtir.” (2) Bu tanım; standartlar koyma, bunlara ulaşılmasını denetlemek için araçlar geliştirme ve performansın beklenen standartlara ulaşamaması hâlinde kurumsal veya profesyonel gelişim sürecine gidilmesi ihtiyacına işaret etmektedir. Evans ve ark.(2); kalite güvencesinin aslında aşağıda belirtilenleri içeren entegre faaliyetleri tanımladığını öne sürmektedir:

- Bir kalite güvencesi programı geliştirmeye karar vermek ve programın kilit alanlarını belirlemek,
- Standartlar koymak ve ölçme kriterlerine karar vermek,
- Performansı ölçmek,
- Kaliteyi iyileştirmek için harekete geçmek,
- Sürekli gözden geçirmek.

Kalite, kuşkusuz çok boyutlu bir konudur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bakış açısından kalite güvencesi; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kullanılan tüm girdinin, çıktı bakımından maksimum potansiyele ulaşmasının sağlanmasına yardımcı olur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında 4 tür bileşen vardır:

- Fon, personel, mevzuat ve politika girişimi gibi girdiler,
- Politika analizi, kamunun katılımı, eğitim, iletişim ve değerlendirme gibi süreçler,
- Erişimin gelişmesi, daha iyi hizmetler ve daha güvenli ortamlar gibi sonuçlar,
- Sağlığın daha iyi olması gibi çıktılar.

Kalite nihayetinde son ürün veya hizmete göre değerlendirilse de sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin her aşamasında dikkate alınmalıdır. Kalite güvencesi, tanımı gereği, bir planlama ve izleme uygulamasıdır. Gerekli olduğu şekilde uygulanırsa kaynakların programa tahsisi sırasında öngörülen çıktılara ulaşılabilecektir. Kalite güvencesi, son üründen ziyade sistem, prosedür ve süreçlere odaklanmaktadır. Sistem, prosedür ve süreçler, kapsamlı kalite yaklaşımı çerçevesinde ele alınırsa son ürüne ulaşmak mümkün olacaktır.

Kalite güvencesi kavramı, sürekli değişimi ima etmektedir. Belirlenmiş standartlarla sürekli kıyaslama ve (ulaşıldıktan sonra) standartların gözden geçirilmesi kalite güvencesini dinamik kılmaktadır. Kalite, döngünün her aşamasında arttığı için kaliteye çok da ulaşılammamaktadır. Tanımı gereği, kalite güvencesi gelişen ve artan bir süreçtir.

Kalite Güvencesi Döngüsü

Evans ve ark.(2), kalite güvencesi süreçlerinin döngüsel yapısını tanımlamakta ve her bir aşamada dikkate alınması gereken faktörleri belirlemektedir:

1. Kilit alanların belirlenmesi ve gözden geçirilmesi,
2. Standartlar konması,
3. Ölçme kriterlerinin seçilmesi,
4. Bir denetim aracı geliştirilmesi,
5. Uygulamanın standartlarla karşılaştırılması,
6. Standartlara ulaşamama nedenlerinin tespit edilmesi,
7. Bir eylem planı hazırlanması,
8. İlerlemenin gözden geçirilmesi.

Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi: Kalitenin Başlangıç Noktası

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (6), birçok ülkede sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin önem kazanmasının önünü açmıştır. Ayrıca sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için politika geliştirme ve program uygulamasına yönelik bir çerçeve oluşturmuştur. Sözleşme, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (7) tarafından önerilen kavram ve ilkeleri kullanarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eyleminin şu anlama geldiğini ifade etmektedir:

1. Sağlıklı halk politikaları oluşturmak,
2. Destekleyici ortamlar yaratmak,
3. Toplum eylemini güçlendirmek,
4. Kişisel becerileri geliştirmek,
5. Sağlık hizmetlerini tekrar yönlendirmek.

Bu ilkeler, kalite planlamasında da aynen geçerlidir.

Kalite Güvencesi Döngüsünün Aşamaları

Planlama, kalitenin başlangıç noktası olmalıdır. Net planlar olmadan kalite sistemlerinin uygulanması mümkün değildir. Yukarıda da değinildiği üzere kalite güvencesi döngüsünün ilk aşaması, uygulama yapılacak kilit alanların belirlenmesidir.

Kilit Alanların Belirlenmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önceliklerin belirlenmesi süreci, ilk bakışta görüldüğünden daha zordur. Örneğin birçok politika yapıcı; sağlığın teşviki ve geliştirilmesini, koroner kalp rahatsızlığı, kanser veya HIV/AIDS gibi spesifik sağlık konuları bağlamında değerlendirmektedir. Hükümetler, çoğu kez sağlık hedeflerini (veya daha net olmak gerekirse hastalığı azaltma hedefini) bu temele oturtmakta ve kaynaklar bu tür spesifik programlara tahsis etmektedir. Ancak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan profesyonellerin çoğu; önceliklerin, okul, işyeri veya belli topluluklar gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin gerçekleştirilebileceği ortamlara göre belirlenmesi gerektiğini düşünmektedir. Aksine, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin hedeflenen faydalanıcıları (halk) kendilerini, bazı ortak özellikler taşıyan bir gruba ait olarak görmektedir. Bu nedenle öncelikler; örneğin kadınlar, yaşlılar veya belli etnik azınlıklar için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olabilir.

Uygulamada tabii ki bunlar, aynı konulara sadece 3 farklı açıdan bakmanın yollarıdır. Hemen hemen tüm sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri sağlık konularını ele alır, toplumda belirlenmiş grupları hedefler ve bir veya daha fazla ortamda uygulanır. Gerçekte, çoğu kez 3 boyutlu bir matris vardır (konular, hedef gruplar ve ortamlar) ve bu matris planlamada faydalı bir araç olabilir.

Farklı kişilerin (politikacılar, profesyoneller ve toplum üyeleri) farklı öncelikleri vardır. Kalite bakış açısından bu önemli değildir; çünkü nihayetinde kaliteyi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kullanılan süreçler belirlemektedir. Aslında Ottawa Sözleşmesi, kalite güvencesi için bir çerçeve sunmaktadır.

Ottawa Sözleşmesi (6) birbiriyle bağlantılı eylem alanlarının yanı sıra savunuculuk, imkân verme ve arabuluculuğun önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle Sözleşme, önceliklerin nasıl belirlendiğini dikkate almaksızın, tüm sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin temelinde olması gereken belli sayıda eylem alanı ve süreç tanımlamaktadır. Bu süreçlerle bağlantılı standartlar koyarak ve bu standartlara karşı performansı sürekli ölçerek kaliteye ulaşılacaktır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavram ve ilkelerinin (6,7), evrensel olarak uygulandığı kabul edilmektedir. Bu durum, kalite güvencesi çerçevesinin ele alınacak sağlık konuları veya sosyoekonomik bağlam dikkate alınmaksızın her ülkede uygulanabilmesi anlamına gelmektedir.

Standartlar Koyma

Standartlar, ulaşılacak performans kriterlerini belirlemektedir. Standart koymanın 2 boyutu vardır. İlki performans seviyesini ölçülebilir nitelikte ifade etme ve ikincisi standarda, hangi ölçüde tutarlı bir şekilde ulaşılması gerektiğini net bir şekilde belirtme (örneğin, durumların %97'sinde). Nadiren erişilebilecek yüksek standartlardan ziyade tutarlı olarak erişilebilecek makul bir performans seviyesi belirlemek suretiyle işe başlanmalıdır. Ulaşılabilir ve kademeli olarak artan standartlara odaklanmak, performans seviyesinin arttığının görülmesine imkân vermektedir. Ayrıca politika yapıcılar, profesyoneller ve toplum nezdinde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişiminin belirlenen tüm hedeflere ulaştığı yönünde bir izlenim oluşmasını sağlama gibi de bir faydası vardır.

Ölçme Kriterlerinin Belirlenmesi

Kriterler, net şekilde belirtilmelidir ve ulaşılabilir, ölçülebilir, gözlemlenebilir, anlaşılır ve makul olmalıdır (2). Hizmet veya müdahale; sunucular, tüketiciler veya alıcılar ve girişimin satın alınması veya finansmanından sorumlu olan kişiler için de kabul edilebilir olmalıdır.

Bir Denetim Aracı Geliştirilmesi

Standartlara ulaşılıp ulaşılmadığını ölçecek etkili bir mekanizma olmadan kriter koymak çok da anlamlı değildir. Bu nedenle bir denetim çerçevesine ihtiyaç olacaktır ve bu genellikle belirlenmiş her bir performans kriteri için nicel ve nitel bir dizi araştırma sorusundan oluşmaktadır. İngiltere'deki Wessex Bölge Sağlık Müdürlüğü'ne (8) göre, kullanılan denetim yöntemi:

- Denetim ortamına uygun olmalıdır,
- Denetimi yapan kişinin (kişilerin) farklı mesleki yargılarda veya değer yargılarında bulunabileceğini kabul etmelidir,
- Çalışmanın konusuna göre ayarlanmış ağırlıklar kullanmalıdır (8).

Kuşkusuz, denetimin farklı yönlerinin ne kadar önemli olduğu değer yargılarına bağlı olacaktır. Denetim, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişime fon sağlayanlar ve girişimin alıcıları ile birlikte yapılmalıdır. Sonuçta, kalite de güzellik gibi göreceli bir kavramdır.

Uygulamanın Standartlarla Kıyaslanması

Denetimi kimin yapması gerektiği önemli bir sorudur (bk. Fası 4). Örneğin bir kalite güvencesi denetimi, aşağıda belirtilenlerden biri veya bunların birleşimi tarafından gerçekleştirilebilir:

- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının sunucuları (öz denetim: *self-audit*),
- Genel hesap verme sorumluluğu olan ancak operasyonel konulara dâhil olmayan yöneticiler,
- Kurumdan olmayan dış denetçiler,
- Aynı kurumdan olan ancak diğer çalışma alanlarında çalışan denetçiler,
- Program tüketicileri veya alıcıları,
- Satın alıcılar (girişime fon sağlayanlar).

Sorumluluğu her kim alırsa alsın, denetim prosedürleri konusunda beceri sahibi olmalıdır. Ayrıca denetim sürecinde, belirlenmiş kalite kriterleri kullanılmalıdır. Bu da denetim tekniklerinde eğitimi gerekli kılmaktadır.

Standartlara Ulaşılamamasının Nedenlerinin Tespit Edilmesi

Belirlenmiş standartlara ulaşamamasının birçok nedeni olabilir. Kalite güvencesinin işlevlerinden biri, gerekli tedbirlerin alınabilmesi için bu nedenlerin belirlenmesine imkân vermektir. Gereken standartlara ulaşamamasının olası nedenleri şunlardır:

- Uygun olmayan standartlar (belki çok iddialı),
- Kaynak seviyesinin düşük olması,
- Personelin eğitiminin yetersiz olması,
- Kurumsal kısıtlamalar,
- Net olmayan hedefler,
- Yetersiz iletişim,
- Yanlış denetim metodolojisi.

Bir Eylem Planı Hazırlama

Belirlenmiş standartlara ulaşamamasının nedenleri tespit edildikten sonra düzeltici ve telafi edici eylemler için net bir plan hazırlanmalıdır. Planda, hangi eylemlerin ne zaman ve kim tarafından gerçekleştirileceği belirtilmelidir.

Durumun Gözden Geçirilmesi

Tam aksine, mevcut kalite standartlarının tamamına ulaşılmışsa daha iddialı standartlar koymak gerekebilir. Her türlü durumda periyodik gözden geçirme, kalite güvencesi programının bir parçası olmalıdır.

Başarı İçin Planlama

Başarılı kalite güvencesi için 2 alanda planlama (politika oluşturma ve program geliştirme) gereklidir.

Politika Oluşturma

Kaliteye yönelik başlangıç noktası olduğu için baştaki planlamanın yerini doldurabilecek bir şey yoktur. Net bir plan, standart belirlemeye yönelik parametreleri tanımlayacaktır. Bu durum, program geliştirme veya hizmet sunumu ile ilgili herhangi

bir kalite konusu ele alınmadan önce, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin ortaya çıkmasını sağlayan politika kararlarının niteliğinin incelenmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası oluşturulurken aşağıda belirtilen araştırma soruları sorulabilir:

1. Net politika amaç ve hedefleri var mı?
2. Araştırma, mevzuat, vergilendirme, sübvansiyon, eğitim ve kurumsal değişim gibi birtakım politika araçları dikkate alınmış mı?
3. Araştırma ve değerlendirme stratejisi net mi?
4. Mevcut politikanın sağlık etkisini ölçmeye yönelik bir mekanizma var mı?
5. Politika oluşturma sürecinde politikanın hedeflenen faydalanıcıları ile irtibat kurulmuş mu?
6. Politikanın uygulamaya dönüştürülmesini sağlamak için kurumsal kapasite yeterli mi?
7. İnsan kaynakları, politika geliştirmek ve programları uygulamak için gerekli olan becerilere sahip mi?
8. Sektörler arası planlama için net bir sorumluluk odağı var mı?
9. Politika geliştirme süreci zarfında hakkaniyet, temel konulardan biri olarak dikkate alınmış mı?

Bu liste, tüm soruları içeren eksiksiz bir liste değildir; sadece politika geliştirme sürecindeki temel konulardan bazılarına yer vermektedir.

Bu konular çok önemlidir. Çünkü mevcut kanıt 1986'da Ottawa'da kabul edilen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çerçevesinin, uygulamada arzu edilen etkiyi yaratamamış olduğuna işaret etmektedir. 1988 yılındaki İkinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda politika geliştirilmesinde öncü olarak görülen birçok vaka çalışmasına destek vermiştir. Ancak bu vaka çalışmalarının denetimi, az sayıda çalışmanın DSÖ tarafından belirlenen kavram veya ilkeleri gerçekten anladığını (7) veya Ottawa Sözleşmesi'nde (6) tanımlanan çerçeveyi uyguladığını göstermiştir. Kullanılan denetim aracı, her bir vaka çalışmasını şu yönlerden incelemiştir:

1. Politikanın içeriği ve kapsamı,
2. Muhtemel etki,
3. Politik bağlam,
4. Hesap verme,
5. Planlama ve danışma süreci,
6. Araştırma ve bilginin kullanımı,
7. Çok sektörlülük derecesi,
8. Koordinasyon mekanizmaları,
9. Hakkaniyet yaklaşımı,
10. Sağlık hizmetinin yeniden yönlendirilmesi.

Denetim sonunda, vaka çalışmalarında tanımlanan projelerin iyi uygulama modelleri olduğu düşünülse de uygulamada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerinin çok azının uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır. Projelerin çok azı, herhangi bir kapsamlı çok sektörlü eylemde bulunmuştur. Büyük bir kısmı ise sınırlı sayıda politika tedbiri, özellikle eğitim ve araştırma, kullanmıştır. O zamandan bu yana durum değişmiş olabilir. Ancak bunu sadece modern politikanın kapsamlı denetimi gösterebilir.

Program Geliştirme

Mantıklı ve sistematik program geliştirme, kalite güvencesinin boyutlarının tanımlanmasına yardımcı olacaktır. Literatürde, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için birçok planlama modeli tanımlanmaktadır. Ancak Şekil 8.1, dikkate alınması gereken konulara işaret etmektedir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yönetimine ilişkin projesinin bir parçası olarak Keele Üniversitesi'nce hazırlanan eğitim rehberi (9), kalite için en başından itibaren planlama yapma ihtiyacını göstermektedir. Rehber, sağlığın iyileştirilmesi çalışmalarında kullanılan herhangi bir kalite kontrol listesinin başlıca boyutlarını ön plana çıkarmaktadır (9):

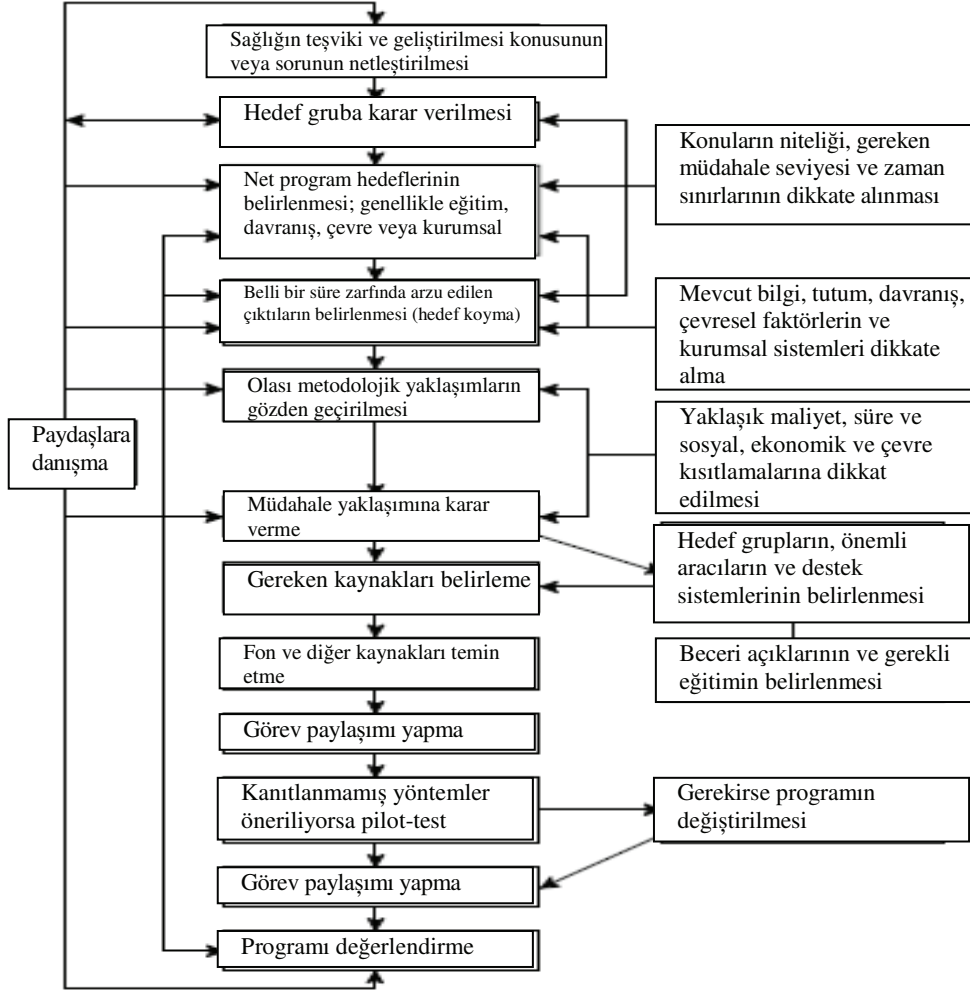
1. Müdahalenin ilgili birey, grup veya toplumun sağlık ihtiyaçlarına uygunluğu,
2. Optimum iyileşme bakımından etkililik,
3. Müdahalenin, mümkün olduğu ölçüde, tüm alıcılar için sağlıkta iyileşme sağlaması ve diğerlerinin lehine bile olsa bazıları için faydalı olmamasını sağlamak için sosyal adalet,
4. Müdahalenin tüm grupları onurlu bir şekilde hedef almasını ve insanların yaşamlarını nasıl yaşamak istediklerini seçme hakkını tanıması için onur ve seçim,
5. Sağlık, güvenlik ve refaha yardımcı olan bir ortam,
6. Tüm kilit paydaşların müdahalenin kabul edilebilir olduğunu düşünmesini sağlamak için katılımcı memnuniyeti,
7. Tüm kilit paydaşlara, özellikle de girişimden faydalanması gerekenlere planlama, tasarım ve uygulamaya katılmaları konusunda destek olmak üzere dâhil olma,
8. Kaynakların, etkiyi en üst seviyeye çıkarmak amacıyla kullanılmasını sağlamak için etkinlik ve paranın karşılığını alma.

İkilemler, Çelişkiler ve Etik Konular

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan insanlar, kalite konusunu ele alırken muhtemelen bazı zor konularla yüz yüze kalmaktadır. Bunların ilki, rekabet hâlindeki öncelikler sorunudur. Yani çeşitli tarafların öncelikler, yöntemler ve kalite standartları konusunda farklı görüşlere sahip olmasıdır. Örneğin (genellikle kaynakları kontrol eden) politika yapıcılar, hizmet sunmaları beklenen toplumdaki taban tabana zıt görüşlere sahip olabilir. Ayrıca, politika yapıcılar veya hedeflenen faydalanıcılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uzmanlarının etik dışı veya etkisiz olarak görebilecekleri yöntemlerin kullanılmasına destek verebilir. Böylesi ikilemler,

en yetkin sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının bile arabuluculuk becerilerini test edecektir.

şekil. 8.1. Sađlđđın Teşviki ve Geliştirilmesinin Planlamasında Başlangıç Noktası



Konuyla bağlantılı ikinci konu, birden fazla tarafa hesap vermedir. Uygulayıcılar sadece fon sağlayan kuruluşlara karşı değil aynı zamanda sađlđđın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin hedeflediği toplumlara ve kendi kurumlarına ve kendi meslektaşlarına karşı da sorumludur.

şnc konu, değerlendirmenin niteliği ve kimin ne yaptđđı ile ilgilidir. Araştırmacılar, nesnelliği sağlamak açısından herhangi bir faaliyetin değerlendirmesinin dışarıdan kişiler tarafından yşrtlmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Ancak tanımı gereği

kalite güvencesi; genellikle bir müdahaleyi uygulayan kişileri, sürekli izleme ve değerlendirmeye dâhil etmektedir. Bu durum, izlemeyi sadece nihai başarı veya başarısızlığı ölçen bir araç değil, gündelik bir izleme aracı hâline getirmektedir. Bu paradigma kayması, geleneksel bilimsel araştırma görüşü açısından bir zorluk doğurmaktadır.

Sonuç

Kalite, birçok ülkede kamu harcamalarına ilişkin mevcut tartışmanın merkezinde yer almaktadır. Bu nedenle yatırımları çekmeye devam etmek istiyorsa sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin bu gerçeği dikkate alması gerekmektedir. Konu şu anda DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin çalışmalarının bir parçasını teşkil etse de sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kesin bir kalite güvencesi stratejisi yoktur.

Kalite, diğer değerlendirme şekilleri karşısında bir alternatif değildir ama diğer metodolojiler açısından çok önemlidir. Ayrıca aslında değerlendirme süreci dâhil tüm çalışma alanlarında kalite güvencesi ve denetime başvurulmalıdır.

Tanımı gereği kalite güvencesi sürekli bir iyileşme sürecidir. Bu nedenle sürekli revizyon gerektiren gelişimsel bir uygulamadır. Gelecekteki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamaları için günümüz kalite standartlarının hangi hızla geçersiz hâle geleceği, kilit başarı göstergelerinden biri olacaktır.

Kaynaklar

1. SPELLER, V. ET AL. Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. *Health promotion international*, 12(3): 215-224 (1997).
2. EVANS, D. ET AL. *Assuring quality in health promotion*. London, Health Education Authority, 1994, pp. 20-21.
3. PARISH, R. *Quality issues in health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document).
4. *How to become registered to BSENISO 9000 with BSI Quality Assurance*. London, British Standards Institute, 1995.
5. NEAVE, H.R. *Managing into the 1990s: the Demingphilosophy*. London, H.M. Stationery Office, 1989.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
7. *Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
8. WESSEX REGIONAL HEALTH AUTHORITY. *Using information in managing the nursing resource: quality*. Macclesfield, Greenhalgh and Co., 1991.
9. *Managing health improvement project - Managing for quality in health improvement work. Block 1. Unit 1*. Keele, University of Keele, 1994.

Sağlığa Yönelik Politika Ağlarının İncelenmesi: Daha Geniş Bir Örgütsel Bakış Açısıyla Teori ve Yöntem

Evelyne de Leeuw²

Giriş

Politika geliştirme; geleneksel olarak yukarıdan aşağı, doğrusal ve planlı bir çaba olarak görülmüştür. İyi niyetle sağlığa yönelik toplum hareketini güçlendirmeyi amaçlayan yazarlar bile aslında politika yapmayı; politika geliştiricisi, savunucusu ve analisti olarak görev yapması gereken sağlığın teşviki ve geliştirmesi uzmanının (1) birçok görevinden biri olarak kabul etmişlerdir. Politika oluşturmaya özel ve elit bir süreç olarak gören bu düşünce, aslında ilgili tüm paydaşların politika geliştirmeye ortak katılımına imkân vermez.

Pek çok yazar, belirli ön koşullar ile politika geliştirme süreci arasındaki belirsiz ilişkinin farkındadır. Örneğin, Green'in (3) yaptığı gibi Alamanos ve ark.(2) da güvenilir verinin öncelik belirlemedeki önemini kabul etmektedir. Dean (4), büyük bir dikkatle teori geliştirmenin bu tür verilerin sağlanmasındaki en temel öge olduğunu belirtmektedir. Crawley (5), bir sağlık otoritesinin, daha kapsamlı bir sağlık politikası geliştirmede oynayabileceği aracı rolü vurgulamaktadır., Hetzel (6), sağlıklı bir kamu politikası geliştirmede sırayla izlenmesi gereken bir dizi adımdan bahsetmektedir. Joffe ve Sutcliffe (7) ise çevresel etki değerlendirmesini, sağlık belirleyicilerinin ve bunların bir sonucu olarak ortaya çıkan politika alanlarının çeşitliliğinin açıklanmasında kullanılabilecek çok disiplinli bir araç olarak tanımlar.

Yine de sağlık politikası oluşturma alanındaki bilgi birikimine katkıda bulunma niyetinde olan pek çok yazar, politika oluşturma'nın asıl başladığı noktada duraklamaktadır. Bu fasıl, bu süreci değerlendirmekte ve anlamlı araştırmaların, süreç üzerinde değişiklik yapma veya süreci yönlendirme yollarına nasıl ışık tutabileceğini açıklamaktadır. Politika oluşturma, bireylerin önemli roller oynayabileceği örgütsel bir çabadır. Araştırma, politika geliştirmenin doğal bir parçası olmalıdır. Bu sebeple bu fasıl, araştırma sürecini metodolojik terimlerle açıklamaktadır. Bu fasıl; sunduğu 3 vaka çalışmasıyla araştırmacıların aldığı kararların ve yaptıkları işin, politika geliştirmeyi ve politika geliştirmenin doğurduğu sonuçlarla olan bağlantısını nasıl şekillendirdiğini açıklamaktadır.

Politika Araştırmaları

Politika, bir kurumun (hükümet, ticari şirket, gönüllü grup vb.) belirlenmiş hedeflere ulaşmak amacıyla dile getirmiş olduğu stratejik hareket etme niyetidir. Politikalar, her zaman müdahale araçlarını, uygulama stratejilerini (ve de stratejilerin

² Savlarımın pek çoğundaki editoryal desteği ve etkili eleştirileri için Maastricht Üniversitesi (Hollanda) Sağlık Geliştirme Bölümü'nden Matthew Commers'e teşekkürlerimi borç bilirim.

gerektirdiği kaynakları) ya da nicel veya ölçülebilir amaçları tanımlamaz. Ancak, bir değerlendirmenin yapılabilmesi için bunların tamamının kullanıma hazır ve de tahsis edilmiş olması gerekmektedir. Politika değerlendirme sadece sonuçlara değil, aynı zamanda ve daha da önemlisi, kaynakların ve araçların tahsisini ve kullanımını belirleyen seçimlere veya süreçlere odaklanır.

Analitik amaçlar açısından politika, genellikle çeşitli aşamaları olan sıralı bir süreç olarak tanımlanır. Bu aşamalar; gündem oluşturma, politika teorisi geliştirme, araç ve kaynak tahsisi, tercihen hedeflere ulaşılması yoluyla uygulama ve sonlandırmadır. Hetzel (6), bu aşamaları şu şekilde tanımlamaktadır: durum analizi; siyasetçiler, toplum ve uzmanlarla iletişim; politika oluşturma ve planlama; siyasi karar alma, uygulama ve uygulama sürecinin değerlendirilmesi. Ancak modern bilimsel anlayış; politika sürecinin, bazen ilgisiz gibi görünen birkaç geri bildirim döngüsü olan dinamik bir süreç olduğunu ve çeşitli politika aşamalarının geliştirilmesine olan ilgilerini farklı şekillerde açıklayan ve farklı zamanlarda katılım gösteren aktörleri kapsadığını ortaya koymaktadır. Tehlikede olan konuların (bu konuların neredeyse hiçbiri eski politika yapıcılar tarafından belirlenmiş konular değildir) algılanma derecesine bağlı olarak politika oluşturma takımları sürekli olarak oluşturulur ve dağıtılır.

Örneğin Goumans'ın çoğu kez DSÖ'nin Sağlıklı Şehirler projesine katılan Hollanda ve İngiltere şehirlerini kapsayan incelemesi, sağlık konularının tartışıldığı ve öncelik sırasına konulduğu politika alanlarını tanımlamanın oldukça önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır (8). Belirli algılamalara ve değerlere bağlı olarak sağlığın kapsayıcı bir kavram olduğu ve de ilgili bireysel aktörlerin ve organizasyonların çoğu kez gizli gündemlerinde yer aldığı belirlenmiştir. Bu sebeple sağlık alanı sürekli olarak hareket hâlinindedir. Örneğin bazı politika tartışmaları bu tartışmalarda yer alan aktörler, eğitimi bir tartışma konusu olarak görmezken eğitim sektörünü derin bir biçimde tartışmaya dâhil etmiştir. Sağlık alanındaki istikrarsızlık, teori dünyasının karmaşasını ve de soyutluğunu daha da artırmakta ancak dinamiklerin anlaşılmasına bir engel teşkil etmemektedir.

Hatta, katılımcılar da çalışmalarının kapsamını sınırlandırmak isteyebilirler. Geniş kapsamlı bir politika vizyonu üzerine çalışmaktansa ayrı ayrı, ölçülebilir konular üzerinde çalışmak daha kolaydır. Sonuç olarak politika tartışmaları çoğu kez, tanıtım projelerinin geliştirilmesi ile sonuçlanır. Buradaki soru, sabit süreli projelerin uzun süreli politikalara dönüşüp dönüşmeyeceğidir (9). Araştırmalar, pek çok sağlığı geliştirme çabasının “projecilik”ten zarar gördüğüne işaret etmektedir (8,9). Pek çok sağlığı geliştirme projesi, iyi niyetli ve etkili olmaktadır veya geçmişte olmuş olabilir. Buna karşın bu projelerin neredeyse hiçbiri; sağlam kamu politikaları veya özel politikalar için bir temel oluşturmamaktadır. Çünkü bu projeler; sabit başlangıçları ve sonları olan, “sağlığı geliştirme ve hastalık önleme ulusal sağlık politika paketinin birer parçasıdır” gibi hükümet söylemlerinin dışındaki daha geniş politika çerçeveleri ile bütünleşmelerine ve bu çerçevelerin birer parçası olmalarına

katkıda bulunmayan, belirli finansman koşulları ve ön gereklilikleri olan projeler olarak kalmaktadır. Etkili ve uzun süreli olduğu kanıtlanmış müdahalelerin kapsamlı bir şekilde (vicdani politika görüşleri temel alınarak) uygulanması oldukça nadirdir (10).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (11), sağlıklı halk politikalarının geliştirilmesi çağrısında bulunur. Her ne kadar sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme uzmanları ve akademisyenleri, politika geliştirilmesini destekler gibi görünse de politika oluşturma karmaşıklığına ilişkin algıları genel olarak naif kalmaktadır. Siyaset ve politika bilimi alanında teori geliştirmenin zenginliğini dikkate almamaktadır. Mullen ve ark. (12); politika geliştirmeyi, sağlık eğitimi planlama sürecindeki bir aşama olarak görerek bu naifliğin bir örneğini teşkil etmektedir. Aynı şekilde Green (3), hem toplumu hem de bilim adamlarını politika sürecinin dışında yer alan kişiler olarak görmektedir. Hatta *Health Education Quarterly* (Üç Aylık Sağlık Eğitimi Dergisi) dergisinin politika savunuculuğuna ayrılmış sayısı, siyasi bilimler akademik alanında geliştirilmiş geniş bilgi birikimine herhangi bir referansta bulunmamaktadır.

Politika oluşturmaya daha ilginç bir şekilde yaklaşan düşünce ise politika oluşturmayı toplum hareketinin merkezine yerleştirmektedir. Bu açıdan bakıldığında toplumlar (her zaman kurumsallaşmış olmasa da) örgütsel varlıklar olarak görülebilir. 1986 yılında Milio (14); kamu politikalarının, bireylerin, grupların ve toplumların sağlıklı bir yaşam sürdürme seçeneklerini belirlediğini ve sınırlandığını inandırıcı bir şekilde öne sürmüştür. Bundan on yıl sonra bireylerin, grupların ve toplumların politika geliştirme sürecine katılımına açıklık getirerek Milio, bu iddiasını sürdürmüştür (15) (bk. Fasıl 16).

Genel olarak “Hangi politikanın yapılacağına kim belirliyor?” kilit sorusu, politika geliştirmedeki zor konularından biridir. Sağlıklı Şehirler Projesi, bu sorunun önemini kabul etmektedir (bk. Fasıl 14). Tsouros (16) ise şunları ifade etmektedir: “DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi, sağlık konusunu Avrupa şehirlerindeki politika yapıcılarının gündemlerine getirmeyi ve yerel düzeyde halk sağlığı için güçlü bir lobi oluşturmaya amaçlayan uzun vadeli uluslararası bir kalkınma projesidir.” Bu sözler; gündem durumunun, politika geliştirilmesinin ve sağlık alanına siyasi olarak uzun süreli önem verilmesinin önünü açacağını varsaymaktadır. Politika ve siyaset bilimcileri; artık bu sürecin daha karmaşık, dinamik ve tekrarlayan bir süreç olduğunun farkındadırlar. Politika gündemlerine ilişkin olarak yapılan son araştırmalar (17,18) ve politika oluşturma düzenlemeleri (18-22), sosyal etkileşimli ve güçlendirici toplum programlarında (ürünlerin ve sonuçların, sadece güç ve uzmanlık yoluyla değil, müzakere ve fikir birliği ile şekillendirildiği programlar) ortaya çıkan süreçlerle dikkate değer ölçüde eşleşmeler olduğunu göstermektedir.

Devletin politika formülasyonundaki rolüne ilişkin toplumsal algısı ve resmi algı, dönüşüm geçirmiştir. Bu yeni rolü tanımlamak için çeşitli terimler üretilmiştir. Hükümetler

artık kamu özel ortaklıklarından veya kendilerini geri çekmekten bahsetmektedir. Politika akademisyenleri, politika ağlarından konuşmaya başlamışken filozoflar, olaylara yapılandırıcı veya yeni şirketçi bakış açıları ile yaklaşmaktadır. Hükümetin rolü her ne olursa olsun veya politika her ne şekilde tartışılırsa tartışılsın, toplumlar ve kurumlar politika geliştirmede bir rol oynamaktadır. Potansiyel olarak önemli siyasi seçmenler olmalarının yanı sıra, toplumlar ve kurumlar, sosyal gündemlerin oluşturulması için gerekli olan en önemli alanı oluşturmaktadır. *21. Yüzyılda Sağlığın Getirilmesine İlişkin Jakarta Bildirgesi'nin (Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century)* kabul edilmesi (23) bu tür bir pozisyonun önemini daha fazla vurgulamaktadır. 1986 Ottawa Sözleşmesi (11) sağlık uzmanlarını sağlık için ağ oluşturma merkezinin merkezine koyuyor gibi görünse de 1997 Jakarta Bildirgesi, ortak sorumlulukları pekiştirmekte ve sağlığı, sosyal kapitalin oldukça önemli bir biçimi olarak görmektedir. Burada açıklanan politika oluşturma bakış açısı, bu tür bakış açılarının altını çizmektedir.

Bazı benzetmeler, politika oluşturma süreçlerinin günümüzde nasıl anlaşıldığına ışık tutabilir. Ağ, genel olarak kullanılan bir simge olsa da ağ benzetmesi de yararlıdır. Ancak bu, geleneksel örümcek ağı anlamında kullanılmaktadır. Burada ağ; politikanın oluşturulduğu bir dizi karmaşık, etkileşimli ilişkiyi temsil etmektedir. Her aktör, diğer aktörlerin ağ içindeki hareketlerini hisseder ve sonuç olarak herhangi bir hareket, ağın yapısını değiştirebilir. Bir arena görüntüsü; aktörlerin, diğerleri tarafından izlenirken rollerini oynadıklarını ileri süren bakış açısını aktarmaya yardımcı olur. Son olarak bu mozaik; bütünü, parçaların birleşiminden çok daha fazlası olduğunu anlatan bütünsel bir bakış açısı ile ilgilidir. Mozağin parçaları, aslında sadece renkli bir seramiğin parçalarıdır; ama bir araya getirildiklerinde anlamlı bir resim oluşturmaktadır.

Gündem Oluşturma

Neden bazı konular zor olarak tanımlanırken bazıları öyle tanımlanmıyor? Neden bazı toplumlar politika gündemlerini daha iyi yapılandırabiliyor? Neden bazı politikalar kolayca oluşturulurken bazıları ise yıllar süren tartışmalar sonrasında hayata geçiriliyor? Gündem oluşturma (bazı konuların neden zor olarak kabul edildiği ve bu sebeple politika çözümleri gerektirdiği) ile ilgilenen politika bilim adamları bu soruları ele almaktadır.

Burada 3 bakış açısından söz edilebilir: ilki romantik (24), ikincisi kuşkucu ve güç odaklı (18) ve üçüncüsü pragmatik/sosyal-etkileşimci (17). Cobb ve Elder (24); gündem oluşturmaya, temelde halkın sorunları algılama biçiminin ve bu algının küçük gruplardan büyük gruplara yayılımının erişimi belirlediği demokratik bir süreç olarak görmektedir. Konunun yayılması (bir konuyu sistemik (toplumsal) gündemden kurumsal (siyasi) gündeme taşıma) için önerdikleri strateji; konuyu tartışmalı, sosyal açıdan oldukça alakalı, geçmişte örneğine rastlanmayan, uzun süre boyunca geçerliliğini koruyan ve teknokratik (devlet tabanlı teknoloji bilgisi) olmayan bir konu olarak sunmaktır. Konuların ne kadar zor olduğunun algılandığı

unutulmamalıdır. Paydaşlar, diğer kitleleri harekete geçirmek için konuları kurgulamakta ve yönlendirmektedir. Paydaşlar, algılarını değiştirerek diğer paydaşları harekete geçirmeye yardımcı olması amacıyla simgelemekte ve benzetmeler kullanmaktadır. Örgütlenme ve zor konuları belirleme yeteneklerine bağlı olarak toplumlar, bir konuyu gündeme taşıma ve daha sonra onu politika konusu yapmada önemli roller oynamaktadır.

Laumann ve Knoke (18), politika oluşturmaya kurumsal bir çaba olarak görerek konuya başka bir başlangıç noktasından yaklaşmaktadır. Laumann ve Knoke'un ABD'de enerji ve sağlık alanlarında politika geliştirmeye ilişkin yürüttükleri araştırma şunu ortaya çıkarmıştır: Kurumsal aktörlerin birbirlerinin ve hükümetlerin faaliyetlerini takip etme yetileri arttıkça, politika gündemini kendi yararlarına çevirecek şekilde etkileme yetileri de artmaktadır. Her ne kadar ortaya attıkları argüman, toplum düzeyindeki güç dengelerine ilişkin çıkarımlar içerse de Laumann ve Knoke, toplum hareketi ile politika geliştirme arasında bir ilişki görmemektedir.

Kingdon (17) gündem oluşturmaya ilişkin en son öngörülerini sunmaktadır. Bu bakış açısı, 3 bakış açısının arasında, en gerçekçi, ama en az elle tutulabilir olanıdır. Kingdon, her politika alanında hemen hemen bağımsız 3 akımdan bahseder: sorunlar, politikalar ve siyaset. Bunların her biri, her türlü görünür ve az görünür katılımcıya sahiptir. Kingdon, toplumların her zaman politika akımı içinde yer alan çözümlerle üstesinden gelinebilecek sorunları olduğunu belirtmektedir. Politikalar ve politika üretme girişimleri sürekli hareket hâlinindedir. Politikaları, seçim dönemleri ve siyasi pozisyonların devamlılığı belirlemektedir. İşin sırrı, üçü arasında bir fırsat penceresi açabilmektedir. Küçük bir grup sosyal girişimci (25); tercih edilen bir çözümü, bir dizi sorun, politika ve katılımcıyla ilişkilendirmektedir. Sosyal girişimci, etkili gündem oluşturma bünyesinde yer alan fırsatçı faydaları gösterebilir. Goumans (8), şehir yönetimlerinin bu sebepten dolayı uluslararası Sağlıklı Şehirler Hareketi'ne katıldığını ifade etmektedir. Sağlık konusu, Sağlıklı Şehirler'i nadiren belediye gündemlerine getirmiştir. Sosyal girişimciler; çevre ve istihdamdan, barınma ve toplum kalkındırmaya kadar pek çok konu ile baş etmenin fırsatçı bir yolu olarak var olan sorunları, politikaları ve katılımcıları Sağlıklı Şehirler öğretilerine taşımıştır.

Mozağin retorik ve kavramsal bileşenleri Sağlıklı Şehirler paradigması ile çok iyi bir şekilde örtüştüğü için Kingdon'ın politika mozağına bakış açısı (17), özellikle Sağlıklı Şehirler paradigmasına ilişkin araştırma ile alakalıdır. Projeye katılan şehirler, sağlığı, sosyal ve siyasi gündemlerin üst sıralarına koymayı amaçlamaktadırlar. Sektörler arası iş birliği gibi sosyal girişimciliğin de bu süreçte kilit bir yere sahip olması beklenmektedir. Kingdon'ın deyişiyle sosyal ve siyasi gündemleri; politika, sorun ve siyaset akımları belirlemektedir. Sosyal girişimci (sektörler arası iş birliğinin pekiştirilmesinde yer alanlara oldukça benzerlik gösteren) bu süreçleri ve süreçlerin görünen ve görünmeyen katılımcılarını yönlendirerek fırsat pencerelerini açar. Aşağıda anlatılan 1 ve 2 numaralı vakalar, Kingdon'ın modelinin tek başına Sağlıklı Şehirler'in gelişme süreçlerini tamamen açıklamaya yeterli olamayacağını göstermektedir.

Politika Ağları

Politika bilimi, esasen sorulara kimlerin cevap verdiği konularından ziyade niçin ve ne soruları ile ilgilenmiştir (26). Bu dar düşüncenin sebebi, hükümeti tek taraflı ve zamansal açıdan doğrusal bir şekilde politika oluşturmayı yöneten bir ilişki olarak gören kavramdır. Siyaset bilimciler (ve özellikle yerel ve ulusal hükümetler) politika oluşturmayı; hedef ve amaç belirleme, takvim oluşturma ve kullanılacak araçları belirleme süreci olarak görmüşlerdir (27). Elbette birinci aktör, devlet bürokrasisi olmuştur. Var olan düzenleyici, kolaylaştırıcı ve iletişim sağlayıcı kontrol ve yönlendirme araçlarının kullanılması yoluyla hükümetlerin politikaları etkili hâle getirebileceği varsayılmıştır. Ancak son zamanlarda, politika oluşturma sanatının akademik olarak daha iyi kavranması ve de hükümetin rolüne ilişkin algıdaki paradigmatik kaymaların bir sonucu olarak kim sorusu çok daha belirgin hâle gelmiştir.

Kenis ve Schneider (28), politika ağı yaklaşımına ilişkin varsayımları şu şekilde ortaya koymaktadır:

Dünyaya mekanik bir bakış açısıyla bakılması, sosyal devletler ve olayları dış güçler tarafından belirlenen olgular olarak açıklayan doğrusal nedensellik fikrini oluşturmuştur. Biyoorganik bakış açısı, fonksiyonel nedensellik kavramını şekillendirmiştir. Bu kavrama göre toplumsal alt sistemler, küresel bir sosyal organizmanın ön koşullarına ve ihtiyaçlarına katkıda bulunur. Hem mekanik hem de biyolojik dünya resimleri, sistemliliği ve toplumsal kontrolü, bireysel aktörlerin de ötesinde olan bir şey olarak ifade etmiştir. Esasen bu bakış açısı, topluma ağ bakış açısından bakılmasıyla değişmiştir. Ağ bakış açısının özünde, merkeziyetçi olmayan sosyal örgütlenme ve yönetim kavramı yer almaktadır. Toplum artık yalnızca merkezî bir istihbarat birimi tarafından yönetilmemektedir (örn. devlet). Bilakis, kontrol araçları dağıtılmıştır ve istihbarat pek çok hareket (veya “işlem”) birimi arasında paylaştırılmıştır. Bu hareket birimlerinin koordinasyonu, artık “merkezi yönlendirme”nin veya bir çeşit “önceden dengelenmiş uyum”un bir sonucu değildir. Aksine, bilgi ve diğer ilgili kaynakların değişimi yoluyla paralel hareket için yeterli hâle getirilmiş bireysel aktörlerin kasıtlı etkileşimleri yoluyla ortaya çıkmaktadır.

Ancak, pek çok yerel siyasi yönetim, henüz ağ oluşturma bakış açısını kabul etmemiştir veya kendilerini ağ oluşturma bakış açısı ile ilişkilendirebilecek sınırlı kapasiteye sahiptir. Geleneksel politika modelleri, toplum üzerindeki belirleyici ve mekanik bakış açıları ile açıkça uyum gösterirken ağ oluşturma modelleri, daha güçlendirici ve sosyal etkileşimli toplum örgütlenmesi modelleri ile tam olarak uyumsuz değildir.

Halk Sorunlarının Sahiplenilmesi

Gusfield’in halk sorunlarının kültürüne ilişkin kitabının (29) özünde, sahiplenme ve sorumluluk kavramları yer almaktadır. Gusfield, halk sorunlarına karşı sorumluluğun belirlenmesini inceler. Gusfield, konuya 3 farklı açıdan yaklaşır: sahiplenme ve 2

çeşit sorumluluk. Birincisi, nedenseldir: Sorundan kim sorumlu tutuluyor? İkincisi ise sorumluluğun siyasi veya politika kavramı, daha geniş bir kapsama sahiptir. Siyasi açıdan sorumlu olan makam veya kişi, sorunu çözmekle de yükümlüdür ve başarı için ödüle ve başarısızlık için cezaya açıktır.

Değerler ve inançlar temelinde insanlar, sıklıkla gerçeklerle karıştırdıkları nedensel (nihai çözüm veya sorun çözmenin zıttı) ilişkiler hakkında fikirler üretirler. Nedensel ilişkiler, üstü kapalı bir şekilde, sorumlular olarak insanlara veya organizasyonlara işaret eder. Bu tür belirtmelerin gerçekler olarak kabul edilmesinin toplum sorunlarına aranan çözümler açısından bazı çıkarımları vardır. Bu durum, bir çözüm olarak hareket sorumluluğu ve bir müdahale biçimi tayin eder.

Gusfield (29) ulusal veya yerel hükümetlerin ötesine uzanan bir siyaset kavramı kullanmaktadır. Siyasi olarak sorumlu olan organizasyon veya kişi, soruna yönelik hareketler için sorumlu tutulan taraftır. Siyasi sorumluluk muhakkak nedensel sorumluluğu kapsamaz. Örneğin sağlık hizmetleri sunanlar, kanser için nedensel olarak sorumlu tutulamazlar; ancak tedavisi için siyasi olarak sorumludurlar.

Gusfield (29) sahiplenme kavramını, toplum sorunları üzerine yapılan bir tartışmada, bir soruna ilişkin gerçekleri tanımlamada tüm aktörlerin (organizasyonlar veya gruplar) aynı derecede güç sahibi olmadığını göstermek için kullanır. Bir organizasyonun nedensel sorumluluk kavramını ve sunduğu çözümleri kabul etme derecesi, o organizasyonun sorunu sahiplenme derecesidir. Dahası sorunu sahiplenene kişi, siyasi sorumluluğu bölme veya paylaşma gücüne sahiptir. Böylece, sorun sahibi; sorunu ve çözümlerini belirlemede etkili olur ve sembolik bir düzen oluşturur. Sahiplerin yetkileri vardır; iddialar ileri sürebilir. Sorunun belirlenmesi ve soruna çözüm bulunması konusunda çok istekli diğer kişiler, sahipleri takip eder ve onlara bildirimde bulunurlar. Diğer gruplar tarafından karşı çıkılrsa da sahipler, halkın kulağı olabilirler. Farklı gruplar ve kurumlar, farklı zamanlarda farklı sorunlar için yetki ve etki sahibi olurlar.

Gusfield'in araştırması (29), yapının 3 açısı arasındaki ilişkiye odaklanır: sahiplenme, nedensellik ve siyasi yükümlülük. Aynı makam veya kişi bunlara sahip olmayabilir. Sorunun sahibi olanlar, sıklıkla sorunun çözümü için siyasi sorumluluk üstlenmeye çalışır. Bazen nedensel ve siyasi sorumluluk birbiri ile ilişkilidir. Devletin eşsiz konumu, sorumluluğunun belirlenmesinde devleti kilit figür yapar. Devlet yetkilileri ve kurumları, halk konularını belirlemek, bu konulara ilişkin talepleri geliştirmek ve organize etmek için çalışır; halkın yaklaşımlarını ve açıklamalarını kontrol edip yönlendirir. Örneğin Hollanda hükümeti kamu tartışmalarını, yalnızca sağlık hizmetlerinden ziyade sağlık için bir politika oluşturulması yönünde etkilemeye çalışmıştır (30). Bu durum, aşağıda belirtilen 3 numaralı vakanın konusudur.

Toplum sorunları; genellikle devlet kurumlarının dâhil olduğu bir dizi grup ve kurumun, sahiplenme, nedensellik teorilerinin kabulü ve sorumlulukların belirlenmesi

konusunda birbiri ile yarıştığı bir arenayı kapsar. Bilgi, bu sürecin bir parçasıdır ve aynı türden veya birbirinin zıttı olan sorunları görmenin bir yolunu veya siyasi sorumluluğu tayin edebilmenin başka bir yolunu sunar. Başka bir deyişle nedensellik teorileri ve siyasi sorumluluk yerleri arasındaki seçimler, bu arenada yapılır. Bu seçimler, dinî kurumlardan, bilimden ve hatta halk biliminden ortaya çıkabilir.

Teorik Bir Mozaik İnşa Etme

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki politika çalışmaları (31-34), birkaç teori birleştirildiğinde analizlerin daha anlamlı hâle geldiğini kanıtlamıştır. Kelly (35) bu tür birleştirmelerin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmalarının karşılaştığı zorluklar arasında olduğunu öne sürmektedir. Her teori, aynı olguya farklı bir bakış açısıyla ışık tutar. Bu yaklaşım, güçlü ve zayıf noktalarının birbirinden ayrılmasını sağlayacak bir şekilde politika geliştirme sürecinin dinamiklerini ve güç ilişkileri, paydaş değerleri, etkili hitabet vb. açılardan fırsatları ve engelleri yansıtan vaka analizleri üretir. Bu tür vaka analizleri, hem akademisyenler hem de geliştirme sürecindeki katılımcılar için ilginçtir. Bu teorik mozaik, aşağıdaki hususları kapsayan hikâyelerin anlatılmasını sağlar;

- Hangi aktörler sağlık politikasının (sahiplenme ve değerler açısından) ele alınmasında meşru bir role sahip olduğunu hissediyor?
- Önceliklerin (ağ oluşturma, sosyal girişimcilik) belirlenmesi ile sonuçlanan görüşmelere diğerleri nasıl dâhil ediliyor veya nasıl bu görüşmelerin dışında tutuluyor?
- Neden sadece bazı konular gündem statüsü gerektiriyor (gündem oluşturma, retorik)?
- Politika amaçları nasıl ve ne ölçüde somut olarak belirleniyor (paydaş değerleri, sahiplenme ve sorumluluk)?
- En önemlisi, sağlığın geliştirilmesi vizyonu, politika arenasındaki görünen ve görünmeyen katılımcılar arasında sağlık politikasının geliştirilmesi için fırsat pencereleri açmada nasıl kullanılabilir?

Politika analistleri, genellikle oyuna geç girer ve paydaşlar oyunun sonuna yaklaşırken onlara süreçleri açıklar. Bu noktada bir araştırma, ileride başvurabilecekleri bir kaynak olarak politika oyunundaki katılımcılar için yol gösterici olsa bile araştırma aşamasında olan politika oluşturma süreci geri alınamaz. Tamamen sosyal etkileşimli bir bakış açısıyla bakıldığında bu tür araştırmalar; tanımladıkları süreçlerin kalitesine çok az bir katkı sağlar ve sağlık alanındaki sosyal girişimcilere hareketlerini gözden geçirme ve yeniden değerlendirme fırsatı vermez. Bu fasıl, bu politika çalışmalarına, inceledikleri süreçlerde bu araştırmaları daha yararlı hâle getiren bir metodoloji sunmaktadır.

Politika Araştırma Metodolojisi ve Politika Geliştirme

Değerlendirme terimlerini kullanacak olursak sadece dördüncü nesil değerlendirme (kısaca 4GE,) politika sürecine gerçekçi bakışın metodolojik olarak doğruluğunu

sorgulamakta ve bir haritasını çıkarmaktadır (36,37). 4GE; nihai olarak değerlendirme parametreleri, kullanım alanları ve beklenen sonuçlar konusunda fikir birliğine varılmasını sağlayan katılımcı, diyalektik ve postmodern bir referans şemasıdır. Metodoloji; bir disiplinin kullandığı yöntemler, kurallar ve önermeler bütünüdür. Bu sebeple özel bilimsel yöntemlerin uygulanmasını yönlendirir; 4GE veya katılımcı araştırma, özel yöntemlerin nasıl uygulanacağına dair metodolojik bir önerme ortaya koyar.

4GE metodolojisi, diğer metodolojilere göre özgün, son derece yenilikçi veya daha gelişmiş değildir. Boutillier ve ark.(38) “toplum yansıtıcı eylem araştırması”nı (community reflective action research) politika geliştirmeye paydaş bakış açılarının dâhil edildiği araştırma olarak tanımlar. Piette (39) poliarşik (polyarchic) sistemlerin politika oluşturma sürecine etkin toplum katılımını artırdığını gösterir. Delaney (40), sektörler arası iş birliğini sağlıklı halk politikası oluşturma ile ilişkilendirir ve ağ oluşturma bakış açısının, alanla ilgili olan tek bakış açısı olabileceğini kanıtlar. Mutter (41), politika yapma ve gündem belirleme konularında oldukça önemli bir araç olarak iletişime odaklanır ve iletişim sürecini analiz etme yollarını tanımlar. Wyllie ve Caswell (52) ise bu sürecin siyasi etmenlerini stratejik olarak analiz eder. Bu araştırmaların hiçbirisi yukarıda sözü edilen alanlardan herhangi bir teoriyi uygulamamış olsa da hepsi benzer sorular sormaktadır ve hepsinin bu sorulara cevap vermeye yeterli metodolojik bir araç takımı vardır.

Yukarıda da belirtildiği gibi politika analizleri düzenli olarak *post hoc* (sahte neden) vaka çalışması tasarımı takip eder. Bu tür araştırmalar, tek bir bakış açısı oluşturur. Bilimsel kalite güvence önlemlerinin (geçerlilik, güvenilirlik, veri kaynaklarının üçgenlenmesi ve veri yorumlayıcıları) yerinde olmasına rağmen vaka, sonuç olarak sadece içinde bulunduğu özel koşullarla uygunluk gösterir. Bu tür araştırmalar, ileriki araştırmalar için yön göstericiler veya referanslar sağlayabilir ve belli teorik bakış açılarının geçerliliğini kanıtlayabilir. Aynı zamanda, vaka katılımcıları için sonradan öğrenme fırsatları sunabilir.

Bir araştırma, bazen vakaların toplanmasını amaçlayabilir (çoklu vaka çalışması). Bu tür araştırmalar, geliştirme için daha geçerli modeller sunar ve başarıya götüren yollara işaret edebilir. Yine de vakaların toplanmasının, bilimsel titizliği (geleneksel kalite güvence önlemleri) yansıtma ihtimali olsa da bulgular araştırma gerçekleştirildikten sonra sunulmaktadır. Yeni politika geliştirme süreçlerindeki katılımcılar, bu bulguları yorumlayabilir ve uygulamaya geçirebilir. Ancak ortalama bir bürokrat veya sosyal girişimci, bilimsel vaka tanımının söylediklerinden çok içinden gelen sesi dinler. Ayrıca, her vaka kendine özgü olduğu için yeni vakalara uygulanabilirliğini reddetmek kolay görünebilir.

Randomize kontrollü deneylerin ve kanıta dayalı uygulamaların baskın olarak kabul edildiği bir zamanda finansman kurumları, güçlü kanıtlar sunmadığını düşündükleri vaka çalışması tasarımlarını reddeder veya alay konusu yapar. Genel bakış açısını

temsil eden bazı sağlık uzmanı ve akademisyen, politika geliştirme kalitesinin müdahalelerin etkinliğini ve etkililiğini yansıttığını kabul eder. Bu sebeple sorulması gereken soru, politika araştırma protokollerinin ana araştırma paradigmalarının taleplerini karşılayabilecek bir şekilde ifade edilip edilmeyeceğidir.

Politika araştırmaları neredeyse hiç geleneksel, yarı deneysel tasarımlar olmamıştır. Bunun en önemli sebebi, bu tür yöntemlerin politika bilimine uygulanmasıyla ilgili olarak ortaya çıkan metodolojik engellerin aşılamaz zorlukta görünmesidir. Örneğin birbirine çok benzeyen politika geliştirmelerinin araştırıldığı birkaç benzer ortam olması gerekmektedir. Deneysel ortamlarda politika geliştirme sürecinin iyileştirilebilmesi için protokolleştirilmiş müdahaleler geliştirilmesi ve kontrol ortamlarında politika sürecinin gözlemlenmesi gerekmektedir.

Kişi, yukarıda belirtildiği gibi teorik mozaiğin 4GE protokolleri ile birleştirildiğinde neredeyse standart hâle gelmiş bir müdahale paketi ortaya çıkacağını varsayar. 4GE, geliştirme sürecinde aşağıdaki aşamaların varlığını kabul eder:

1. Sözleşmenin imzalanması,
2. Düzenlemelerin yapılması,
3. Paydaşların belirlenmesi,
4. Sorunun grup içi ortak yapılarının geliştirilmesi,
5. Yeni bilgiler veya bilinenlerin artırılması yoluyla ortak paydaş yapılarının genişletilmesi,
6. Çözümlenmiş iddiaların, endişelerin ve konuların sınıflandırılması,
7. zmlenmemiş konuların öncelik sırasına konması,
8. Bilgi toplama veya bilinenlere yenilerini katma,
9. Müzakere gündemini hazırlama,
10. Müzakereleri yürütme,
11. Raporlama,
12. Geri dönüştürme.

Aslında her aşama, geliştirme sürecindeki rollerin ve payların açıklığa kavuşturulmasını amaçlamaktadır. Bu durum, Kingdon'ın teorisindeki (17) sosyal girişimcilik rolüyle yakından alakalı olduğu kadar Gusfield'in (29) ortaya attığı sahiplenme ve sorumluluk konularıyla da ilgilidir. Değerlerin ve payların su yüzüne çıkarılmasının politika geliştirme sürecini güçlendirdiği varsayılabilir. Bu durum, Kingdon'ın tercih ettiği fırsat pencerelerinin açılmasını sağlayan seçenek belirleme sürecini kolaylaştırır. Ayrıca, nedenselliğin ilgili olduğu alanlar ve nedenselliğin nasıl algılandığı ile ilgili genellikle gizli ve g bağlantılı tartışmalara açıklık getirir. Sonuç olarak bu yaklaşım, politika tartışmalarının merkezinde yer alan uyuşmazlık çözümlenmesini kolaylaştıracaktır. Burada anlatılan yaklaşım, 2 amaca hizmet etmektedir: ilki finansman kuruluşlarının yarı deneysel tercihlerini karşılamak ve ikincisi politika geliştirme sürecine dâhil olanlara uygulamalı ve oldukça etkileşimli danışmanlık hizmeti sağlamak.

Vaka 1. Yarı Deneysel Bir Politika Araştırma Tasarımı

Önerilen metodolojik bakış açısı, Hollanda'nın Limburg bölgesinin güneyinde geliştirilmiş proje gibi çeşitli durumlarda kesinlikle uygulanabilir olacaktır. Hollanda'daki kanunlar, halk sağlığı hizmetlerinin genellikle birden fazla belediyeden oluşan ve nüfusu yüksek olan hizmet alanlarını kapsamasını zorunlu kılar. Kanunlar, belediyelerin bu hizmetleri ortaklaşa sunması zorunluluğunu getirir. Güney Limburg Halk Sağlığı Hizmetleri, (yaklaşık 120.000 nüfuslu) Maastricht şehri ve Valkenburg, Meerssen, Eijs-den ve Margraten kırsal belediyeleri (her birinin nüfusu yaklaşık 30.000 civarında) olmak üzere 5 belediyeyi kapsamaktadır. 1993 yılında bu 5 belediye ve Halk Sağlığı Hizmetleri, yüksek riskli nüfusların takibine yönelik olarak sağlık hizmetlerinin yeniden şekillendirilmesini de içeren bir toplum sağlığını geliştirme programı uygulamaya karar vermiştir. Bu arada, Meerssen belediye başkanı güçlü bir sosyal girişimci olduğunu kanıtlamıştır. Kendisi, aynı zamanda Hollanda Kalp Derneği Yönetim Kurulu'nun (Board of the Netherlands Heart Foundation) bir üyesiydi. 1997 yılında Dernek, Heartbeat Limburg (Kalp Atışı Limburg) adı altında Güney Limburg bölgesinin güneyindeki kalp sağlığı müdahalelerinin büyük bir kısmına finansman sağlamaya karar vermiştir. Maastricht Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi, değerlendirme için ilave ödenek sağlamıştır. Proje resmî olarak 1998 sonbaharında başlamıştır (43).

Program, daha önceden geçerliliği Hollanda'da kanıtlanmış bir yönetime benzer şekilde geliştirilmiştir (44). Çalışma ortamı, Güney Limburg bölgesinin güneyi idi ve ülkenin başka bir yerinde bir kontrol bölgesiyle eşleştirilmişti. Sağlığın geliştirilmesi, etkili davranış değiştirme programları veya güçlendirme stratejileri olarak geçerliliği kabul edilmiş müdahalelerin arasında, mahallelerin seçim yapmalarını sağlayan (bu durum bazen odak grup oturumları yoluyla kolaylaştırılmıştır) çalışma kitapları yoluyla çalışma bölgelerindeki nüfusa ulaştırılmıştır. Kontrol bölgesinde, hizmetler her zamanki gibi devam etmiştir. Buna ilaveten dış finansman kaynakları kesildikten sonra bile, sağlık politikası geliştirmenin bölgedeki sağlık faaliyetlerinin devamlı bir parçası olabilmesi için yerel yönetimlerin Heartbeat Limburg'un başlatmış olduğu birkaç değişimi entegre etmesi bekleniyordu.

Ortam, yukarıda açıklanan mozaik yaklaşımı için idealdi. Dört eş büyüklükteki belediye ortak bir referans çerçevesi hazırlamıştı ve hemen hemen aynı sağlık müdahalelerine maruz kalacaklardı. Sadece politika geliştirme işlemlerini şekillendiren sorumluluklar ve meşruiyetler konusunda farklılık gösterebilirlerdi. Belediyelerin ikisi 4GE alanı olarak diğer ikisi de kontrol alanı olarak seçilmişti.

Açıklama

Her ne kadar araştırma tasarımı oldukça standart görünse de özellikle protokol geliştirme esnasında, ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki düzenli müdahale araştırmaları, önceden belirlenmiş bir müdahale formatı (kimin, neyi, ne zaman, nerede, hangi hedef grup ve bölge için ve hangi amaçla yapacağının bir tanımı) ve değerlendirme parametreleri (izlenecek hedef

ve müdahalenin başarı olarak ilan edilebileceği koşullar) kullanmaktadır. Esasen 4GE, müzakere ve istişare yoluyla belirlenmiş olan amaç ve parametrelerin çeşitli katılımcıların menfaatleri ve payları ile daha iyi uyum göstereceğini varsayarak müdahale esnasında bu tür amaçlar ve parametreler üretmeyi hedeflemektedir.

Ancak, fon sağlayanların protokol bilirkişileri bu durumdan pek memnun değildi. Bu sebeple 4GE'nin uygulandığı belediyelerin aşağıdaki alanlarda kontrol belediyelerinden daha iyi sonuçlar verip vermeyeceği sorularak değerlendirme sürecini daha geleneksel terimlerle ifade etmek için bir adım atılmıştır.

1. Paydaşların yerel sağlık politikası geliştirilmesine geniş ve dolaysız katılımı,
2. Organizasyonlar arası iş birliği faaliyetlerinin şekli ve içeriği (ISO 9000 normlarındaki kalite kavramı gibi),
3. İnsan kaynaklarının ve diğer kaynakların etkili tahsisi,
4. Uygulama süresinin sonuna kadar (kaynakların daha uzun vadeli tahsisini ve karar alma ve kaynak tahsisi için açıkça belirtilmiş işlemleri içeren) sürdürebilir bir sağlık politikasının oluşturulması,
5. Sağlık konularının, politikanın genelinde açıkça ve dolaysız olarak belirtilmesi.

Başka bir kaygı uyandırıcı konu ise müdahalenin kalitesi olmuştur. Müdahalenin kalitesinin, süreç için araştırmaya dâhil edilmiş olan eylem araştırmacılarının eğitim becerileri ve yeterliliklerine bağlı olduğu görünüyordu. Ödenek, genellikle sadece kıdemsiz araştırmacılara (doktora yapanlar) ayrıldığı için herhangi bir garanti verilemezdi. Buna bir çözüm olarak Maastricht Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve yerel Halk Sağlığı Hizmetleri personelinden oluşan bir gözlem ekibi oluşturulmuştur.

Bu metodolojik ve bağlamsal kararlar, araştırma sürecinin karmaşık bir şekilde politika geliştirme sürecinin kalitesi ile bağlantılı olduğu anlamına gelmektedir. Aslında her iki sürecin birbiri ile olan bağlantısı, daha geleneksel olan araştırma paradigmalarına meydan okumaktadır.

Olağan Araştırma Zorlukları

Diğer pek çok alanın aksine, araştırma nüfusunu kimin veya neyin oluşturduğu, politika araştırmalarında hemen açıklığa kavuşmaz. Teorik öngörüler, araştırmacının araştırdığı bilgi türüne işaret edebilir. Ancak bu tür bilgiyi sağlayan kaynak çok belirgin değildir. Daha da belirsiz olanı, analiz için gerekli olan ham verinin hangi aşamada toplanması gerektiği sorusuna verilen cevaptır. Gusfield'in farklı sahiplenme ve sorumluluk türleri arasında yaptığı ayrım (29), uygun yöntem olarak 2 veri toplama yöntemine işaret etmektedir: belge analizi ve paydaşlarla iletişime geçme.

Farklı türdeki belgeler analiz edilmelidir. Gusfield'e göre, sahiplenme ve sorumluluğun paylaşılması konusunda kamu alanında belli bir ölçüde rekabet vardır.

Bu alanda yapılacak belgelendirme, tartışma için arenanın haritasının çizilmesinde birincil kaynak olacaktır. Kitle iletişim araçlarının incelenmekte olan konuya nasıl yer verdiğinin analizi, arenanın kompozisyonuna ilişkin öngörüler sağlayacak ve paydaşların bir listesini sunacaktır. Böyle bir analizin zaman duyarlı olması gerekecektir; Gusfield algıların ve nitelendirmenin değiştiğini varsayar. Konuların ve paydaşların mantıken doğru resmi, bu analize dayandırılabilir. Ancak, sahiplenme ve sorumluluğu etkileyebilecek olan görünmez katılımcıların mutlaka belirlenmesi gerekir. Kullanılacak olan yöntem, kartopu örneklemesidir. Bu yöntemde, medya analizine göre sıralanan paydaşlardan listeye yenilerini eklemeleri veya listede değişiklik yapmaları istenir. Laumann ve Knoke (18) inceledikleri alanın kapsamını ve sınırlarını belirlemede bu yöntemi kullanmıştır. Delphi benzeri bir prosedürde (Delphi-like procedure) (45) liste; eklemeler sona erene kadar sayıları giderek artan paydaşlar arasında tekrar tekrar dolaştırılabilir.

Medya analizi, tartışmanın belirli hedef gruplara (okuyucular, izleyiciler vb.) haberleri sunma ihtiyacının renklendirdiği yüzeysel bir resmini çizse de paydaş belgelerinin analizi, gerçeği kendi çıkarlarına uygun olacak şekilde algılama veya sunma sebeplerinin daha fazla anlaşılmasına yardımcı olur. Doğal olarak bu tür belgelendirmenin gerçekleştirilmesi çoğunlukla zordur. Genellikle beyaz yayınlar (kamu alanında var olan literatür), gri yayınlar (yarı resmî bildiriler ve politika belgeleri) ve siyah yayınlar (iç gündem, toplantı notları ve kişisel notlar) arasında bir ayrım yapılır. Bu tür belgelendirme, medya analizinin ilk başta izlemiş olduğu haritanın değiştirilmesine ve düzeltilmesine yardımcı olur.

Belge analizleri, paydaşlarla yakın veya doğrudan iletişim kurmayı gerektirmez. Bazı disiplinler (özellikle tarih, etik ve felsefe) kütüphane araştırmasının yeterli bulguları verdiğini kabul etmiştir. Ancak şimdi paydaşlarla iletişime geçmenin sıklıkla daha canlı ve süreç odaklı bir resim sunduğunu kabul etmektedir. Laumann ve Knoke'nin (18) yaptığı gibi araştırmacılar anket kullanabilirler veya Kingdon (17) ve Gusfield (29) gibi mülakat yapabilirler Ben mülakat yapmayı tercih ediyorum. Son gelişmeler, odak grupların ne kadar değerli olduğunu göstermektedir.

Elbette anketi yanıtlayan veya kendileriyle mülakat yapılan kişiler, insanlardır. Verdikleri cevaplar kişisel görüşlerini mi yoksa örgütsel bakış açılarını mı yansıtmalı? Laumann ve Knoke (18) ve Gusfield (29) genel anlamda, organizasyonların, inceleme altında olan ilgili birimler olduğunu bulmuşlardır. Kingdon (17) ise bireyleri taşıyıcılar ve karıştırıcılar olarak kabul eder. Böylece, kullanılan teorik çerçeve insanların veya organizasyonların sorgulanıp sorgulanmadığını belirleyecektir. Bu belirlenir belirlenmez; araştırmacı, yanıtlayıcıları buna uygun olarak kısaca bilgilendirebilir. Anketlerde, seçilen bakış açısının geçerliliğini ortaya çıkarmak zordur. Mülakatlar esnasında araştırmacılar, yanıtlayıcının örgütsel veya kişisel açıdan konuşup konuşmadığını sürekli olarak kontrol etmek isteyebilir. Ayrıca, temsili geçerli kılacağından, uygun paydaş belgelerini talep edebilirler.

Belge analizi ve paydaşlarla yazılı veya sözlü etkileşim yoluyla toplanmış veriler, genel anlamda, uzun metin dosyalarını içerir. Araştırmacılar, ham materyalin toplanacağı ve analiz için kullanılacağı yolları seçmelidir.

Belge analizinde genellikle 2 seçenek vardır. Birincisi ve en az emek yoğun olanı, hem konular hem de paydaşlarla ilgili dikkate değer açıklamaları vurgulayarak materyale ilişkin açıklamalı bibliyografya incelemesi yapmaktır. Tarayıcıların ve optik karakter tanıma yazılımlarının çıkması ise diğer seçeneği gündeme getirmiştir: belgelerin otomatik analizlere konu olabilecek materyale dönüştürülmesi.

Anket ve mülakat materyallerine farklı şekilde yaklaşılmalıdır. Anketlerin kullanılması bazı kavramsal ön varsayımların varlığını kabul eder. Bu sebeple anket materyali bilgi sınıflarının sınırlarına göre yapılandırılabilir veya önceden kodlandırılmış bir formata sahip olabilir. Bireysel sorular ve alt sorular, kavramsal veya teorik çerçevenin parçalarıyla ilişkilidir. Bu, araştırmacıların bir tarafta verilen cevabı yazarken diğer tarafta cevapları sınıflandırabilmesini sağlamalıdır. Böyle bir formatta temsil edilen materyal, daha sonra daha ayrıntılı analiz edilebilir.

Mülakatlar, genellikle hem etkileşimde bulunmak hem de verilen cevabı işlenebilir materyale çevirmek açısından önemli oranda iş yükü getirmektedir. Araştırmacılar, genel olarak mülakatları, banda kaydeder (ve yanıtlayıcıların ses kaydına izin verip vermediklerini her zaman sormalıdır) ve bu bant kayıtlarını, söylenen her şeyin harfi harfine deşifresini yapmak için kullanır. Kendi deneyimlerime dayanarak deşifrelerde çok fazla laf kalabalığı (konuyla alakasız konuşmalar) olduğunu söyleyebilirim. Bir taraftan metinleri yazarken diğer taraftan kayıtları gerçekleri kontrol etmek için kullanarak mülakatın özünü yazmanın mümkün olabileceğini anladım. Bu, laf kalabalığını dışarıda bırakan, ama aynı zamanda aranan bilgiyi veren metinler yazılmasını sağlıyor. Yine de yanıtlayıcıların bakış açılarını yansıtan sözlerin kelimesi kelimesine deşifresini yapmak tavsiye edilebilir.

Vaka 2. Sağlıklı Şehirler İkinci Aşama Politika Değerlendirme: Teori ve İnceleme Birimleri

DSÖ Sağlıklı Şehirler projesi, Ottawa Sözleşmesi'nin ilkelerinin yerel düzeydeki geçerliliğini göstermek için 1986 yılında uygulanmaya başlamıştır. Sağlığı, sosyal ve siyasi gündemlerin üst sıralarına yerleştirmek hâlâ Sözleşme'nin temel hedefidir (bk. Fesıl 14). Projede, 2 adet 5 yıllık dönem tamamlanmış olup üçüncüsü 1998 yılında başlamıştır. Fikrin küresel bilinirliği (dünya çapında 3000'in üzerinde şehir 1997 yılında Dünya Sağlık Günü'nünde Sağlıklı Şehirler'in ilkelerini kutlamıştır) başarısının güçlü bir göstergesi olsa da önemli başarılar sağlandığını gösteren değerlendirmelerin sayısı azdır. Birinci aşamanın (1986-1992) değerlendirmeleri, temel olarak iyi uygulama modellerinin tanımlanmasına odaklanmıştır. Sonuçların bazıları, ilham kaynağı olarak ve Sağlıklı Şehirler'in geliştirilmesi için kaynak olarak yaygın bir şekilde kullanılmıştır. En çok göze çarpanlar ise 1987-1990 yılları arasındaki ilerlemenin incelenmesi (46) ve *Yirmi Adım (Twenty steps)* kitapçığı (47) olmuştur.

AB, DSÖ'nün projesini değerlendirecek araştırmayı finanse etmiştir. DSÖ tarafından belirlenen otuz sekiz Avrupa proje şehrinin dâhil olduğu pilot çalışma sonrasında, bu şehirlerin on tanesi daha ayrıntılı bir araştırma için seçilmiştir. İkinci aşama değerlendirmenin hedefi; şehirlerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesini, politikalarına dâhil edip etmediğini ve başarıya götüren veya başarısızlığa yol açan etmenleri göstermektir. Projenin amacı, politika geliştirmek olduğunu için asıl araştırma konusu bu olmuştur. DSÖ Sağlıklı Şehirler Araştırması İş Birliği Merkezi ve Maastricht Üniversitesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölümü'nden çalışanlar olarak biz, bir araştırma ekibi kurduk.

Pilot aşama için 2 sıralı bir yaklaşım tercih ettik. Belirlenmiş şehirlerdeki otuz sekiz proje koordinatörünün tamamına şehirlerin DSÖ projesi ile bağlantılı olmak istemelerinin sebepleri, proje yükümlülüklerini yerine getirmelerini sağlayacak eldeki kaynaklar, Sağlıklı Şehirler faaliyetlerinin ele aldığı sorunlar ve koordinatörlerle proje ofislerinin rolleri hakkında sorular soran anketler gönderdik. Buna ek olarak şehir temsilcilerinin DSÖ personeli ile bir araya geldiği ve öncelikleri belirledikleri yılda 2 kez gerçekleştirilen çalışma toplantılarında yapılan anketlerden elde edilen bulgular temelinde koordinatörler ve siyasetçiler ile mülakatlar yaptık. Yapım aşamasında olan teorik çerçevenin uygulanabilirliğini test etmek için bazı ön hazırlık soruları sormuş olmamıza rağmen bu mülakatların amacı, elde edilmiş olan bilgileri kontrol etmektir. İleriki araştırmalar için seçilmiş olan on şehir AB sınırları içerisinde eşit dağıtılmıştı ve proje şehirlerinin çeşitliliğini yansıtıyordu. Bu sebeple örneklem; küçük kasabaları ve büyük şehirleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde engin gelenekleri olan şehirleri, şehir sağlığı alanında yeni olan şehirleri ve de açıkça araştırılabilir bir teşkilat yapısı olan şehirleri ve oldukça karmaşık yönetim yapısı olan şehirleri kapsamıştır. Seçme sürecinin son aşaması, şehirlerin projeye katılmaya onay vermesi olmuştur.

DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi Ofisi, kolaylıkla erişilebilir bir veri tabanı yoluyla bütün şehirlerle ilgili diğer belgeleri sağlamıştır. Kavramsal çerçeve, pilot anket, bilgilerin kontrolü ve her şehrin belgeleri üzerinde yapılan incelemeyi temel alarak her şehri aşağıdaki mülakat ortaklarını atamaya davet ettik:

1. Sağlık, sosyal konular, çevre ve/veya finans konuları için bir politikacı/meclis üyesi; sağlık için şehir meclisinden bir temsilci ve halk sağlığı hizmetleri başkanı veya başkan yardımcısı,
2. Kendi kuruluşundan bir araştırmacı ve şehir ve şehrin hizmet alanı içerisindeki akademik kuruluştan bir araştırmacı,
3. Şehir proje koordinatörü, proje ekibinin diğer üyeleri, özel projelerin koordinatörleri ve koordinatörün isteyebileceği diğer taraflar,
4. Belediye başkanı ve diğer toplum liderleri.

Şehirlerin her birini ziyaret ettikten sonra, elde ettiğimiz bulgular konusunda görüş bildirmeleri için proje koordinatörüne gizli bir rapor gönderdik. Daha sonra,

birleştirilmiş nihai rapor için geçerliliği onaylanmış ve üzerinde düzenlemeler yapılmış raporları kullandık.

Açıklama

İlginç bir şekilde araştırmacıların mülakat talepleri, seçilmiş şehirlerde yeni dinamiklerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Araştırma ziyaretleri, koordinatörlerin resmî bir Sağlıklı Şehirler ortamında daha önce bir araya gelmemiş olan paydaşları bir araya getirme çabalarını meşrulaştırmıştır. Bazı durumlarda programın zaten bir parçası olmuş olması gereken aktörler Sağlıklı Şehirler'in hedefleri ve güçlü noktaları ile ilk kez karşılaşılıyordu. Bunun sonucu olarak genelde yeni sorumluluklar ortaya çıkmıştır. Her ne kadar nihai rapor, yeni vaatler ve yükümlülüklerle ilgili resmî açıklamaları (stratejik veya siyasi sebeplerden dolayı) içermese de koordinatörler, araştırmanın bu beklenmedik sonucundan oldukça memnun olmuştur. Örneğin bir şehirde, Sağlıklı Şehirler Projesi Ofisi ve sivil savunma teşkilatları ile sektörler arası bir bağlamda belediye sosyal yardımlaşma politikalarının yürütülmesinden sorumlu yarı hükümet dışı örgüt (quango) arasında mülakat esnasında bir iş ilişkisi kurulmuştur.

Şehir koordinatörlerine gizli raporları gönderme kararı, akıllıca bir karar olmuştur. Her zaman hoş karşılamasalar da koordinatörler bu raporlara oldukça değer vermiştir. Örneğin bir koordinatör, raporun şehir projesinde yapılması gereken değişikliklere işaret ettiğini ancak bu değişikliklerin bir siyasetçinin dikkatini çekmemesini umduğunu belirtmiştir. Bu geri bildirim süreci, geçerlilik amaçları için oldukça uygun olmuştur.

Analitik Süreç

Analiz, araştırma sürecinde ham veriyi araştırılabilir ve karşılaştırılabilir parçalara ve sonrasında anlamlı bilgiye dönüştüren bir adımdır. Analiz, bilgi parçacıklarının anlaşılır bir şekilde etiketlenmesiyle (*labelling*) başlar. Nicel yaklaşımlarda bu etiketler, genellikle sayılardır (örneğin, ölçekleme teknikleri) ve kodlar olarak adlandırılır. Sayılar sıralanabilir, tablolarda (sıklık) gösterilebilir ve istatistiksel olarak manipule edilebilir. Nitel araştırmalarda etiketlendirme çok daha karmaşıktır ama amacı aynıdır. Etiketlendirmenin kapsamı, veri ve bilgilerin kavramsal çerçeve ile ne ölçüde uyum gösterdiği konusunda araştırmacının bir şeyler söylemesini sağlar. Kullanılan kodlar, sayılar olduğu kadar kelimeler de olabilir.

Bu sebeple kodların büyük ölçüde eski çerçeveleri temel alması gerekmektedir. Bazı nitel araştırma yaklaşımları (fenomenoloji, antropoloji ve temeli olan teori (48)) ise verilerin anlamlı bilgilere dönüştürülmesini, yeni ortaya çıkan yorumlama ve yeniden yorumlama süreci olarak görmektedir. Yine de burada açıklanan politika araştırması gibi kavramsal veya teorik bir çerçevenin var olması durumunda, önceden bir kod kitabı oluşturulabilir. Bu kitap, kavramları ve teorik ön varsayımları beklenen cevap aralığına çevirir. Kod kitabı, ille de durağan değildir. Cevaplarda sık beliren kuraldışılık, listeye yeni kodların eklenmesini teşvik edebilir. Böyle bir durumda,

yeni kodun önceden kodlanmamış materyale veya küçük parçalara bölünebilecek kapsayıcı kavramlara dönüşmüş kodlara uygulanıp uygulanmadığını değerlendirmek için tüm verilerin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Nitel bir kod kitabı, genel olarak hem kodları hem de kodların her biri için anlaşılması kolay bir tanım veya açıklayıcı sözcük içerir. İdeal bir dünyada kodlayıcılar (veya gözlemciler) ekibi, kod kitabı ve içindeki tanım ve açıklayıcı sözcükler hakkında kısaca bilgilendirilir. Kodlamadan sonra, kodlayıcıların yaptığı işin tutarlılığını ve uyumunu ölçmek için gözlemciler arası bir kappa hesaplanabilir (49). Yetersiz bir kappa değeri (0,7 civarında 0'nın değeri şans gözlemidir. 1'in değeri ise tam uyumdur) kodlanmış materyalin ileriki analizlerde kullanılamayacağı anlamına gelir. Kodlar çok belirsiz olabilir. Gözlemciler, kendilerine verilen bilgilere sadık kalmayabilir veya ham materyal kodlama için uygun olmayabilir. Böyle bir dünyada ise zaman çok kısa olabilir veya bütçe, deneyimli gözlemcileri projeye dâhil etmek için yeterli olmayabilir. Bu yüzden araştırmacı, nihai araştırma raporunda kendi analitik uygulamalarını anlaşılır bir şekilde ortaya koymak zorundadır. Geçerliliği ve güvenilirliği olan bir analiz yapmanın bir yolu da örneğin 4GE işlemleri yoluyla analizi yanıtlayıcılarla paylaşmaktır. Bunun için Delphi benzeri bir teknik de uygundur (26,27).

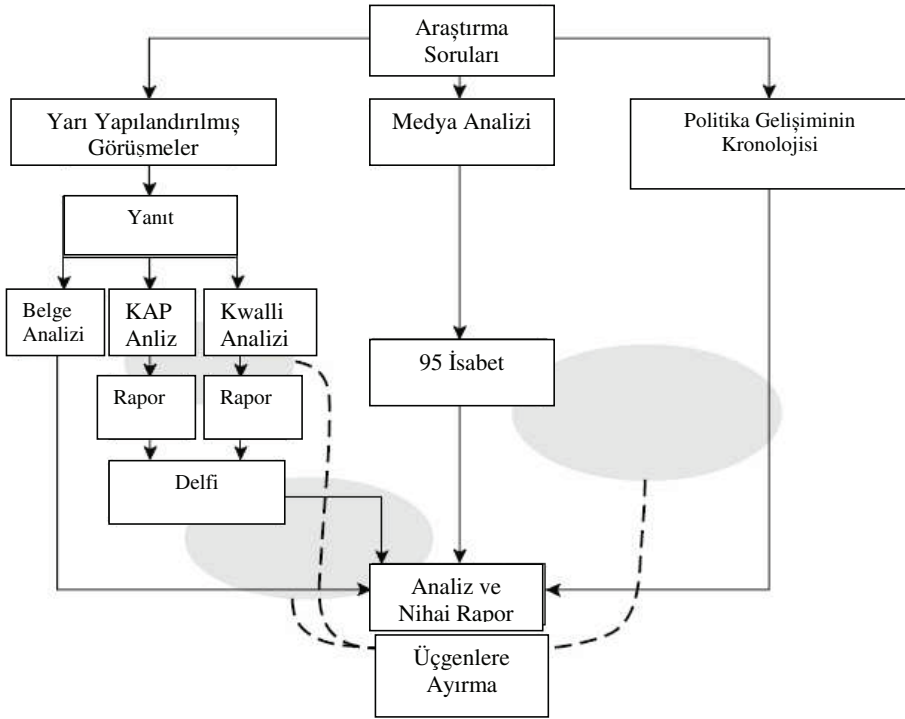
Daha fazla sayıda gözlemcinin kullanılması ve kappaların hesaplanması bazen ilgisiz olabilir. Bu, keşif araştırmalarında sık ortaya çıkan bir durumdur (26,50). Bu tür araştırmaların amacı, ilgi veya algı aralığını ortaya çıkarmaktır. Temel amaç, bu aralıkların sınırlarını belirlemektir. İnceleme, aynı zamanda araştırma grupları arasında iç tutarlılıkları ortaya koymayı amaçlıyorsa çoklu gözlemci kodlamanın (ve kappa'nın) başlatılmış olması gerekir ve bu yine bir yorumlama sürecidir.

Geçmişte, 2 pratik kodlama yöntemi yaygındı: birincisi kuru boya kalemleri veya son zamanlarda keçeli kalemlerle yapılan renkli kodlama ve ikincisi orijinal kayıtlardan parçalar keserek yeni belgeler (her belge benzer şekilde kodlanmış materyal içerir) oluşturmak için bu parçaları bir araya getirerek yapıştırma. Böyle bir durumda araştırmacının, ya renkli mozaigi ya da bir araya getirilmiş parçalar bütününi yeniden yorumlaması gerekecektir. Bilgisayarlar, her iki işlemi de daha da kolaylaştırmıştır. Kelime işlemci bunların her ikisini yapabilir ve şu anda daha ileri bir aşama mevcuttur. Fielding ve Lee (51) yazılım paketlerinin nitel araştırmalarda kullanımını açıklamaktadır: Örneğin Ethnograph (DOS veya Windows için) veya HyperQual (Macintosh için); verinin kodlanmasını, yapılandırılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır. Ancak bu programların hiçbiri, gözlemciler arasındaki kodlama sorunlarını çözemez.

Analizi, yorumlama takip etmektedir. Yorumlama genellikle raporun sonunda sonuçlar veya bulgular olarak adlandırılır.

Vaka 3. Politika Araştırması – Planlı Bir Çaba

1986 yılında Hollanda Hükümeti; Parlamento’ya ve sosyal ortaklarına, sağlık politikalarına radikal bir bakış açısı getiren bir bildiri sunmuştur (52). Bu bildiri, sağlık hizmetlerinden ziyade sağlığa odaklanılmasını öneriyordu. Hükümet, Parlamento’nun yeni bakış açısını kabul etmesiyle sonuçlanacak 3 yıllık bir tartışma süreci öngörmüştür. Maastricht Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı’nın güçlü desteğiyle hem içerik hem de süreç açısından böylesine yenilikçi bir yaklaşımın uygulanabilirliğini inceledim (26). Araştırma sürecini, önceden planlanmış bir düzenek kullanarak şekillendirdim. Cobb ve Elder’in gündem oluşturma teorisini temel alarak özel araştırma soruları hazırladım (24). Şekil 9.1’de gösterildiği üzere, faydalı bilgiler sağlayabilecek 3 alan ortaya çıktı: paydaşlar (soldaki sütun), medya yansıma (ortadaki sütun) ve bildirinin fiili gelişim kronolojisi (sağdaki sütun). Oval simetrik eğriler; farklı alanlar, teoriler ve metodolojiler arasındaki üçgenlemeyi temsil etmektedir.



Kartopu örnekleme, paydaşların sayısını belirlemiştir: 56 organizasyon ve aktör. Paydaşlar, bire bir mülakatlara katılmaya davet edilmiştir. Mülakatların içeriği, teori öğelerinin sınırlarına göre şekillendirilmiştir. Yüzde altmış oranında cevap alınmıştır. Destekleyici belgelerin sunulması istenmiş ve bu belgelerin içeriği analiz edilmiştir. Bilgi, yaklaşım ve algıların analizi yoluyla ve Kwalitan yazılımı kullanılarak mülakatlar analiz edilmiştir. Bilgi, yaklaşım ve algı analizinin amacı; politika bilgisi, politikaya yaklaşım ve politikaya ilişkin öznel algılar arasında bir

ayrım yapmaktı. Her analitik yöntem için ayrı bir rapor hazırladım ve bu raporları, geçerliliğinin onaylanması için sadece yanıtlayıcılara değil, araştırma nüfusunun tamamına gönderdim. Bu, cevap oranını yüzde 95'e yükseltti. Kitle iletişim araçları raporları da içerik açısından analiz edilmiştir. Politika geliştirme kronolojisinde, Sağlık Bakanlığı'ndaki gri ve siyah yayınlara erişim temel alınmıştır. Her bir akım için rapor hazırlanmış ve raporlardaki bulgular karşılaştırılmıştır (verilerin üçgenlenmesi).

Politikanın uygulanabilirliğinin oldukça sınırlı olduğu ortaya çıkmıştır. Hizmet alanındaki dolaysız finansal ve örgütsel tehditler, politikanın ileriye gören duruşunun önüne geçmiştir (26,27). Vizyon temelli politika oluşturmanın sadece mali istikrarın olduğu zamanlarda uygulanabileceği ortaya çıkmıştır.

Açıklama

İnceleme esnasında, birkaç sorun ortaya çıkmıştır. İşlemlerin üçgenlenmesi, çeşitli veri dizilerinin yüksek kaliteli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ancak, bulguların yorumlanması karmaşık ve zor olmuştur. Teorinin uygulanması, politika başlatıcılarının ideal süreç olan gündem oluşturmayı yakından takip ettiğini ve teorinin pek çok bileşeninin yerinde olduğunu göstermiştir. Bu da ciddi sorunlar olmadan bildirinin uygulanabileceğini gösteriyordu. Ancak veriler analiz edilene kadar bildiri (52) politika gündeminden düşmüştür. Araştırmada yanlış olan neydi? Sorun, verilerde veya verilerin analizi ve yorumlanmasında mıydı yoksa teori mi uygun değildi?

Orijinal verileri geri gönderdim, analizlerini ve yorumlarını bir kez daha gözden geçirdim. Ancak hiçbir hata veya yanlış bulamadım. Bu durum, ya teori ya da teoriyi yorumlama biçimimizin doğru olmadığı anlamına geliyordu. Kendi yürüttüğüm işlemleri, aynı teoriyi kullanan araştırmaların işlemleri ile karşılaştırdım ve işlemlerin birbirine çok benzediği ortaya çıktı.

Bu sebeple teoriyi ve varsayımlarını yeniden gözden geçirdim ve 2 sorun olduğunu fark ettim. Birincisi, teori; 2 konunun aynı anda aynı politika alanında kurumsal gündem statüsü için birbiriyle yarışabileceği olasılığını göz ardı ediyordu. Bildirinin sağlık için politika oluşturma vizyonu, sağlık hizmetleri alanındaki piyasa odaklı kaynak faktörlerine yönelen bir hareketle rekabet etmek zorunda kalmıştı. Paydaşların pek çoğu bu hareketi örgütsel devamlılıklarına doğrudan bir tehdit olarak gördüğü için dikkatini, uzun vadeli vizyon geliştirmeden kısa vadede varlıklarını sürmeyi sağlayan stratejilere kaydırmışlardı. İkincisi, teori; paydaşlar ve hedef kitleler arasındaki güç ilişkilerinin, konuya ilişkin algıların bir gruptan diğerine yayılmasını etkileyebileceğini kabul etmiyordu. Güçlü paydaş organizasyonlar, bildiriyle ilgili iyi niyetli şüphelerini dile getirmiştir. O kadar güçlü olmayan ancak bildirinin vizyonuna sadık olanlar ise mevcut durumun kabul edilmezliğini ve bir çözüme ihtiyaç duyduğunu tespit etmek için güçlerini birleştirerek dile getirilen şüphelere karşı durmayı başaramamıştır. Bu bulgular, genel olarak gündem oluşturmaya ilişkin

teori geliştirme konusunda ve özellikle öngörölü bir politika önerildiğinde birbiriyle rekabet hâlinde olan gündem konularını ve güç pozisyonlarını dikkate almanın önemi hakkında tavsiyelerde bulunmamı sağlamıştır.

Sonuç

Bu fasılda, etkileşimli bir ağ oluşturma bakış açısını paylaşan politika geliştirme teorileri gözden geçirilmiştir. Bu tür teoriler; daha geleneksel, doğrusal ve yukarıdan aşağı hareket çizgilerinden ziyade fiili politika süreçlerini tanımlamak için daha uygun görünmektedir. Ancak metodolojik etmenler ve araştırmacıların karar süreçleri üzerine yapılan tartışmalar, bu tür teorilerin uygulanmasının uygun bir araştırma tutumu ile aynı anda yürütülmesi gerektiğini göstermektedir. Araştırmacılar, politika araştırmasının epistemolojik ve etkileşimli boyutlarının farkında olmalıdır. Araştırmacılar; incelenmekte olan alana ilişkin örgütsel, taktiksel, stratejik ve bağlamsal konularla olan bağlantılarını koparamaz.

Bu sebeple politika araştırması, hem akademisyenlerin hem de politika yapıcılarının kapasitelerini sorgulamak için standart metodolojik yaklaşımlardan uzak durur. Politika yapıcılarının burada açıklanan yaklaşımın sonuçlarını geleneksel araştırmalardan daha fazla takdir ettiği görülmektedir. Sonuçta burada savunulan yaklaşım; politika oluşturma süreci için daha hızlı, anlamlı ve elle tutulur sonuçlar doğurmaktadır. Bu gibi sonuçlar, araştırılmakta olan politika sonuçlarının kalitesi ile yakından ilgilidir.

Kaynaklar

1. McLEROY, K.R. ET AL. An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly*, 15(4): 351-377 (1988).
2. ALAMANOS, Y. ET AL. Assessing the health status and service utilization in Athens: the implications for policy and planning. *Health promotion international*, 8(4): 263-270 (1993).
3. GREEN, L.W. Three ways research influences policy and practice: the public's right to know and the scientist's responsibility to educate. *Health education*, 18(4): 44-49 (1987).
4. DEAN, K. Using theory to guide policy relevant health promotion research. *Health promotion international*, 11(1): 19-26 (1996).
5. CRAWLEY, H. Promoting health through public policy. *Health promotion international*, 2(2): 213-216 (1987).
6. HETZEL, B.S. Healthy public policy and the Third World. *Health promotion international*, 4(1): 57-62 (1989).
7. JOFFE, M. & SUTCLIFFE, J. Developing policies for a healthy environment. *Health promotion international*, 12(2): 169-174 (1997).
8. GOUMANS, M. *Innovations in a fuzzy domain. Healthy Cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom* [Thesis]. Maastricht, University of Maastricht, 1998.
9. GOUMANS, M. & SPRINGETT, J. From projects to policy: 'Healthy Cities' as a mechanism for policy change for health? *Health promotion international*, 12(4): 311-322 (1997).
10. PAULUSSEN, T.G.W. *Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools*. Utrecht, National Centre for Health Education and Promotion, 1994.
11. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
12. MULLEN, P.D. ET AL. Settings as an important dimension in health education/promotion policy, programs, and research. *Health education quarterly*, 22(3): 329-345 (1995).
13. SCHWARTZ, R. ET AL. Policy advocacy interventions for health promotion and education. *Health education quarterly*, 22(4): 421-527 (1995).
14. MILIO, N. *Promoting health through public policy*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.
15. MILIO, N. *Engines of empowerment: using information technology to create healthy communities and challenge public policy*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1996.
16. TSOUROS, A. *The WHO Healthy Cities project: state of the art and future plans*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document).
17. KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public policies*, 2nd ed. New York, Harper Collins College, 1995.
18. LAUMANN, E. & KNOKE, D. *The organizational state*. Madison, University of Wisconsin Press, 1987.
19. GOUMANS, M. An ecological perspective on the health of a city - The Healthy City project of the WHO. In: *Prospects for climate-oriented planning in*

- European cities*. Berlin, European Academy of the Urban Environment, 1995, pp. 19-24.
20. GOUMANS, M. Putting concepts into (health) policy practice. In: Bruce, N. et al., ed. *Research and change in urban community health*. Avebury, Aldershot, 1995, pp. 327-338.
 21. MARIN, B. & MAYNTZ, R., ED. *Policy networks. Empirical evidence and theoretical considerations*. Frankfurt, Campus and Boulder, Westview, 1991.
 22. SCHARPF, F. W *Games real actors could play: the problem of connectedness*. Cologne, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, 1990 (MPIFG Discussion Paper 90/8).
 23. *Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century. Declaration de Jakarta sur la promotion de la sante au XXIe siecle* (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4) (accessed on 22 November 2000).
 24. COBB, R. & ELDER, C. *Participation in American politics: the dynamics of agenda building*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1983.
 25. DUHL, L. *The social entrepreneurship of change*. New York, Pace University Press, 1995.
 26. DE LEEUW, E. Health policy, epidemiology and power: the interest web. *Health promotion international*, 8(1): 49-52 (1993).
 27. DE LEEUW, E. *Health policy: an exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. Maastricht, Savannah Press, 1989.
 28. KENIS, P. & SCHNEIDER, V. Policy networks and policy analysis: scrutinizing a new analytical toolbox. In: Marin, B. & Mayntz, R., ed. *Policy networks. Empirical evidence and theoretical considerations*. Frankfurt, Campus and Boulder, Westview, 1991, pp. 25-59.
 29. GUSFIELD, J. *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago, University of Chicago Press, 1981.
 30. DE LEEUW, E. & POLMAN, L. Health policy making: the Dutch experience. *Social science and medicine*, 40(3): 331-338 (1995).
 31. ABBEMA, E. *Twenty steps on North Shore: Healthy City development in New Zealand*. Maastricht, WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities, University of Maastricht, 1997 (World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities Monograph Series, No. 14).
 32. DANEN, S. *The World Health Organization Healthy Cities project second phase evaluation - Forging a process*. Maastricht, WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities, University of Maastricht, 1998 (World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities Monograph Series No. 15).
 33. LOGGHE, K. *Integratie: het beste gezondheidsbeleid? Een onderzoek naar uitgangspunten voor lokaal gezondheidsbeleid en de zorgverlening aan asielzoekers en vluchtelingen* [Integration: the best health policy? An inquiry into principles of local health policy and health care delivery for asylum seekers

- and refugees]. Maastricht, WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities, University of Maastricht, 1996 (World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities Monograph Series No. 13) (in Dutch).
34. MILEWA, T. & DE LEEUW, E. Reason and protest in the new urban public health movement: an observation on the sociological analysis of political discourse in the 'healthy city'. *British journal of sociology*, 47(4): 657-670(1995).
 35. KELLY, M.P. Some problems in health promotion research. *Health promotion international*, 4(4): 317-330 (1989).
 36. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.
 37. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Naturalistic evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, Jossey-Bass, 1981.
 38. BOUTILIER, M. ET AL. Community action and reflective practice in health promotion research. *Health promotion international*, 12(1): 69-78 (1997).
 39. PIETTE, D. Community participation in formal decision-making mechanisms. *Health promotion international*, 5(3): 187-198 (1990).
 40. DELANEY, F.G. Muddling through the middle ground: theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. *Health promotion international*, 9(3): 217-226 (1994).
 41. MUTTER, G. Using research results as a health promotion strategy: a five-year case-study in Canada. *Health promotion international*, 4(3): 393-400 (1989).
 42. WYLLIE, A. & CASSWELL, S. Formative evaluation of a policy-orientated print media campaign. *Health promotion international*, 7(3): 155-162 (1992).
 43. *Hartslag Limburg. Samen gezond! De achtergrond; de mensen; de actie* [Heartbeat Limburg. Healthy together! The background; the people; the action]. Maastricht, GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, 1997 (in Dutch).
 44. VAN ASSEMA, P. *The development, implementation and evaluation of a community health project* [Thesis]. Maastricht, University of Limburg, 1993.
 45. LINSTONE, H.A. & TUROFF, M., ED. *The Delphi method - Techniques and applications*. Reading, Addison-Wesley, 1975.
 46. TSOUROS, A.D., ED. *World Health Organization Healthy Cities project: a project becomes a movement: review of progress 1987 to 1990*. Milan, Sogess, 1991.
 47. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document ICP/HCC 644).
 48. GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. *The discovery of grounded theory*. Chicago, Aldine, 1967.
 49. LIGHT, R.J. Measures of response agreement for qualitative data: Some generalizations and alternatives. *Psychology bulletin*, 76 (1971).
 50. FIELDING, N.G. & FIELDING, J.L. *Linking data*. Beverly Hills, Sage, 1986 (Qualitative Research Methods, Vol. 4).
 51. FIELDING, N.G. & LEE, R.M. *Using computers in qualitative research*. NewburyPark, Sage, 1993.
 52. *Nota 2000* [Health memorandum 2000]. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1986 (in Dutch).

Bölüm 3

Ortamlar

“Ortam/ortamlar” kavramı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için doğal ve güçlü bir metodolojik araç temin etmektedir. Bu kavram, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin meydana geldiği bağlamın analiz edilmesi ve anlaşılması için bir çerçeve ortaya koymaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ait dinamikler; sağlıkla ilintili konuların içinde bulunduğu kültürel, toplumsal ve sosyal ortamların bir işlevi olarak değişiklik göstermektedir. Sağlık davranışı, sağlık durumu ve sağlık sonuçları; kendi benzersiz çevrelerinin ürünleridir.

Bir ortamın sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki önemi, çevrenin sağlık üzerindeki etkileri konusunda bilinçli olmaktan çok daha fazlasıdır. Ortamlar kavramının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin planlanması ve uygulanması ve sonuç olarak bu girişimlerin etkisinin değerlendirilmesi için verimli ve etkili bir çerçeve temin ettiği bilinmektedir. Bu kavramın gücü, sahip olduğu 2 boyutta yatmaktadır. Ortam, sağlığın içinde bulunduğu ve sayesinde ortaya çıktığı bağlamdır. Toplumun resmî ve gayriresmî yapısının büyük kısmı ve hükümet, vatandaşlarının içinde yaşadığı ve çalıştığı ortamlara bağlıdır. Bu yüzden bu ortamlar, hem sağlığın belirleyicilerini analiz etmek, anlamak ve etkilemek için etkili bir yol hem de birey ve topluluklara etkili bir şekilde erişmek ve onları etkilemek için kapsamlı bir “baskı noktaları ve teşvikleri” dizisi temin etmektedir.

Ortamlar, büyük farklılık göstermektedir. Ortam kelimesi; büyük ve bazen eksik tanımlanmış toplulukları (örneğin belediyeler), büyük ve iyi tanımlanmış toplumsal veya topluluk yapılarını (örneğin sağlık hizmeti sistemleri), daha küçük ayrık organizasyonları (örneğin spor kulüpleri), topluluk temelli kuruluşları (örneğin okullar ve hastaneler) ve yaşam bağlamlarını (örneğin aile) kapsamaktadır. Bazı ortamların (örneğin okullar ve iş yeri) hayatın farklı aşamalarıyla özel bir ilgisi vardır. Bazı ortamlar ise nüfusa atıf yapılarak tanımlanır; örneğin evsizler, yerli halk (yerli halka ayrılmış bölgelerde yaşayanlar) veya dinî veya ruhani gruplar (ibadet yerleri ve toplulukları). Son olarak çoğu ortam; spor yerleri, lokantalar, barlar ve kafeler gibi insanların boş vakitlerini geçirme şekliyle ilgilidir.

Bu kitabın üçüncü bölümü, sağlıkla ilgili çok sayıdaki ortamın sınırlı bir kısmını incelemektedir. Bunlar:

- Birey ve toplum sağlığını etkileyen daha büyük çevreler olan şehir ve topluluklar,
- Çoğu bireysel davranış şeklinin meydana geldiği bağlamlar olan okul ve iş yerleri,
- Birey ve toplum sağlığı üzerinde büyük etkisi olan ve sağlık hizmeti sisteminin bir parçası olan hastaneler.

Bu bölümde yer alan fasıllar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için önemli olan ortamlara ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine yönelik çok iyi örnekler vermektedir.

Bu fasıllar, ortamlar açısından bakıldığında göze çarpan sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesiyle ilgili pek çok konuyu ele almaktadır. Ele alınan soru ve zorlukların çoğu, her ortamda meydana gelmekte olup genel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesiyle ilgilidir. Bu bakımdan, Fasıl 10, bütün değerlendirmelerde ortak olan 5 konuyu ele almakta ve özellikle toplum girişimlerine ait değerlendirmelere odaklanmaktadır. Bunlar:

1. Değerlendirmenin nasıl olması gerektiği,
2. Nasıl bir tasarım kullanılması gerektiği,
3. Neyi nasıl ölçmek gerektiği,
4. Verilerin nasıl analiz edileceği,
5. Değerlendiricinin programla nasıl bir ilişkisinin olacağıdır.

Aynı şekilde Fasıl 11, hem toplum çapındaki hem de daha küçük girişimlerin değerlendirilmesi alanında genel uygulanabilirlik sahibi olan değerlendirmeler için 5 aşamalı bir mantık modeli temin etmektedir:

1. İş birliğine dayalı planlama,
2. Toplum tarafından uygulanması, etki ve değişim,
3. Toplum tarafından benimsenme, kurumsallaşma ve kapasite,
4. Daha uzak sonuçlar,
5. Dağıtım.

Son olarak Fasıl 13, iş yeri programlarının değerlendirilmesine yönelik 6 adımdan oluşan bir çerçeve tavsiye etmektedir:

1. Önerilen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının amaç ve hedeflerinin netleştirilmesi,
2. Hangi soruların sorulacağına karar verilmesi,
3. Değişimin nasıl ölçüleceğine karar verilmesi,
4. Verilerin toplanması,
5. Programın etkililiğini belirlemek üzere sonuçların değerlendirilmesi,
6. Tavsiyeler verilmesi.

Yazarlarının bazılarının aynı olması nedeniyle sırasıyla iş yeri ve Sağlıklı Şehirler girişiminin değerlendirilmesi konusunu ele alan Fasıl 13 ve 14, bazı özellikleri de paylaşmaktadır. Her 2 fasıl da bir değişim yeri olan ortama, değerlendirmenin amaçlarına ve ele aldığı sorulara, çok yöntemli ve disiplinler arası yaklaşımlara ve sahiplik, ortaklık ve güç konularına odaklanmaktadır. Fasıl 14, özellikle değerlendirmenin odak noktaları (bunlar arasında altyapı, politika ve programlar, çevre ve/veya sağlık durumu olabilir) arasında ayırım yapılması açısından faydalıdır.

Kavramsal ve metodolojik konuların belirlenmesi ve netleştirilmesi alanında yapılan değerli katkılara ek olarak bu fasıllar, birçok farklı ortamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına yardımcı olacak bir sürü tavsiye vermektedir. Örneğin Fasıllar 10; belirlenen 5 değerlendirme konusunun her biriyle ilgili kapsamlı, akademik ama açıkça ifade edilmiş kural ve öneriler temin etmektedir. Fasıllar 13 ise iş yerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesine yönelik 5 ilke sunmaktadır:

1. Biçimlendirici değerlendirme sürecine sağlık ihtiyaçları değerlendirmesi ile başlanması,
2. Katılım ve geri bildirimin dâhil edilmesi,
3. Değerlendirmenin amacı hakkında netlik sağlanması,
4. Faydalı bilgiler elde etmek için veri toplanması,
5. Etik meselelere dikkat edilmesi.

İş yerinde değerlendirme uygulamasının iyileştirilmesi için tavsiye verirken yazarlar 5 zorluğun altını çizmektedir:

1. Değerlendirmenin diğer iş yeri faaliyetleriyle bütünleştirilmesi,
2. Değerlendirme metodolojilerinin seçilmesi,
3. Çok alanlı iş yerlerinin köprülerle birbirine bağlanması,
4. Değerlendirme göstergelerinin ele alınan organizasyonla ilintili olduğundan emin olunması,
5. Arayüzler arasında köprü oluşturulması.

Fasıllar 11; politika yapımcıların ve uygulayıcıların, yazarların değerlendirme çerçevesini kapsayan 5 aşamayı nasıl geliştirebileceği ve destekleyebileceği konusunda spesifik tavsiyeler içeren toplum girişimlerine yönelik kapsamlı bir değerlendirmeyle son bulmaktadır. 12. fasılın sonunda okullarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konulu literatürün kapsamlı ve sistematik bir incelemesi yer almakta ve hem politika yapımcıları hem de uygulayıcılar için önem arz eden tavsiyeler verilmektedir. Son olarak Fasıllar 14, Sağlıklı Şehirler Girişimi'nin 3 farklı düzeyde (uluslararası düzey, kentsel politika ve topluluk) değerlendirilmesine yönelik faydalı örnekler temin eden 3 vaka araştırması sunmaktadır.

Yazarlar; okuyucuların sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesinde karşılaşılan zorlukları anlamasını ve ortam yaklaşımının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin planlanması ve değerlendirilmesine yapabileceği katkılar hakkında daha derin bir farkındalık sahibi olmasını ummaktadır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi, destekleyici çevreler yaratılması ve toplumun etkisinin güçlendirilmesi yönünde yaptığı çağrıda ortamların önemini açık şekilde vurgulamaktadır. Aşağıdaki 5 fasıl; bu Sözleşme'nin değer, ilke ve stratejilerini yansıtmaktadır.

Toplum Sağlığının Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesi

Louise Potvin ve Lucie Richard

Son otuz yıldır uygulayıcılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çoğu insanın güçlü bir müdahale stratejisi olarak algıladığı bir strateji geliştirmeye ve uygulamaya çalışmıştır: toplum programları (1). Bu doğrultuda akıl sağlığı (2), kalp sağlığının geliştirilmesi (3,4), madde kullanımının önlenmesi (5), meme kanseri taraması (6), kapsamlı çok faktörlü yaklaşımlar (7) ve tek risk faktörünü (örneğin sigara kullanımı) önleme (8,9) alanlarında kayda değer çabalar sarf edilmiştir. Değerlendirme literatürü, 1970'lerden beri kapsamlı toplum programlarıyla ilgili konuları ele almıştır (10). Fakat epidemiyoloji, halk sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi dergileri; toplum sağlığının geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesini irdeleyen tebliğleri ancak ABD'deki ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü tarafından finanse edilen ve 1980'lerde uygulamaya geçirilen 3 adet toplum temelli kalp sağlığının geliştirilmesi programının ilgi çekmesinden sonra yayımlamaya başlamıştır (11-13).

Bu literatürü inceleyenler, tebliğlerin 4 kategoride toplandığını görecektir. Bunlar:

1. Sürmekte olan programların kapsamlı şekilde değerlendirilmesi için uygulanan araştırma tasarımları,
2. Genelde program süreçleri veya orta vadeli analizleri konu alan ara sonuçlar,
 1. Genel sonuç değerlendirmelerinin sonuçları,
 2. İlk 3 türden kaynaklanan metodolojik konularla ilgili tartışmalar.

Birinci gruptaki tebliğler oldukça nadirdir. Bu tip tebliğler, genelde ilginç metodolojik fikirler ortaya atar ama araştırmalar devam ederken yayımlandıkları için yeni bilgi bakımından değerleri biraz sınırlıdır. İkinci grup tebliğler, toplum sağlığının geliştirilmesi programları hakkında öğrenilenlerin çoğunu kapsar. Bu tebliğler, toplum programlarının çeşitli özelliklerini belgelendiren zengin bir veri kaynağı sağlar. Üçüncü gruptaki tebliğler ise genelde sonuç değerlendirmesinden elde edilen temel sonuçları sunar. Bu tebliğler genelde heves kırıcıdır. Çünkü risk faktörleri üzerinde genel olarak faydalı bir etki bıraktığı gösterilebilen program sayısı çok azdır (14). Bu yüzden okuyucular, toplum programlarının etkili olmadığı gibi tatsız bir sonuçla yüz yüze gelir. Son olarak dördüncü gruptaki tebliğler, değerlendirme çalışmalarının yapılışı konusundaki düşünce, eleştiri ve anlayışları temin etmektedir. Bunların yazarları genelde toplum programlarının değerlendirilmesine dâhil olan araştırmacılar ve tartışılan konular da bu alanın durumunu yansıtır.

Bu fasıl, okuyucuya dördüncü kategorideki tebliğleri tanıtmayı ve örnek teşkil etmesi amacıyla diğer 3 gruba kısaca değinmeyi amaçlamaktadır. Toplum programları; farklı çıkarları olan ve farklı altyapılara sahip pek çok toplum aktörünü içeren, karmaşık

müdahalelerdir. Tabii ki bu karmaşıklık, değerlendirme bileşenlerini etkilemektedir. Sonuç olarak bu tip çalışmalar hakkında pek çok soru oluşmaktadır. Ne yazık ki yaygın kabul gören ve kolay uygulanan sonuçlara ulaşanların sayısı çok azdır. Toplum programlarının değerlendirilmesi hakkındaki tartışmanın özelliği, klinik araştırmalar gibi daha kontrollü durumlarda faydalılığı kanıtlanmış olan metodolojik çözümlerin hayata geçirilmesinin imkânsız olmasıdır. Doğal olarak şu anda herhangi bir uzlaşmaya varılması beklenmemektedir.

Toplum sağlığının geliştirilmesine yönelik bir değerlendirmenin planlanması için birçok zor meselenin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Toplum programları ve ortamları kendine özgüdür. Bu yüzden değerlendiricilere; programın kendine has özelliklerine, toplumun özelliklerine ve program hakkında bilgi ihtiyaçlarına uyum gösterecek metodolojik çözümlerden oluşan bir kombinasyon oluşturmaları tavsiye edilmektedir. Toplum sağlığının geliştirilmesi programına yönelik bir değerlendirme yapmayı planlayan herkes, bu fasılda ortaya konulan meseleleri ele almalıdır. Müdahale ve değerlendirme ekipleri çalışmalarına başlamadan önce bu meseleleri incelemeli ve görüşmelidir.

Toplum programlarının kendilerine has özellikleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda çok spesifik bir yaklaşım meydana getirmektedir. Bu yüzden diğer müdahale türleri ile karıştırılmamalıdır.

Toplum Programlarının Özellikleri

Toplum (15-17) ve program (18) kavramlarını tanımlamak için büyük çaba sarf edilmiştir. Bu durumda toplum programlarını nitelendiren çok sayıdaki unsur, net bir tanım içerisinde birleştirme işinin de yapılması gerekmektedir. Green ve ark. (18-20) bir toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesine yönelik birbirini tamamlayıcı 2 yaklaşım arasındaki ilk ayrımı ortaya koymuştur. Öncelikle topluluk müdahaleleri veya büyük ölçekli programlar, toplum geneline yönelik bir kapsama sahiptir. Bunlar nüfusun çoğunluğu veya tamamı için ufak ama yaygın değişiklikler yapmaya çalışır. Bu tip bir yaklaşım, toplum genelinde riskteki ufak bir düşüşün, risk altındaki bireylerin ufak bir kısmındaki büyük düşüşten daha fazla sağlık faydası getirdiğini gösteren halk sağlığı alanındaki sayısız çalışmaya dayanmaktadır (21). Bu yaklaşım, ikinci bir yaklaşımla ters düşmektedir: topluluk bünyesindeki müdahaleler. Bu mikro müdahaleler veya ufak ölçekli programlar, bir alt nüfusta (genelde okul, iş yeri ve sağlık tesisi gibi bir alanda) değişiklik yapmayı amaçlamaktadır. Genelde amaç, hedeflenen nüfus alt setinin riskli davranışlarında yoğun ve köklü değişiklikler elde etmektir. Bu fasıl, 5 temel özelliği olan büyük ölçekli toplum programlarına odaklanmaktadır. Bu programlar; büyük, karmaşık, katılımcı, uzun ömürlü, esnek ve uyurlanabilir olmalıdır.

İlk olarak tüm topluma erişme amacını taşıdıkları için toplum programlarının kapsamı ve boyutu büyüktür (18,19). Bu programlar, genelde pek çok planlama ve koordinasyon yapılmasını gerektirir ve zengin insan kaynaklarına ve mali kaynaklara ihtiyaç duyar.

İkincisi toplum programları, hem nitel hem de nicel açıdan toplumdaki küçük ölçekli program veya müdahalelerden farklılık gösterir. Küçük ölçekli program veya müdahalelerin odağı genelde daha sınırlıdır. Buna karşın toplum programları, birçok düzeye hitap eden ve çok stratejisi olan bir bireysel değişim vizyonunu kucaklamaktadır. Çevrenin farklı yönlerinin bireylerin davranışları üzerindeki önemli etkisini belirleyen sosyal bilim araştırmaları doğrultusunda (22-24), toplum programları hem bireysel davranışın sınırlı yönlerini hedef alır hem de sağlığı ve sağlıkla ilintili davranışları etkilediği varsayılan sosyal bağlamın tümünü değiştirmeye çalışır. Sosyal normlar ve yerel değerler ile kuruluş ve politikadaki değişimler bu bakımdan asıl hedeflerdir (25-28). Başarılı olmak için toplum programları; pek çok ortam, organizasyon ve ortağı içine alır (18,29,30). Kubisch ve ark. (22) bu programların yatay (sistemler, sektörler veya ortamlardaki çalışmalar) ve dikey (birey, aile ve topluluklar gibi pek çok hedefe yönelik müdahaleler) açıdan karmaşıklığını anlatan kavramlarıyla benzer bir görüş ifade etmiştir. Bu müdahale stratejileri çeşitliliği ve bunlardan kaynaklanan karmaşık sinerjinin (31) “toplum ve içindeki herkese” erişmek için gerekli olduğu düşünülmektedir (18).

Toplum programlarının üçüncü bir özelliği de hem bireysel hem de toplumsal düzeydeki kritik bir değişim süreci unsuruyla ilgilidir: katılım. Green ve Kreuter (18) tarafından tanımlandığı üzere hedef bireylerin; etik, pratik ve bilimsel etkenler yüzünden bütün planlı değişim süreçlerine aktif uyumu gereklidir. Bu durum, bir toplumda özellikle büyük ölçekli değişim hedefleri izlendiğinde gerekli hâle gelmektedir (18,22,31-33).

Pratikte toplumun organize edilmesi; vatandaşları, kurumları ve toplulukları sağlık eylemine doğru harekete geçirmek ve değişim koşullarını teşvik etmek için temel strateji olarak görülmektedir (25). Toplumun organize edilmesi hem tespit edilen sorun ve öngörülen çözümün yerel uygunluğunu sağlar hem de kısıtlı kaynakları genişleterek onların artmasına yardımcı olur. Dahası vatandaşların program etkinliklerine ilgi duymasını sağlar ve müdahalelerin sürdürülebilirliğini teşvik eder (29,34). Ayrıca toplumların sorun çözme becerilerini ve yerleşik insanların sağlık ve refahını tehdit eden sorunların ele alınması yetkinliğini artırır. Ancak şu ana kadarki en önemli sonucu, toplumda programa sahip çıkma hissinin gelişmesidir. Çoğu yazar için bu hedeflere ulaşmanın tek yolu; program planlama, uygulama ve değerlendirmesinin her aşamasında toplum aktörlerinin yüksek katılımını sağlamaktır (33). Böylelikle bu aktörler, süreç içinde üst düzey ortak olarak yer alabilir (35). Hatta bu durum, programa yönelik yetkinin dış ortaklardan komşulara ve toplumlara kaymasına kadar gidebilir (22).

Toplum programlarının dördüncü gerekli özelliği (uzun ömürlü olması) doğrudan ilk 3 özelliğinden kaynaklanmaktadır. Toplum aktörlerinin güveninin kazanılması, bu aktörlerin katılımının teşvik edilmesi ve programa dâhil olan bütün ortakları tatmin eden bir çalışma gündeminin oluşturulması zaman ve enerji alan bir süreçtir. Ayrıca çevresel özelliklerin hedeflenmesi, birçok adım gerektirir. Bu adımlardan

en önemlisi, önerilen değişimlere duyulan ihtiyaç ve bu değişimlerin uygunluğu konusunda nüfusun eğitilmesiyle ilgilidir (4).

Son olarak uzun ömürlü olmaları yüzünden ve özellikle de müdahale hedeflerinin karmaşık ve dinamik bir yapıya sahip olması nedeniyle toplum programları, esnek olmalıdır. Ayrıca toplum programları; değişen gerçeklerle uygun şekilde (22,31) ve pek çok ortak (bu ortaklar arasında komşular, toplum organizasyonları ve vatandaşlar kıdemli sayılır) içeren bir süreci hayata geçirecek şekilde uyarlanabilmelidir.

Toplum Sağlığının Geliştirilmesi Programlarındaki Temel Konular

Büyük ölçekli toplum programlarının temel özellikleri, bu programların değerlendirilmesiyle ortaya çıkan konularla nasıl ilişkilendirilir? Burada ele alınan konular 5 kategoride toplanmaktadır:

1. Değerlendirme sorularının tespit edilmesi,
2. Tasarıma karar verilmesi,
3. Sonuç değişkenlerinin seçilmesi ve değerlendirilmesi,
4. Verilerin analiz edilmesi,
5. Değerlendiricinin rolünün seçilmesi.

Konu 1. Değerlendirme Sorularının Tespit Edilmesi

Değerlendirme hedeflerinin tanımlanması, birbiriyle ilgili 2 sorun ortaya koymaktadır. Bunlardan birincisi, değerlendirme sorusu belirleme sürecini kolaylaştırmak amacıyla müdahaleye yönelik bir model belirlenmesinin önemliyle ilgilidir. Bu tip bir model kullanılması, aynı zamanda süreç ve sonuç değerlendirmeleriyle ilgili olan ikinci sorunun açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olur.

Uzlaşmalar/Çatışmalar

Değerlendirme sorusunun tanımlanması, değerlendiricinin öncelikler listesinin üst sıralarında yer almalıdır. Çoğu zaman soru, programın bireysel risk faktörleri veya nüfus sağlık göstergeleri üzerindeki etkileriyle ilgilidir. Örneğin, Stanford Beş-Şehir (Five-City) ve Minnesota ve Pawtucket'taki kalp sağlığı programlarının temel değerlendirme sorusu (11,13,36), bu programların hedef toplumda seçilen değiştirilebilir risk faktörlerine ait prevalansın düşmesine katkıda bulunup bulunmadığı idi. Sonuçla ilgili bu sorular, programı gözlemlenen bir etkiyle ilişkilendiren etkili mekanizmalara atıfta bulunarak veya bulunmayarak formüle edilebilir. Bu ilişkiler belirtilmediğinde genelde çalışmaya ilişki değerlendirmesi adı verilir (37):

Bu tip değerlendirmelerin özelliği, asıl odak noktasının program girdi ve çıktıları arasında genel bir ilişki olması ve aradaki dönüşüm süreçleriyle ilgilenilmemesidir. Bu tip basit girdi/çıktı veya ilişki değerlendirmeleri, bir programın başarılı olup olmadığı konusunda genel bir değerlendirme sağlayabilir. Ancak işlemin etkilerini yaratan esas nedensel mekanizmaları tespit edemez.

İlişki değerlendirmesi, program net bir şekilde tanımlandığı ve aynı program detaylı ve doğru şekilde anlatılabilen bir dizi operasyon içerdiği zaman iyi işlemektedir. Fakat toplum sağlığının geliştirilmesi programları, vatandaşların katılımına dayalı olduğu için bu tip bir standardizasyon bu programlar için çok pratik değildir (bk. Fasil 2 ve 4).

Bu girdi/çıktı sorularına ek olarak çoğu değerlendirme, toplum programlarındaki nedensel mekanizmaların öğelerini keşfetmeyi amaçlayan sorular içermektedir. Teoriye dayalı bu değerlendirmeler (37) programın beklenen sonucu nasıl yaratması gerektiğini tarif eden bir program teorisiyle başlar (38). Toplum programlarının değerlendirilmesinde program teorisi kullanımının artırılmasını savunan Weiss (39), değerlendirmeleri program teorisine dayandırmanın birçok amaca hizmet ettiğini ifade etmektedir: değerlendirmeyi kilit konulara odaklamak, çeşitli kaynaklardan alınan sonuçların kapsamlı bir çerçeve içerisinde toplanmasını kolaylaştırmak ve hem değerlendircilerin hem de uygulayıcıların varsayımlarını açığa kavuşturmalarına yardımcı olmak. Bu yüzden program teorisi, değerlendirmenin müdahale stratejileriyle koordine edilmesine yardımcı olmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi literatüründe, ÖNCESİ/SONRASI modeli (18); kavramsal bir model belirleyerek girdi, süreç ve sonuç ölçümlerini birleştiren benzer bir mantıkla işlemektedir. Modelin ÖNCESİ kısmı, bir dizi ara hedef belirleyerek uygulayıcıların program teorisi oluşturmaya yardımcı olurken SONRASI kısmı bu hedefleri, değerlendirme için mihenk taşları olarak kullanmaktadır.

Program teorisi, toplum sağlığının geliştirilmesine ait değerlendirmenin odaklanması için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Örneğin Pawtucket Kalp Sağlığı Programı, gönüllü kuruluşların toplum gelişimindeki rolünün altını çizmiştir (40). Henry J. Kaiser Aile Vakfı'na ait Toplum Sağlığını Geliştirme Hibe Programı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda bir veya daha fazla eylemi desteklemek üzere toplumdaki organizasyonlar arası iş birliğinin geliştirilmesinin önemi hakkında bir dizi hipotez geliştirmiştir (41). Gerçekten de toplum programlarının değerlendirilmesinde özel önemi olan konulara yönelik bir incelemede Koepsell ve ark. (42) programın nasıl çalışması gerektiğini gösteren bir model inşa edecek bir program teorisi oluşturmaya gerekliliğini savunmuştur. Bu tip bir model, araştırmacılar tarafından program uygulamasında kilit adımları belirlemek, değerlendirme, ölçüm ve veri toplama tasarımını yapmak ve tespitlerin anlamını netleştirmek için kullanılabilir.

Konuyla ilgili bir diğer konu, süreç değerlendirmesi mi yoksa sonuç değerlendirmesi mi yapılacağıdır. Yazarların bunlara karşı çıkma şekillerinden anlaşıldığı üzere genelde süreç değerlendirmesi daha kolay ve ucuz, sonuç değerlendirmesi ise daha bilimseldir (29,43). Sonuç olarak ortaya çıkan bulgulara göre; sonuç değerlendirmeleri bir programın etkili olup olmadığını göstermek için geniş kaynaklar kullandıktan sonra, sıradaki değerlendirmelerin görevi, etkinin meydana gelmesi için gerekli koşulların var olup olmadığını göstermektir. Bu görüşe en az 2 sebeple karşı çıkmaktadır.

İlk olarak programın planlama, uygulama ve değerlendirme fazlarına toplumun katılması başarı için gerekli bir koşul olarak görülmektedir (18,34,44). Bu yüzden toplumlardan kaynaklanmayan programların neticelerinden elde edilen sonuçların pek uygulanabilir olmadığı iddia edilmektedir (45). Bu bakımdan, seçili sağlık göstergeleri üzerinde önemli bir pozitif etki gösterilememesi [Minnesota (12) ve Pawtucket'taki kalp sağlığı programları (46) ve Sigarayı Bırakma Konusunda Topluluk Müdahale Çalışması'nda (Community Intervention Trial for Smoking Cessation COMMIT) (9) olduğu şekilde] toplumu her aşamada kıdemli ortak olarak dâhil edememe başarısızlığına bağlanabilir (35).

İkinci olarak karmaşık toplum programları genelde pek bilinmeyen dinamikleri izleyerek gelişmektedir (47). Bir toplum programı uygulandığı zaman o bağlama özgü olarak ortaya çıkan etkileşim, daha önce başka bir yerde tasarlanan veya denenenden farklı bir şey doğurur (48). Programlar, aynı planlama ilkelerini uyguladıklarında bile bu durum geçerli olmaktadır. Önceki çalışmalarda etkili olduğu kanıtlandı diye bir programın sonuç değerlendirmesinin yapılmasından vazgeçilmesi, zayıf bir mantıktır. Çünkü program, içinde bulunduğu bağlamla birlikte değişim gösterir (49).

Kural ve Tavsiyeler

Görünüşe göre çoğu yazar, bir programın nasıl çalıştığının anlaşılmasına katkıda bulunmanın sadece o programın çalışıp çalışmadığını belirlemekten çok daha önemli olduğunu konusunda hemfikirler (39,50,51). Altman (49); süreç, ara ve nihai etkiler ile sosyal uygunluk konularındaki değerlendirmelerin programın nasıl çalıştığının belirlenmesine yardımcı olduğunu öne sürmektedir. Bir program hakkında ilgili tüm sorulara tek bir araştırmanın yanıt veremeyeceğinin farkında olmak gerekir (52). Kapsamlı araştırma ajandaları oluşturmak için benzer programların farklı değerlendirmeleri koordine edilmelidir. Böylelikle her çalışma, program teorisinin geliştirilmesi ve test edilmesine katkıda bulunabilir.

Bu bakış açısı içerisinde, süreç değerlendirmesinin mi yoksa sonuç değerlendirmesinin mi vurgulanacağı asıl konu olmaktan çıkmaktadır. İdeal olarak değerlendirme ve müdahale ekipleri, programın planlama aşamalarının başında bir araya gelmeli ve programın modelini inşa etmek için bir müdahale teorisi üzerinde çalışmalıdır. Daha sonra eldeki kaynaklara, literatür incelemesinin akla getirdiği sorulara, ekiplerin kazanılmış haklarına ve ilgili diğer faktörlere dayalı olarak değerlendirmeler; bu modeli değerlendirme sorularını formüle etmek için kullanabilir. Fakat değerlendirmeler, süreç değerlendirme sorularının, toplumda yapılanlar konusunda yerel bilgi üretmeyi amaçladığını unutmamalıdır. Bu bilgi, genelde müdahale ekibinin programı toplumun ihtiyaçlarına göre şekillendirmesine imkân veren bir geri bildirim olarak işe yaramaktadır. Bu durum, sonuç üretilmesini daha olası hâle getirmektedir. Benzer şekilde sonuç değerlendirme soruları hem yerel hem de genelleştirilebilir bilgi üretmektedir (53).

Yerel olarak sonuç çıktıları bir program hakkında finansman kararı almak için kullanılabilir. Fakat değerlendirme sonuçlarının bu tip kararları etkileyen çoğu faktörden sadece biri olduğunu savunanlar da vardır (54,55). Sonuçlar, genelleştirilebilir bilgiler oldukları için toplum düzeyinde aktif olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi mekanizmalarının anlaşılmasını desteklemek üzere bir araya getirilebilir. Geçerlilik kazanması için bu bilginin farklı metodolojiler kullanan çeşitli değerlendirme çalışmaları tarafından tekrar edilmesi gerekmektedir (56). Bu yüzden mümkün olduğunca çok değerlendirmenin, değerlendirme hedefleri arasında bazı sonuç sorularına yer vermesi gerekmektedir. Bütün değerlendirmelerin sofistike ve karmaşık metodolojik özellikleri hayata geçirmesi gerekmez. Ancak üretilen her bilgi kısıntısı, tartışılabilirliği ve bilgi yığına eklenebileceği bir bilimsel dergiye bir şekilde girmelidir.

Konuyla ilgili bir diğer soru, değerlendirme sorularının nasıl belirlendiğiyle ilgilidir. Bu soruya basit bir yanıt vermek mümkün değildir. Patton (57), bütün programların paydaşlarının araştırma sorularının tespit edilmesi işine katılması gerektiğini savunmaktadır. Bu görüş ideal durumu yansıtmaya karşın Pirie (58), paydaşların bilgi ihtiyaçlarının farklı olduğu konusunda bir uyarıda bulunmaktadır. Etkinlik ve etkililikle ilgilenen kıdemli yöneticiler, süreci öğrenmek isteyen uygulayıcılar ve program değerlendirmesine katkıda bulunmak için genelleştirilebilecek bilgiler elde etmek isteyen akademik araştırmacılar arasında gerilim vardır.

Bir çeşit müşterek araştırmanın uygulanması, bu gerilimin azaltılmasına yardımcı olabilir (59). Katılımcı araştırma (*participatory research*) yaklaşımına göre, böyle bir projeye dâhil olan herkese; gündemin belirlenmesi, veri toplama ve analiz çalışmalarında yer alınması ve de sonuçların kullanımının kontrol edilmesi açısından görevler düşmektedir (60). Araştırmacı ile araştırma objesi arasında net bir ayrım yapmadığı için bu tip metodolojiler, pozitivist araştırmanın temellerini sorgulamaktadır (bk. Fasil 4). Katılımcı araştırma; değişim yaratıcı, etkileşimli ve bağlamsallaştırılmış bir bilgi oluşturma yaklaşımı geliştiren bir yol olarak araştırmaya kendini adanmaktadır (61). Katılımcı araştırmanın tüm ilkelerinin hayata geçirilmesi, çoğu akademik araştırmacı tarafından mümkün görülmesi de durum her zaman böyle olmayabilir. Green ve ark. (62) bu ilkelerin farklı uygulama düzeyleri olduğunu göstermiş ve bu soruları ele almaya yardımcı olması için kurallar önermiştir.

Konu 2. Tasarıma Kadar Verilmesi

İki temel tasarım konusu vardır: birincisi insanların kontrol grubuna veya müdahale grubuna tahsis edilmesi (ve sonuç olarak randomize tahsislerin uygunluğunun belirlenmesi) ve ikinci olarak bir veya daha çok kontrol topluluğunun müdahalesiz bırakılarak bütünlüğünün korunması.

Uzlaşmalar/Çatışmalar

Deneyssel/yarı deneyssel program değerlendirmesi geleneğinde, programların sonuçlarına yönelik nedensel çıkarımın geçerliliği, araştırmacının beklenen etkiyi

üreten programı öngören hipotez haricindeki olası rakip hipotezleri hükümsüz kılma becerisine dayanmaktadır (52). Bir kontrol grubu kullanılması, programa maruz kalan birimlerle maruz kalmayan birimler arasında kıyaslama yapılmasına imkân vermektedir. Bu tip kıyaslamalar, olgunlaşmayla veya tarihi olgularla ilgili hipotezlerin hükümsüz kılınması için faydalıdır (63). Örneğin, Kuzey Amerika ülkelerinde sigara kullanımı son yirmi beş yıldır düşüş göstermektedir (64,65). Bu yüzden bir programın etkili olduğuna hüküm verilebilmesi için o programın, sigara kullanımında uzun vadedeki eğilimden beklenen düşüşten daha fazla bir düşüşle ilintilendirilmesi gerekecektir. Kontrol grubunun programa maruz bırakılmadığı varsayılırsa kontrol grubu kullanılması, uzun vadedeki eğilimin doğal koşullar altında izlenmesine olanak verir. Buna ilaveten birimlerin program grubu veya kontrol grubuna randomize tahsisi, program uygulanmadan önce kıyaslanacak grupların denkliliğiyle ilgili birçok alternatif açıklamayı hükümsüz kılmak için basit bir yol sağlamaktadır (66).

Toplum sağlığının geliştirilmesi programları, toplumlarda uygulandığı için ve bu nedenle aynı toplumdaki bireyler farklı gruplara tahsis edilemediği için tahsis birimleri toplumun kendisi olmalıdır (42). Randomize tahsisin, grupları istatistiksel olarak denk kılma görevini görebilmesi için tek bir araştırmada çok sayıda birimin tahsis edilmesi ve kaydedilmesi gerekecektir. Bu, oldukça zor bir iştir. Bu grupların yarısının tüm araştırma dönemi boyunca herhangi bir iyileştirme almayacak olması bu zorluğu artırmaktadır. Yakın tarihli literatürde genelde toplulukların randomizasyonu sorunu ele alınmaktadır.

Bazı yazarlar, toplum programlarını konu alan araştırmalarda geçerli sonuçlar elde etmek açısından randomize tahsisin en az birey temelli programlarda olduğu kadar önemli olduğunu iddia etmektedir (51,67). Sorun, sadece yeterli sayıda topluluk üzerinde araştırma yapmak için yeterli finansmana sahip olmaktır. Örneğin COMMIT, yirmi iki insan topluluğunu randomize olarak kontrol ve deney gruplarına tahsis etmiştir (8). Başka yazarlar, randomize tahsisin toplum araştırmalarından geçerli nedensel çıkarımlar elde etme kapasitesini artırmakla birlikte mevcut topluluk sayısının az olmaya devam edebileceğini ifade etmektedir. Bu yüzden bloklama veya tabakalama gibi başka prosedürler birleştirilmediği takdirde randomizasyon tek başına grupların istatistiksel denkliliğini garanti edemez (42,68).

Toplum programlarının 2 özelliği, başka yazarların çok sayıdaki topluluğu bile randomize etmenin uygunluğunu sorgulamasına yol açmıştır. Birinci olarak toplum programları kendi dinamiklerini takip eder ve kendi spesifik bağlamlarıyla etkileşim içinde farklı şekilde gelişir. Sonuç olarak bütün deneysel toplumlarda uygulanabilecek standart programların oluşturulması neredeyse imkânsızdır (47). Deneysel koşullar üzerinde kontrol eksikliği yüzünden tabii ki yerel farklılıklar, farklı toplumlarda gözlemlenen sonuçlar üzerinde farklı etkilere sahip olacaktır. Bu durum, mevcut etkileri tespit edecek gücün eksik olmasına yol açacaktır (69,70). İkinci olarak programların uzun ömürlü olması ve programa maruz kalma ile olası

sonuçların alınması arasında uzun bir gecikmesi olması, grupların oluşumunda kontrol edilemeyen ve eşit olmayan değişimlere yol açmaktadır (47,71). Bu gecikme ne kadar uzun olursa dış olayların (programdan bağımsız olsun veya olmasın) gözlemlenen sonuçları etkileme olasılığı o kadar artar. Örneğin, hem toplum sağlığını geliştirme çevresi hem de grupların yapısı değişim gösterebilir. Aynı şekilde programın geliştiği bağlam üzerinde kontrol olmaması, araştırmanın teorik gücünün azalmasına yol açacaktır.

Araştırmacının, deney durumu üzerindeki kontrolü ne kadar fazla olursa bir müdahaleye veya programa atfedilebilecek etkileri tahmin edecek randomize kontrollü deney de o kadar etkili olur. Kontrol alanları arasında müdahalenin kendisi, müdahalenin sunulduğu bağlam ve bu müdahaleye maruz kalan denekler yer almaktadır. İnsan toplulukları gibi açık ve karmaşık sistemlerde bunlardan hiçbirisi kontrol edilemez. Müdahaleler, uygulama bağlamlarıyla ilişki içerisinde gelişir. Topluluktaki insanlar hareket halindedir ve bir müdahalenin çoğu bileşenine başka kanallar vasıtasıyla da ulaşılabilir. Bu yüzden sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarında toplumların randomize edilmesi, araştırılan ilişkiyi tam olarak izole edemez. Müdahale grubuna veya kontrol grubuna randomize tahsis etmek üzere çok sayıdaki topluluğu kaydetmek için yeterli finansman olsa bile bu tekniğin, araştırma kapsamındaki müdahale dışında tüm açılardan denk gruplar oluşturma konusundaki etkililiğinden şüphe etmek için geçerli nedenler vardır.

Toplumların randomize edilebilirliği dışında bir diğer önemli tasarım konusu da kontrol grubunun bütünlüğünün korunmasıdır. Kontrol toplumuna sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabasının bir parçası olarak bilerek yatırım yapılmadığı hallerde bile sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarına maruz bırakılan toplumlarda faaliyetlerin düzeyine paralel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir (51,72,73). Değerlendiriciler, kontrol toplumlarındaki bu tip ödünleyici davranışları engellemek için bir şey yapamaz (74). Yapabilecekleri tek şey, mümkün olduğunca az dikkat çeken yöntemlerle toplanan süreç verilerini kullanarak çeşitli kontrol toplumlarındaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetinin düzeyini yakından izlemektir. Büyük çaplı kalp sağlığı programlarından elde edilen verilere dayalı bir makalede Pirie ve ark. (75) süreç değerlendirmesine yönelik önemli konuları değerlendirmek üzere ölçü ve yöntemleri, ayrıntılı şekilde ele almıştır.

Kural ve Tavsiyeler

Toplum deneylerinin değerlendirilmesi, bilimsel kesinlik kavramını zora sokmaktadır. Başka ortamlarda etkili olan yöntemlerin uygulanmasının mümkün olacağı garanti edilse bile nedensel çıkarımın geçerliliği garanti edilemez. Toplumlar, sayısız iç ve dış etkiye açık, karmaşık sistemlerdir. Standardize, tekrar edilebilir ve biçimlendirilmiş prosedürlere dayalı geleneksel kesinlik kriterleri (76), toplum programlarının değerlendirilmesinde uygulanamaz. Bu durumda, karar sürecinin şeffaflığı (77) veya birçok metodolojik prosedürün kritik uygulanması (78) gibi başka kriterlerin göz önüne alınması gerekir.

Topluluk müdahalelerinin değerlendirilmesinde tasarım konuları, kritik önem arz etmektedir. Randomize tahsis ve kontrol grupları gibi geçerli metodolojik araçların kullanılmasının uygunluğu, her bir değerlendirmenin planlama aşamasında tartışılmalıdır. Bunların kullanılması, programların etkililiğine ait nedensel çıkarımların geçerliliğini garanti etmez. İzole unsurların sistematik manipülasyonu, John Stuart Mill'den (74) bu yana bilimsel bilginin altın kuralı olarak görülmüştür. Fakat artık tek kural bu değildir. Campbell (79), modern epistemolojiden kaynaklanan 4 ilkenin bilimsel süreci karakterize ettiği, post-pozitivist bir bilim teorisi ortaya koymaktadır:

1. Bilimde yargısal ve ihtiyari kararlar kaçınılmazdır,
2. Bilimsel faaliyetler, araştırmanın her yönünü kısmen şekillendiren geniş, paradigmatik bir çevre içerisinde gerçekleşir,
3. Bilimsel faaliyetler tarihsel olarak belirlenir. Yani sadece bilimsel faaliyeti epistemolojik, tarihsel, kültürel ve paradigmatik açıdan göreceli olarak nitelendiren mevcut bilgilerin üzerine inşa edilebilirler,
4. Bilim, sosyal bir süreçtir ve bilimsel yöntem, sosyal sistemin bir ürünüdür.

Bu ilkeler aşağıdakilerin kabul edilmesine öncülük etmektedir:

1. Hiçbir evrensel metodolojik formül, bütün durumlarda işler olamaz,
2. Bilimsel bilgi oluşturmak için kritik bakış açısı ve kanıtın çok olması gerekir,
3. Metodolojik konular hakkında karar alıcılıkta şeffaflık ve hesap verebilirlik, geçerliliğin gerekli bileşenleridir.

Toplum sağlığının geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesindeki gözlemsel yöntemlerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bir program uygulamasının sistematik gözleminden elde edilen derin ve detaylı bilgiler (çeşitli toplum alt sistemlerinin içerisinde beklenen etkilerin izlenmesiyle birlikte); toplum programlarının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından etkili stratejiler olup olmadığının ve nasıl etkili olduklarının anlaşılması için faydalı olabilir. Bu yüzden toplum programlarını değerlendirenler; programların süreçleri, uygulanması veya sonuçları hakkındaki sorularına yanıt bulmak için yeni yollar bulmaya davet edilmektedir. Fakat değerlendiriciler:

1. Kendi değerlerinin net olmasına özel dikkat göstererek aldıkları kararların gerekçelerini belgelendirmeli,
2. Hiçbirinin önyargıdan uzak olmadığını kabul ederek çoklu araştırma stratejileri uygulamaya çalışmalı,
3. Mevcut bilgileri kullanarak ve vardıkları neticenin diğer pek çok olası sonuçtan sadece biri olduğunu kabul ederek sonuçları kritik şekilde yorumlamalı,
4. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreçlerinin yaygın şekilde anlaşılmasına katkıda bulunmak üzere sonuçları bilim toplumuyla paylaşmalıdır.

Topluluk deneylerinin değerlendirilmesi için sihirli bir formül olmadığının fark edilmesi çok önemlidir. Değerlendiriciler, tasarım konularıyla ayrı ayrı ilgilenmeli ve prosedürleri, katılan toplulukların niteliklerinin detaylı şekilde incelenmesi bazında ve değerlendirme sorularıyla ilişki içerisinde seçmelidir.

Konu 3. Ne Ölçülmelidir ve Nasıl Ölçülmelidir?

Toplum deneylerinde ölçümle ilgili 2 konu vardır. Bu konular, programın çeşitli bileşenlerini değerlendirmek için gereken gösterge türleriyle ve ara ve nihai sonuçları değerlendirecek en iyi araştırma tasarımıyla (bir vatandaş grubunun izlenmesi ile bir dizi bağımsız kesitsel anket çalışması gerçekleştirilmesi arasında bir seçim) ilgilidir.

Uzlaşmalar/Çatışmalar

Toplum düzeyinde sonuç göstergeleri sorunu, müdahale modelinin geliştirilmesiyle yakından ilintilidir. Esasen müdahale modelinin geliştirilmesiyle programı tetikleyecek etkili mekanizmalar elde edilirse değerlendirici için değerlendirme tasarımına çeşitli gösterge türlerini dâhil etmek daha kolay olur. Best ve ark. (80) ve Hollister ve Hill (81); sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının değerlendirmesi için sonuç ve süreç ölçütleri seçiminin, farklı programların faaliyetlerinin hedeflediği sistemlerle paralel olması gerektiğini savunmaktadır. Değerlendirme göstergelerinin, sağlık veya sağlık davranışına ilişkin bireysel sonuç göstergeleriyle sınırlandırılması değerlendiricinin etkili program yolunu anlamasını tehlikeye atar. Toplum programlarının, sağlığın çevresel ve toplumsal belirleyicilerini değiştirme olasılığı olduğu için sistem düzeyindeki göstergeler, önemli sonuç ve süreç değişkenleri olmaktadır.

Cheadle ve ark. (82) toplum düzeyindeki ölçütleri “bireyler yerine toplumun tamamını karakterize etmek için kullanılan tüm yaklaşımlar” olarak tanımlamaktadır. Cheadle ve ark. toplum düzeyindeki göstergeleri 3 kategoriye ayırmaktadır: bireysel-bölünmüş, bireysel-toplu ve çevresel. İlk kategori, coğrafi sınırlar içerisindeki bireylerin gözlemlerine dayanmaktadır. Bu göstergeler, toplum sağlığının geliştirilmesi programlarına yönelik çoğu değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır. İkinci kategoride bireysel veriler, oranları elde etmek için kümelenmiştir ve geri kazanılamaz. Üçüncü kategori, toplum süreçlerinin veya çevrelerin gözlenmesine dayalıdır. Yazarlar, önemli ara faktörleri değerlendirmek için faydalı olma potansiyeli taşımalarına karşın sistem düzeyindeki göstergelerin bilim toplumundan hiç ilgi görmediğini bildirmiştir (42). Bu tarz çok az gösterge geliştirilmiştir ve güvenilirlik ve geçerliklerini değerlendirmek üzere çok azı hakkında araştırma yapılmıştır.

Buna karşın sistem düzeyindeki değişkenlere ait bazı örnekler mevcuttur. Wickiser ve ark. (83) ile Cohen ve ark. (84); toplum programlarının, bireysel düzeyde değişiklik yaratmak için öncelikle toplumları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile sağlık konuları yönünde harekete geçirmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu yazarlar, katılımcı toplumlarda çeşitli kuruluşlardaki temel bilgi kaynaklarına dayalı olarak

farklı toplum aktivasyonu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyeti düzeyleri için  l    ter geliştirmiştir. Cheadle ve ark (85) ise süpermarketlerde belli ürünlere ( zellikle az yağlı s  t ürünlerine) ayrılan raf alanını temel alarak toplumun yağ tüketimi için bir gösterge geliştirmiştir.

 l   mle ilgili ikinci önemli konu, sağlıkla ilintili ve risk faktörü sonuç değişkenlerini değerlendirecek çalışmalarının tasarımıdır. Kontrol toplumlarıyla ve sonuç değişkenlerinin tanımlanmasıyla ilgili sorunlardan bağımsız olarak başlangıçta bir grup oluşturulmalıdır. Aynı zamanda bu deneklerin nihai *post-teste ( alışma sonrası test)* kadar takip mi edileceğine yoksa bir dizi bağımsız kesitsel çalışma mı gerçekleştirileceğine karar verilmelidir. Toplum sağlığı programlarını değerlendirmek için her 2 tasarım da kullanılmıştır. North Karelia Projesi ve Stanford Three-Community (   Topluluk) ve Heartbeat Wales programlarında kesitsel çalışmalar kullanılmıştır (86-88). Stanford Five-City ve Minnesota ve Pawtucket'taki kalp sağlığı programları, grup ve kesitsel örneklem tasarımları kullanmıştır (11, 13, 36).

Epidemiyolojik literatür; deneklerin hem başlangıçta hem sonrasında değerlendirildiği bir veya daha fazla post-test kullanan bir grup tasarımının, teoride bağımsız kesitsel örneklerle kıyasla değişimle ilgili daha az standart tahmin hatasına yol açtığını göstermektedir. Bir grupta yer alan denekler, kendi kendilerinin kontrolüdür. Bu yüzden değişim tahmininin değişkenliği daha büyük bir kesinlik derecesiyle hesaplanabilir. Buna ilaveten artırımlı yıpranma ve deneklerin takip edilememesi, grup örneklem tasarımlarının yanlılık açısından çok daha hassas olmasına yok açar. Bu yüzden genelde bu tasarımlar, yanlı tahminler üretmektedir.

Bazı yazarlar, toplum deneylerinde kullanılacak en iyi tasarım konusunu gündeme getirmiştir. Koepsell ve ark. (42), araştırmaya alım aşamasındaki kendi kendine seçimin (self-selection), kesitsel tasarımlar ve grup tasarımlarında endişe yarattığını belirtmiş ve grup tasarımlarının yıpranma, test, olgunlaşma ve tarih önyargılarına karşı daha hassas olduğunu ifade etmiştir. Feldman ve McKinlay (89) her 2 tasarımın avantajlarını ve dezavantajlarını incelemektedir. Tahsis (toplum) birimlerinin nispeten küçük olduğu durumlarda gruplar tercih edilir. Çünkü bağımsız, birbiriyle örtüşmeyen, ardışık örnekler elde etmek çok zordur. Tahsis birimlerindeki nüfusun çalışma süresi boyunca nispeten sabit kalması bekleniyorsa grup örneklemine temsilci olmaya devam edeceği varsayılabilir. Buna karşın i  ve dış g   n yüksek olmasının beklendiği durumlarda bu durum geçerli değildir. Mesela kısa bir müdahale aralığı grupların lehinedir. Çünkü tahsis birimlerinin sabit kalma olasılığı daha yüksektir.  l   m n sonraki davranışları etkilemesinin beklendiği durumlarda değerlendiriciler, kesitsel tasarımı tercih etmelidir. Son olarak grup örnekleminde, maruz kalma derecesini kontrol etmek çok daha kolaydır.

Bu durum; grup tasarımı kullanımından elde edilecek kesinlik kazanımının, önyargılara daha yatkın olunmasına denk geleceğini göstermektedir. Bu önyargıların olasılığını düşük tutmak için bir grup tasarımının, kesitsel çalışmalarda gerekli

olmayan 2 faaliyete ihtiyacı vardır: birincisi, yıpranmayı dengelemek için başlangıçta yüksek seviyede örnekleme ve ikincisi, grup üyelerini takip etmek için girişken bir strateji. Bu nedenle Feldman ve McKinlay'in (89) belirttiği üzere asıl sorun, grup tasarımının kesitsel tasarımdan daha maliyet etkin olduğu deneysel koşulları tespit etmektedir. Bu yazarlara göre herhangi bir yanlılık olmasa bile araştırma bağlamının 3 özelliği, bir grup tasarımıyla ilgili nispi etkinlikteki teorik kazanıma karşı çalışmaktadır. Kesinlikteki kazanım, ancak bağımlı değişkenin zaman içindeki otomatik korelasyonu (auto-correlation) çok yüksek olduğu zaman fazladır. Tahsis birimleri (kümeler) büyük olduğunda ve küme ile ölçüm değişkenleri çok fazla olduğunda kazanım azalır.

Kendi araştırmalarıyla ilgili grafik çizimler ve gerçek veriler kullanan Diehr ve ark (90), toplumdaki nüfus sabit değilse başlangıç aşamasında toplanan bir grup örnekleminin nüfusun diğer kısımlarını temsil etmediğini ikna edici bir şekilde savunmaktadır. Bu diğer kısımlar, iç ve dış göçmenler ve de grubun parçası olmayan "kalıcı" (stayer: topluluktan ayrılmayan insanlar) denen insanlardır. Söz konusu yazarların basit varsayımlar kapsamında çıkardıkları sonuçlar şunları göstermektedir:

1. Değişimle ilgili grup tahmini, kesitsel tahmine kıyasla daha yüksek bir yanlılığa sahiptir,
2. Kontrol toplumlarında ve deneysel toplumlarda yanlılığın eşit olduğu görülmektedir,
3. Büyük toplumlardan elde edilen büyük örneklemlerde kesitsel veriler, tarafsız kalırken daha az değişken hâle gelir.

Söz konusu yazarlar kesitsel örneklemelerin kullanılması gerektiğini ve sadece kalıcıları temsil eden örneklem kısımları hakkında analiz yapılmasını tavsiye etmektedir. Bunun için post-test sırasında artık toplumda yaşamayan yanıtlayıcıların (araştırma esnasında gidenlerin) başlangıç verilerinden çıkarılması ve potansiyel post-test yanıtlayıcılarının da başlangıçta toplumda yaşadıklarından emin olmak için taranması gerekir.

Kural ve Tavsiyeler

Ölçüm meselelerini konu edinen rehberlerin, çalışmanın bağlamı ve müdahale modeliyle ilgili olması gerekmektedir. Müdahale ekibinin kendi programlarını ve insanların bu programa gösterdikleri reaksiyonları daha iyi anlamasına yardımcı olacağı için ve ayrıca göstergeler yeni bilgi ortaya çıkaracağı için bu göstergeler, modeldeki ilgi alanlarına denk gelecek şekilde seçilmelidir. Değerlendiriciler, çalışmalarında çevresel süreç göstergeleri kullanmaktan çekinmemelidir. Farklı düzeylerde sayısız sağlık belirleyicisi vardır ve değerlendirmeler çevreyle ilgili sağlık modelleri kullanmalıdır (91). Literatürdeki çevresel göstergelerin, özellikle de geçerli göstergelerin azlığı yüzünden, değerlendiricilerin yaratıcı olması gerekecektir. Bu alanda daha fazla gelişimsel araştırmaya ihtiyaç vardır.

Grup tasarımı ve kesitsel örneklem tasarımı arasında seçim yaparken bu seçim, değerlendirme sorularının özellikleri ve programın nitelikleriyle ilişkili, ayrıntılı bir toplum analizine dayandırılmalıdır. Yakın olmayan sonuçlar çıkması riski olsa bile değerlendirmeler, tek bir değerlendirme içerisinde her 2 araştırma türünü kullanmayı düşünebilir. Örneğin Minnesota Kalp Sağlığı Programı'nda grup verilerinden elde edilen sonuçlar, kesitsel verilerden elde edilen sonuçlara denk gelmemektedir (12). Çünkü örneklem tasarımları, farklı araştırma sorularına yanıt verilmesine yardımcı olmaktadır. Hedef davranıştaki değişikliklerle ilgili bireysel ve çevresel değişkenlerin belirlenmesi için grup tasarımı faydalı olur. Bireysel düzeydeki değişim süreci hakkında geçerli sonuçlara ulaşılabilir. Ancak genelleştirme problemleriyle karşılaşılabilir. Mesela bir grupta hayatta kalanlar, programa maruz kalan tüm nüfusu temsil etmiyor olabilir. Diğer yandan kesitsel tasarımlar, uzun soluklu eğilimler için daha iyi kontrol yapılmasına imkân tanır.

Konu 4. Verilerin Analiz Edilmesi

Toplum deneylerine ait verilerin analiz edilmesiyle ilgili önem arz eden konu, uygun analiz seviyesinin kullanılmasıdır. Çünkü müdahale ve kontrol gruplarını oluşturanlar bireyler değil toplumlardır.

Uzlaşmalar/Çatışmalar

Deneysel çalışmalardaki esas ilkelerden biri, basit bir sloganla anlatılmaktadır: “Randomize ettiğiniz gibi analiz edin.” Diğer bir deyişle örneklem birimleri ile analiz birimleri aynı olmalıdır. Cornfield (92); grupları farklı işlemlere tahsis edip daha sonra daha küçük bir küme alt setinde kaynaklarına bakmaksızın bireysel düzeydeki verileri analiz etmenin, analizin gücünü gereğinden fazla şişirerek standart tahmin hatasında bir yanlışlığa yol açtığını açıklamıştır. Kümelenmiş gözlemlerin, lineer (doğrusal) modele dayalı çoğu analitik prosedürün altında yatan gözlem bağımsızlığı varsayımını ihlal ettiği belgelendirilmiştir. Özetle toplum içerisindeki gözlem tutarsızlığı, topluluklar arasındakinden daha azdır. Çünkü çeşitli nedenlerden dolayı aynı gruba ait insanlar, farklı gruplara ait insanlara kıyasla birbirine daha çok benzemektedir (93). Bu durum, araştırma kapsamındaki parametrelere ait standart tahmin hatasına dâhil edilmesi gereken gözlemler arasında bir sınıf içi korelasyona yol açar (94). Nokta tahmini tarafsızdır ama sıfır hipotezini yanlışlıkla reddetme olasılığı şişmektedir. Bu *şişme faktörü* (*inflation factor*), kümeler arasındaki sınıf içi korelasyondaki artışla birlikte artar. Bu yanlışlığı engellemek için Murray “toplum deneylerinin, tahsis birimi düzeyinde hesaplanmış standart hatalar kullanılarak değerlendirilmesi gerektiğini” öne sürmektedir (95).

Yakın tarihte “hiyerarşik lineer modeller (hierarchical linear models)” adı verilen özel bir uygulama (97) ile çok katmanlı analiz modelleri (multilevel models of analysis) genel başlığı (96) kapsamında bu problemi ele almak üzere uygun bir analitik strateji geliştirilmiştir. Bu strateji, Henry J. Kaiser Vakfı'na ait Toplum Sağlığının Geliştirilmesi Hibe Programı'nı (98) değerlendirmek için kullanılmıştır. Modeller, hiyerarşik bir şekilde düzenlenmiş farklı düzeylerde değişkenler içeren

ve modelin sahip olduğu düzey sayısı kadar model tanımlama aşamaları ihtiva eden regresyon denklemlerinden oluşmaktadır. Genelde toplum deneylerinde en az 2 değişken düzeyi vardır: ilki bireylerin risk faktörlerini veya diğer özellikleri kapsayan bireysel düzeydeki değişkenler ve ikincisi toplum niteliklerini bir bütün olarak tanımlayan toplum düzeyindeki değişkenler. En basit şekliyle topluluk düzeyindeki değişkenler, toplulukları birbirinden ayırt eden göstergelerdir (99). İlk düzeyde regresyon denklemleri; sonuç değişkenlerini, bireysel düzeydeki bir dizi kestiricinin bir işlevi olarak tanımlar. Bunun sonucunda her bir grup için bir dizi regresyon parametresi söz konusu olur. İkinci düzeyde bu regresyon parametreleri, toplum düzeyindeki değişkenler tarafından kestirilecek sonuç değişkenleri hâline gelir. Bu 2 düzeyli model, bireysel düzeydeki bütün değişkenlerin topluluk düzeyindeki her bir kestiricinin bir işlevi olarak tanımlanmasına ve bir randomize değişim bileşenine sahip olmasına imkân tanımaktadır.

Donner ve ark. (94), toplum deneylerinin analiziyle ilgili güç ve örneklem boyutu konularını ele almaktadır. Bu deneylerin en az 2 örneklem ünitesi vardır: toplumlar ve toplumlardaki bireyler. Belli bir eşiğe ulaşıldıktan sonra her bir toplumda örneklenen bireylerin sayısının artırılmasının, analizin gücü üzerinde sınırlı bir etkisi olacaktır (95). Esasen gücü etkileyen en önemli faktörler, çalışmanın farklı kollarına tahsis edilen toplumların sayısı ve sınıf içi korelasyonların büyüklüğüdür. Korelasyonlar ne kadar yüksek olursa toplumların sayısının etkisi de o kadar önemli olur.

Kural ve Tavsiyeler

Daha önceden belirtildiği gibi toplum programları karmaşık oluşumlardır. Bu durum, programların değerlendirilmesi karmaşık sorular doğurmaktadır. Bu soruların çoğu hâlen tatmin edici yanıtlar bulmayı beklemektedir. Ancak karmaşık olmalarına karşın analizle ilgili sorular muhtemelen daha dikkatli bir şekilde araştırılmaktadır. Bu sorular, net şekilde belirlenmiş ve sonuçlar üzerindeki etkileri belgelendirilmiştir. Bu soruları çözmek için bilinen istatistiksel prosedür ve modeller kullanılabilir. En büyük zorluk, uygun analizleri yapabilecek kadar sofistike istatistik bilgisine sahip insanlar bulmaktır.

Programın planlama aşamasının daha hemen başında bu tip doğru insanların değerlendirmeye dâhil edilmesini kuvvetle tavsiye etmekteyiz. Baştan itibaren tahmin edilen prosedürleri uygulamak daha kolaydır. Değerlendirme ekibine istatistiksel teoriler konusunda eğitilmiş insanların erkenden dâhil edilmesinin 2 avantajı vardır. Bu insanlar hem analitik sorunları önceden görebilir (ve çözümleri toplama prosedürlerinin içine inşa edebilir) hem de veri toplama prosedürlerinde aktif rol oynayarak iyi verilerin maliyetini öğrenebilir. Kayıp değerler, eksik anketler, gönüllü katılımcılar, dengesiz tasarımlar ve anormal dağılımlar gibi tehlikelerin hepsi değerlendirme programlarının ve özellikle de toplum programlarının bir parçasıdır.

Konu 5. Değerlendiricinin Programla İlgili Rolünün Seçilmesi

Bu fasıl, toplum programlarını değerlendirmenin zorluklarıyla ilgili ayrıntılı veri

sağlamıştır. Bu programların karmaşıklığı ve boyutu; değerlendircileri titizlik kriterlerini yeniden tanımlamaya, metodolojilerini yaratıcı şekilde birleştirmeye, yeni araçlar ve analitik yaklaşımlar geliştirmeye ve program teorisinin daha da geliştirilmesine katılmaya zorlamaktadır. Buna ilaveten toplum programlarının değerlendirilmesi pratik bir çabadır. Yani bir değerlendirici, program geliştirildikçe ve uygulandıkça bu programla bir ilişki geliştirmelidir. Bu ilişki; programa, değerlendircinin becerilerine ve program personelinin beklentilerine bağlı olarak çeşitli şekillerde olabilir. Bu ilişkinin yapısı ve kuralları, sürecin başlarında açıklığa kavuşturulmalıdır.

Uzlaşmalar/Çatışmalar

Program değerlendirmeleri haricî veya dâhilî (iç değerlendirme veya dış değerlendirme) olabilir (bk. Fasıl 4). Dış değerlendirmeler, programın sunumunda yer almayan biri tarafından gerçekleştirilir ve özetleyici değerlendirme veya sonuç değerlendirmesiyle ilgili olabilir. İç değerlendirmeler ise projeye katılan personel veya diğer kişilerce gerçekleştirilir (100). Sonuç değerlendirmesinin dış değerlendiriciyle ilişkisi (dış değerlendirmelerin daha güvenilir sonuçlar verdiğini inancı yüzünden) sorgulanmıştır. Diğer taraftan Campbell (79); bilimsel raporların güvenilirliğinin, araştırmacının çalışma kapsamındaki hipoteze tarafsız olmasından kaynaklanmadığını savunmaktadır. Bu süreçte geçerlilik, sonuçların başka araştırmacılar tarafından tekrarlanmasından kaynaklanmakta ve araştırmacıları kendi sonuçları konusunda eleştirel olmaya yöneltmektedir. Diğer taraftan asıl değerlendirme uygulamasını inceleyen Mathison (101), dış değerlendirmelerden daha nadir olmakla birlikte iç değerlendirmelerin güvenilirlikten yoksun olmadığı sonucuna varmaktadır.

Ayrıca sağlık literatürü, iç ve dış değerlendirme arasında bir ayrım yapmakta ama bunu farklı formüle etmektedir. Klinik araştırma yapımına yönelik çift kör (double-blind) standart (102), değerlendirme kaynaklarının mümkün olduğunca müdahaleden ayrılmasını öngörmektedir. Şaşırtıcı şekilde toplum sağlığını geliştirme programları hakkındaki literatür, programların müdahaleleri ve değerlendirme bileşenleri arasında olması gereken ilişkiler ve koordinasyon özellikleri hakkında herhangi bir şey söylememektedir. Mittelmark (35) toplum çalışmalarında akademik araştırmacılar ile vatandaşlar arasındaki olası ilişki türlerini tanımlayarak bu konuları ele almaya en çok yaklaşan kişidir. Akademik araştırmacıların müdahale ve değerlendirme bileşenlerini yönettiği Minnesota Kalp Sağlığı Programı için Mittelmark'ın belirttiği üzere, değerlendircilerin toplum programının müdahalesiyle olan ilişkisi hakkında yorum yapmak zordur.

Değerlendirme literatüründeki en son eğilim, değerlendircileri genel olarak programın çeşitli paydaşlarıyla mümkün olduğunca yakın çalışmaya (57) ve müdahale ekibiyle daha da yakın çalışmaya (103) cesaretlendirme yönündedir. Patton (57), değerlendirme yapılırken müdahale ve değerlendirme arası maksimum iş birliğinin 4 adımda teşkil edilmesini öngörmektedir:

Değerlendirme odağının oluşturulması ve soruların formüle edilmesi,

1. Tasarım ve ölçüm opsiyonları hakkında kararlar alınması,
2. Ölçüm araçlarının ve veri toplama planının gözden geçirilmesi,
3. Analizlerin sonuçlarının yorumlanması.

Daha yakın bir tarihte ise katılımcı araştırma ilkelerine ve Cronbach'ın "Değerlendirici bir eğitimcidir; onun başarısı, başkalarının ne öğrendiği işe ölçülmelidir." iddiasına (104), dayanarak Fawcett ve ark. (105); toplum programlarına dair değerlendirmelerin bir güçlendirme girişimi olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre akademik değerlendiriciler, bir dizi "ilgili etkinleştirici faaliyet" vasıtasıyla değerlendirmenin farklı bileşenlerinde topluma yardımcı olan bir destek ekibi görevi görmektedir. Bilgi sağlamanın yanı sıra güçlendirme değerlendirmesi; (destek ekibi toplumun ihtiyaçlarına yanıt verdiği için) müşterek, (başlangıçtaki planlama, değerlendirmenin sistemi geri beslediği bilgiye tepki olarak gelişmeye açık olduğu için) etkileşimli ve (değerlendirmenin bir döngüsünün tamamlanmasındaki başarı, diğer döngünün başlatılmasına katkıda bulunduğu için) döngülü bir kapasite oluşturma sürecidir.

Kural ve Tavsiyeler

Değerlendiriciler, birçok farklı rol üstlenebilir. Geçmişlerine ve epistemolojik inançlarına dayalı olarak değerlendiriciler, kendilerini programlarla göre farklı şekillerde konumlandırır. Pozitivist değerlendiriciler, kendilerini mümkün olduğunca uzakta tutma eğilimindedir. Bu değerlendiriciler, müdahale bileşeniyle az ve araçsal temas kurar. Yelpazenin diğer ucunda bulunan yapılandırmacı ve eleştirel değerlendiriciler ise programı içeriden anlamaya çalışır. Bunlar, müdahale ile yakın ve sık temasta bulunur. Genelde müdahalenin değiştirilmesine katılır ve müdahil diğer herkes gibi programla olan deneyimleri tarafından değiştirilmeye hazırdır (103). İlke olarak değerlendiriciler ve programlar arasında böylesi bir ilişki yelpazesinin, program değerlendirmesinde bulunabileceği konusunda hemfikiriz. Fakat toplum programlarının özelliklerinin, geçerli değerlendirme sonuçları üretmek ve programların sürdürülebilirliğine katkıda bulunmak üzere, bir değerlendiricinin toplumla kurabileceği ilişki türlerini kısıtladığını ileri sürmekteyiz.

Brown (31); geleneksel metodolojik ihtisasın yanı sıra, toplum programlarında çalışırken değerlendiricilerin üstlendiği yeni rollerin çoğunun, faaliyet ve değerlendirici arasında bir köprü kurmaya yaradığını öne sürmektedir. Değerlendiriciler, katılım stratejileri geliştirmektedir. Brown, bu tarz bir yaklaşım benimsenmesi için 4 neden ortaya koymaktadır:

1. Bilgi gelişimi sürecini gizemli noktalardan arındırmak ve demokratikleştirmek,
2. Değerlendirmenin, programın ayrılmaz bir parçası olarak konumlanmasına yardımcı olmak,
3. Toplumun anlayışını, paydaşların katılımını ve sonuçların kullanımını artırmak,

4. Değerlendiriciye katılımcılarla ilgili bağlamsal bilgilerini vermek ve böylelikle sonuçların ilgililiğini artırmak.

Biz bunlara beşinci bir neden ekliyoruz: Sonuçların geçerliliğini garanti etmek. Toplum programlarının değerlendirilmesi, program personelinin yerel kuruluşlara ve bireysel anket katılımcılarına kadar toplumdaki pek çok aktörün katılımına dayanmaktadır. Geçerli sonuçlar elde etmek için geniş katılım sağlanması gereklidir. Fakat programa dâhil olan herkesin değerlendirme bileşenine değer vermemesi hâlinde bu katılım sağlanamaz.

Toplum programlarının değerlendirilmesine ait 5 alanla ilgili konuları ele aldığımız bu çalışma; değerlendircilerin metodolojik ihtisas sunmaları, katılımı harekete geçirmeleri, değerlendirme sorularının belirlenmesi için müzakerelere liderlik etmeleri, (toplumların üretilen bilgileri kullanabilmeleri için) uzmanlıklarının bir kısmını aktarmaları ve toplumların kendi gündemlerini geliştirmelerine yardımcı olmaları gerektiğini göstermektedir. Brown'a (31) göre değerlendiriciler pedagojik ve politik beceriler geliştirmeli ve paydaşların ilgi ve güvenini kazanma becerisi edinmelidir. Biz bu listeye müzakere becerilerini de ekliyoruz. Sürdürülebilir ve etkili bir toplum programı uygulama hedefine ulaşmak için değerlendirme ve müdahale bileşenleri ile toplumun kendisini içeren sürekli ve açık müzakereler olması gerekmektedir. Bu sürecin başarısı, esasen herkesin katkısının gerekli olduğunun bütün taraflarca anlaşılmasına dayanmaktadır. Bu da ancak ortaklığın bütün üyeleri eşit olduğunda ve programın başarısı için eşit sorumluluk aldığında gerçekleşebilir.

Titizliğin Yeniden Tanımlanması

Toplum sağlığının geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesi, bilim dünyası için zorlayıcı meseleler ortaya koymaktadır. Toplum programlarına yönelik olarak yapılan değerlendirmeler, bilim adamlarının önemli kardiyovasküler risk faktörlerindeki uzun süreli eğilimleri anlamasına yardımcı olan bir veri zenginliği yaratmış olmasına karşın (106), bu tip çalışmalar hâlâ bilim adamlarının bilimsel öğretiyi toplum çalışmaları gibi durumlara uyarlama becerisini aşan zorluklar ortaya koymaktadır. Araştırmacılar pozitif sonuçları gösterebildiğinde bu sonuçlar ikna edici değildir. Bu sonuçlar genelde uzun süreli eğilimlerde rastgele bir değişim gösterir (106). Belki de sorun öğretilerdir. Deneysel veya yarı deneysel yöntemler kullanan toplum çalışmalarının pozitif sonuçlardan yoksun olduğunu ifade eden Susser (14) şöyle demektedir:

Çalışmalar, araştırmacıların sormak ve yanıt bulmak istediği soruların en doğru yansımaları sağlamayabilir. Fakat epidemiyologların, klinik bilimcilerin ve dergilerin randomize kontrollü deneylere olan inancı o kadar sağlamdır ki bu inanç din gibi olmasa bile benimsenmiş bir slogan olarak tanımlanabilir. Özgürlük gibi bilim de dogma yüzünden can verir ve bilimin can damarı devrimdir. Daha kapsamlı ve karmaşık bir bakış açısına ihtiyacımız var. ... Gözlemsel çalışmalar,

en az kontrollü deneyler kadar gerekli ve geçerli olduğu için epidemiyolojik silahlanmada yer sahibidir. Titizlik hiyerarşisinde ikinci sırada olsalar da pratiklik ve genelleştirilebilirlik açısından ikinci sırada kalmazlar. Hatta tam tersi. Deney yapılması mümkün olsa bile gözlemsel çalışmalar randomize deneylerden daha çok gerçeği ortaya çıkarabilir. Epidemiyolojinin de içinde yer aldığı nüfus bilimlerinde genelleştirilebilirlik için dünyaya olduğu şekliyle derinlemesine nüfuz edilmesi (genelde kaçınılmaz olarak titizliğin yitirilmesi) gerekir.

Bu nedenle bilim adamları, “hangi toplum yaklaşımlarının ne tür etkileri olduğuna” dair bilgilerini artırmak için her fırsatı memnuniyetle karşılamalıdır (107). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreçleri hakkında bilgi edinmek için benzersiz fırsatlar ortaya koydukları için toplum programları, her zaman herhangi bir tür değerlendirme çabasıyla eşleştirilmelidir. Bu çalışmaların kapsamı ve büyüklüğündeki farklılıklar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının bilimsel bir araştırma alanı olarak ne kadar sağlıklı ve üretken olduğunun bir göstergesi olacaktır. Bu yüzden araştırmacılar, hiçbir çalışmanın tek başına bilimsel sorulara kesin bir yanıt veremeyeceğini unutmamalı ve bu yüzden değerlendirme çalışmalarının sonuçlarının önemi bakımından daha mütevazı hedefler ve gerçekçi beklentiler belirlemelidir. Aynı zamanda araştırmacılar ve halk sağlığı çalışanları, az bilginin her zaman için hiç yoktan iyi olduğunu kabul etmeli ve kıt kaynaklar kullanan çok küçük araştırmaların bile önemli bir bilgi katkısı sağlama potansiyeli olduğunun farkında olmalıdır.

Tavsiyeler ve Sonuç

Titizliği; herhangi bir metodolojik formülün körlemesine uygulanmasından ziyade gözlemci ile ampirik dünya arasındaki ilişkinin sistematik, şeffaf ve kritik bir değerlendirmesi olarak tanımlıyoruz. Toplum programlarının değerlendirilmesi için gözlemsel yöntemlerin daha fazla kullanılmasını teşvik konusunda Susser’e aynen katılıyoruz. Bu fasılda ele alınan konular, toplum programları değerlendirmelerine yönelik hem gözlemsel hem de yönlendirmeli (manipulative) yaklaşımların planlanması için faydalıdır. Bu tip değerlendirmeleri gerçekleştirmek için gereken beceri ve uzmanlık düzeyinin, değerlendirme sorularının kapsamına göre değişim gösterebileceğine kuvvetle inanıyoruz. Fakat değişmeyen tek bir şey vardır. O da araştırmacıların sonuçları karşısında benimseyecekleri eleştirel bakış açısıdır. Çalışma kapsamındaki olgular, kolay çözülemeyecek kadar karmaşıktır ve en büyük öncelik yaratıcılık olmalıdır. Yukarıdaki analizin ışığında, toplum sağlığının geliştirilmesi programlarına yönelik kalite değerlendirmelerin geliştirilebilmesi için 5 tavsiyemiz olacaktır.

Birinci olarak toplum sağlığının geliştirilmesi programları hazırlandığında ve uygulandığında her seferinde değerlendirme çabaları teşvik edilmelidir. Değerlendirmeler, karmaşık sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreçleri hakkında bilgi edinilmesi için çok değerli fırsatlar sunar. Metodolojik açıdan güçlü yanları ne olursa olsun hiçbir çalışma tek başına bilimsel sorulara kesin bir yanıt veremez.

Değerlendirme çalışmalarının kapsam ve boyutunda değişkenlik memnuniyetle karşılanmalıdır.

Değerlendirmenin yerel ve genelleştirilebilir bilgiye katkısının olduğu kabul edilmelidir. Programların finansmanı ve sürdürülmesiyle ilgili kararların çoğu, süre ve sonuç değerlendirmelerinin ortaya koyduğu yerel bilgilere dayanır. Bu tip bilgiler sağlaması için değerlendirmenin programın bir parçası olması gerekir. Sistematik bir bilgi geri bildirimi mekanizması olması, uygulayıcıların ve karar alıcıların müdahaleleri hedef toplumlarda gözlemlenen tepkilere göre düzeltmesine imkân tanır. Bu yüzden değerlendiriciler, program personeli ve bu personelin bilgi ihtiyaçlarıyla temas hâlinde olmalıdır. Buna karşılık program personeli de ilgili bilgileri zamanında ve düzenli şekilde almalıdır. Fakat biz; değerlendirmenin izleme rolünü, daha genelleştirilebilir bilginin üretimine aykırı bulmuyoruz. Aslında tüm ampirik bilgi esasen yereldir (108). Yerel bilgi, eleştirel bir yineleme süreciyle bilimsel ve genelleştirilebilir olarak kabul görmektedir (79).

Finansman kurumları; değerlendiricileri, daha genelleştirilebilir bilgi üretmeleri için araştırmalarını genişletmeye teşvik etmelidir. Programların ve program değerlendirmelerinin mevcut model ve teorilere dayandırılması, bu süreci daha kolay bir hâle getirir. Bilimsel yayınlar, programların etkililiğinin altında yatan mekanizmalara ışık tutan tebliğleri, (bu tip çalışmalar, metodolojik sınırlar yüzünden olası rakip hipotezleri her zaman bertaraf edemese bile) yayımlamalıdır. O zaman bu sonuçlar, diğer programlar için bir başlangıç noktası hâline gelebilir ve genelleştirilebilirlikleri test edilebilir.

İkinci olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik topluluk müdahaleleri hakkında geçerli bilgi sağlayabilen tek süreç olarak randomizasyon üzerinde ısrar edilmesi, ciddi olarak sorgulanmalıdır. Aslında daha esnek olan yarı deneysel tasarımlar bile toplum programları için en uygun araştırma şekli olmayabilir. Yirmi yıldır yapılan araştırmalar; toplum programlarının deneysel ve yarı deneysel değerlendirmelerinin, son teknoloji toplum programlarının pozitif sonuçlarını ancak gösterebildiğini ortaya koymuştur (4). Pozitif sonuçlar tespit edildiğinde bile bunlar genelde uzun süreli eğilimlerden rastgele değişim gösterme aralığında olmuştur (106). Belki de toplum programları, uzun süreli eğilimlere önemli bir katkıda bulunamamaktadır. Fakat bu cesaret kırıcı neticeyi kabul etmeden önce bu tip bir sonuca ulaşmak için kullanılan yöntemlerin sorgulanması gerekmektedir.

Deneysel ve yarı deneysel yöntemlerin hedef aldığı koşullar ile toplum programlarının içinde bulunduğu koşullar arasında bir boşluk vardır. Bu yöntemler en iyi çalıştığı zaman; araştırmacının müdahaleyi, bunun sunumunu ve bağlamını kontrol ettiği zamandır. Çalışma kapsamındaki nedensel ilişkiyi izole etmek için bu kontrol gereklidir. Fakat tanım itibarıyla toplum programları, karmaşık ve değişken bağlamlarda işlemektedir. Deneysel ve yarı deneysel yöntemlerin gerektirdiği

kontrollerin kullanılması, programların ve bu programların içinde işlediği bağlamlarla ilişkilerinin çok basite indirgenmesi bedelini taşımaktadır. Bu önemli eksiklik yüzünden, bilim adamlarının toplum programlarının etkinliğini ölçme ve değerlendirme acizliğine rağmen toplum programlarının etkili olduğu hipotezi bertaraf edilemez.

Karmaşık çevrelerdeki karmaşık ilişkileri araştırma yolları genelde bazı çevresel koşulların değişimli veya değişimsiz olarak sistematik şekilde gözlemlenmesini içermektedir. Fakat biz; bu tür metodolojiden kaynaklanan bilginin, kontrollü deney kanıtlarından daha ziyade dolaylı kanıtlara dayandığını ve bu yüzden orta derecede güvenilir bilimsel savların ancak bu tip daha fazla kanıtın birleştirilmesiyle oluşturulabileceğini kabul ediyoruz (14). Buna karşın toplum programlarının değerlendirilmesine yönelik kontrollü deneylerle ilgili kayıtların yetersiz olması nedeniyle alternatif metodolojilerin kullanımı teşvik edilmelidir. Bu tip araştırmaların sonuçları, daha sonra etkili toplum programlarına ait mekanizmaların kavranmasını derinleştiren modeller geliştirmek üzere kullanılmalıdır.

Üçüncü olarak finansman kurumları sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreçlerinin toplum düzeyindeki göstergelerinin geliştirilmesine yatırım yapmalıdır. Tanım itibarıyla toplum programları sadece hedeflenen bireyler ve eğitim süreçleriyle doğrudan temas yoluyla etkili olmaz. Sağlık konulu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konulu çevresel bakış açısı hakkındaki yakın tarihli tebliğler, sağlığı iyileştirmek ve bireylerin ve toplumların kendi refahları ve bunun belirleyicileri üzerindeki kontrollerini artırmak üzere etkili bir strateji olarak farklı ve tamamlayıcı yaklaşımların uygulanmasına işaret etmektedir (24,109). Bu yaklaşımların bazılarının sadece toplum ve çevresel özellikler üzerinde doğrudan etkisi vardır. Bu yüzden bu yaklaşımlar bireylere dolaylı olarak ulaşmaktadır. Müdahaleleriyle toplumsal, sosyal ve çevresel özellikleri hedef alan karmaşık programlara yönelik adil değerlendirmeler yapabilmek için değerlendiriciler, bu farklı düzeylerde meydana gelen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi süreçlerine ait göstergeleri kullanmalıdır. İncelememiz, bu tip göstergelerin ne kadar az olduğunu göstermektedir. Toplum programlarının değerlendirilmesinde kullanılan göstergelerin çoğu, hedef nüfus için bir araya getirilmiş, bireysel düzeydeki göstergelerdir. Toplum programlarının harekete geçirdiğine inanılan süreçleri değerlendirmek üzere daha iyi göstergeler geliştirilmesine acilen ihtiyaç vardır.

Dördüncü olarak toplum programlarının değerlendirilmesinde toplum katılımının rolünün etkisinin yakından incelenmesi gerekmektedir. Bu tip bir katılım, etkili toplum programlarının planlanması ve uygulanması için esas koşullardan biri olduğu için çoğu programda mutlaka yer almalıdır. Güçlendirici rolü yüzünden toplum katılımı, değerlendirme sürecini önemli şekilde etkileyebilir ve bu süreçle etkileşime girebilir. Hatta katılımcı araştırmanın savunucuları, sonuçların geçerliliğini sağlamak için bu tip katılımın gerekli olduğunu ileri sürmektedir. Fakat bunun nasıl geçerlilik

kazandırdığı net değildir. Toplum katılımının geçerlilik üzerindeki etkisi hakkında ampirik bilgi eksikliği söz konusudur. Sonuç olarak finansman kurumları, araştırma sürecinin kendisini araştırmayı düşünmelidir.

Toplum sağlığını geliştirme programlarının değerlendirilmesiyle ilgili metodolojik konuları ele alan bu çalışmamızın amacı, güncel literatürde tartışılan konuları ve sorunları yansıtmaktır. Literatürün büyük kısmının sonuç değerlendirmesine ve bununla ilgili istatistiksel sorunlara odaklanması, epidemiyologların ve istatistikçilerin toplum sağlığını geliştirme müdahalelerine büyük ilgi duyduğunu göstermektedir. Bu tartışma, düşük araştırma kapasitesiyle değerlendirme yapmaya çalışmanın ortaya koyduğu pratik sorunları içine alacak şekilde genişletilmelidir.

Kaynaklar

1. GREEN, L. W. & RAEBURN, J. Contemporary developments in health promotion: definitions and challenges. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 29-44.
2. DERENZO, E.G. ET AL. Comprehensive community-based mental health outreach services for suburban seniors. *Gerontologist*, 31(6): 836-840 (1991).
3. SHEA, S. & BASCH, C.E. A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs. Part II. Intervention strategies, evaluation methods and results. *American journal of health promotion*, 4: 279-287 (1990).
4. GREEN, L.W. & RICHARD, L. The need to combine health education and health promotion: the case of cardiovascular disease prevention. *Promotion and education*, 11: 11-17 (1993).
5. KAFTARIAN, SJ. & HANSEN, W.B.. Community Partnership Program Center for Substance Abuse Prevention. In: Kaftarian, SJ & Hansen, W.B., ed. *Journal of community psychology. CSAP Special issue*, pp. 3-5 (1994).
6. NCI BREAST CANCER SCREENING CONSORTIUM. Screening mammography: a missed clinical opportunity? Results of the NCI breast cancer screening consortium and National Health Interview Survey Studies. *Journal of the American Medical Association*, 264: 54-58 (1990).
7. WAGNER, E.H. ET AL. The evaluation of the Henry J. Kaiser Family Foundation's Community Health Promotion Grant Program: design. *Journal of clinical epidemiology*, 44: 685-699 (1991).
8. COMMIT RESEARCH GROUP. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). I. Cohort results from a four-year community intervention. *American journal of public health*, 85: 183-192 (1995).
9. COMMIT RESEARCH GROUP. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). II. Changes in adult cigarette smoking prevalence. *American journal of public health*, 85: 193-200 (1995).
10. O'CONNOR, A. Evaluating comprehensive community initiatives: a view from history. In: Connell, J.P et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 23-69.
11. FARQUHAR, J.W. ET AL. The Stanford Five-City Project: design and method. *American journal of epidemiology*, 122: 323-334 (1985).
12. LUEPKER, R.V. ET AL. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American journal of public health*, 84: 1383-1393 (1994).
13. CARLETON, R.A. ET AL. The Pawtucket Heart Health Program: an experiment in population-based disease prevention. *Rhode Island medical journal*, 70: 533-538 (1987).
14. SUSSER, M. The tribulations of trials - Interventions in communities. *American journal of public health*, 85: 156-158 (1995).
15. HELLER, K. The return to community. *American journal of community psychology*, 17: 1-15 (1989).

16. McMILLAN, D.W. & CHAVIS, D.M. Sense of community: a definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14: 6-23 (1986).
17. HAWE, P. Capturing the meaning of "community" in community intervention evaluation: some contributions from community psychology. *Health promotion international*, 9: 199-210 (1994).
18. GREEN, L. W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
19. GREEN, L.W. & McALISTER, A.L. Macro-interventions to support health behaviour: some theoretical perspectives and practical reflections. *Health education quarterly*, 11: 323-339 (1984).
20. FRANKISH, C.J. & GREEN, L.W. Organizational and community change as the social scientific basis for disease prevention and health promotion policy. *Advances in medical sociology*, 4: 209-233 (1994).
21. ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
22. KUBISH, A.C. ET AL. Introduction. In: Cornell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 1-21.
23. STOKOLS, D. Establishing and maintaining healthy environments: toward a social ecology of health promotion. *American psychologist*, 47: 6-22 (1992).
24. GREEN, L.W. ET AL. Ecological foundations of health promotion. *American journal of health promotion*, 10: 270-281 (1996).
25. THOMPSON, B. & KINNE, S. Social change theory: applications to community health. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 45-65.
26. BRESLOW, L. Foreword. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 11-14.
27. ELDER, J.P. ET AL. Community heart health programs: components, rationale, and strategies for effective interventions. *Journal of public health policy*, 14: 463-479 (1993).
28. SCHWARTZ, R. ET AL. Capacity building and resource needs of state health agencies to implement community-based cardiovascular disease programs. *Journal of public health policy*, 14: 480-493 (1993).
29. MITTELMARK, M.B. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14: 437-462 (1993).
30. FARQUHAR, J.W. ET AL. Community studies of cardiovascular disease prevention. In: Kaplan, N.M. & Stamler, G., ed. *Prevention of coronary heart disease: practical management of risk factors*. Philadelphia, Saunders, 1983.
31. BROWN, P. The role of the evaluator in comprehensive community initiatives. In: Connell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 201-225.
32. BROWN, E.R. Community action for health promotion: a strategy to empower

- individuals and communities. *International journal of health services*, 21: 441-456 (1991).
33. MINKLER, M. Improving health through community organization. In: Glanz, K. et al., ed. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
 34. BRACHT, N. & KINGBURY, L. Community organization principles in health promotion. A five-stage model. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 66-88.
 35. MITTELMARK, M.B. Balancing the requirements of research and the needs of communities. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 125-139.
 36. JACOBS, D.R. Community-wide prevention strategies: evaluation design of the Minnesota Heart Health Program. *Journal of chronic disease*, 39: 775-788 (1986).
 37. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
 38. LIPSEY, M.W. Theory as method: small theories of treatments. In: Secrest, L. et al., ed. *Research methodology: strengthening causal interpretations of nonexperimental data*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990, pp. 33-51.
 39. WEISS, C.H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: Cornell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 65-92.
 40. LEFEBVRE, R.C. ET AL. Theory and delivery of health programming in the community: the Pawtucket Heart Health Program. *Preventive medicine*, 16: 80-95 (1987).
 41. CHEADLE, A. ET AL. An empirical exploration of a conceptual model for community-based health promotion. *International quarterly of community health education*, 13: 329-363 (1993).
 42. KOEPESELL, T.D. ET AL. Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. *Annual review of public health*, 13: 31-57 (1992).
 43. NUTBEAM, D. ET AL. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *Journal of epidemiology and community health*, 44: 83-89 (1990).
 44. SALONEN, J.T. ET AL. Analysis of community-based cardiovascular disease prevention studies - Evaluation issues in the North Karelia Project and the Minnesota Heart Health Program. *International journal of epidemiology*, 15: 176-182 (1986).
 45. POTVIN, L. ET AL. Le paradoxe de revaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la sante. *Ruptures, revue transdisciplinaire en sante*, 1: 45-57 (1994).
 46. CARLETON, R.A. ET AL. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *American*

- journal of public health*, 85: 777-785 (1995).
47. KIM, S. ET AL. An innovative and unconventional approach to program evaluation in the field of substance abuse prevention: a threshold-gating approach using single system evaluation designs. *In: Kaftarian, S J & Hansen, W.B., ed. Journal of community psychology. CSAP Special issue*, pp. 61-78 (1994).
 48. POTVIN, L. Methodological challenges in evaluation of dissemination programs. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S79-S83 (1996).
 49. ALTMAN, D.G. A framework for evaluating community-based heart disease prevention programs. *Social science and medicine*, 22: 479-487 (1986).
 50. GOODMAN, R.M. & WANDERSMAN, A. FORECAST: a formative approach to evaluating community coalitions and community-based initiatives. *In: Kaftarian, SJ & Hansen, W.B., ed. Journal of community psychoogy. CSAP special issue*, pp. 6-25 (1994).
 51. FORTMANN, S.P ET AL. Community intervention trials: reflections on the Stanford Five-City Project experience. *American journal of epidemiology*, 142: 576-586 (1995).
 52. BRAVERMAN, M.T. & CAMPBELL, D.T. Facilitating the development of health promotion programs: recommendations for researchers and funders. *In: Braverman, M.T., ed. Evaluating health promotion programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989 (New Directions for Program Evaluation, No. 43), pp. 5-18.
 53. Rossi, P.H. & FREEMAN, H.E. *Evaluation, a systematic approach*, 4th ed. Thousand Oaks, Sage, 1989.
 54. WEISS, C.H. Evaluation for decisions. Is there anybody there? Does anybody care? *Evaluation practice*, 9(1): 15-20 (1988).
 55. WEISS, C.H. If program decisions hinged only on information: a response to Patton. *Evaluation practice*, 9(3), 15-28 (1988).
 56. CAMPBELL, D.T. Guidelines for monitoring the scientific competence of prevention intervention research centers. *Knowledge: creation, diffusion, utilization*, 8: 389-00 (1987).
 57. PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage, 1980.
 58. PIRIE, P.L. Evaluating health promotion programs. Basic questions and approaches. *In: Bracht, N., ed. Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990, pp. 201-208.
 59. REASON, P. Three approaches to participative inquiry. *In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 324-339.
 60. McTAGGART, R. Principles of participatory action research. *Adult education quarterly*, 41(3): 168-187 (1991).
 61. LATHER, P. Research as praxis. *Harvard educational review*, 56: 257-277 (1986).
 62. GREEN, L. W ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
 63. CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C. *Experimental and quasi-experimental designs*

- for research. Chicago, Rand McNally, 1963.
64. MAO, Y. ET AL. The impact of the decreases prevalence of smoking in Canada. *Canadian journal of public health*, 83: 413-416 (1992).
 65. GIOVINO, G.A. ET AL. Surveillance for selected tobacco-use behaviors -United States, 1990-1994. *Mortality and morbidity weekly report*, 43(3): 1-43 (1994).
 66. RUBIN, D.B. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. *Journal of educational psychology*, 66: 688-701 (1974).
 67. GREEN, S.B. Interplay between design and analysis for behavioral intervention trials with community as the unit of randomization. *American journal of epidemiology*, 142: 587-593 (1995).
 68. KOEPESELL, T.D. ET AL. Invited commentary: symposium on community intervention trials. *American journal of epidemiology*, 142: 594-599 (1995).
 69. COOK, T.D. ET AL. Randomized and quasi-experimental designs in evaluation research. In: Rutman, L., ed. *Evaluation research methods*. Beverly Hills, Sage, 1977, pp. 103-135.
 70. CRONBACH, L.J. Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American psychologist*, 30: 116-127 (1975).
 71. JACKSON, C. ET AL. Evaluating community-level health promotion and disease prevention interventions. In: Braverman, M.T., ed. *Evaluating health promotion programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989 (New Directions for Program Evaluation, No. 43), pp. 19-32.
 72. NIKNLAN, M. ET AL. Are people more health conscious? A longitudinal study of one community. *American journal of public health*, 81: 205-207 (1991).
 73. NUTBEAM, D. ET AL. Maintaining evaluation designs in long term community based health promotion programmes: Heartbeat Wales case study. *Journal of epidemiology and community health*, 47: 127-133 (1993).
 74. COOK, T.D. & CAMPBELL, D.T. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, Rand McNally, 1979.
 75. PIRIE, P.L. ET AL. Program evaluation strategies for community-based health promotion programs: perspectives from the cardiovascular disease community research and demonstration studies. *Health education research*, 9: 23-36 (1994).
 76. SPRINGER, J.F. & PHILLIPS, J.L. Policy learning and evaluation design: lessons from the Community Partnership Demonstration Program. In: Kaftarian, S.J. & Hansen, W.B., ed. *Journal of community psychology. CSAP special issue*, pp. 117-139 (1994).
 77. RATCLIFFE, J.W. & GONZALEZ-DEL-VALLE, A. Rigor in health-related research: toward an expanded conceptualization. *International journal of health services*, 18: 361-392 (1988).
 78. SHADISH, W.R. ET AL. Quasi-experimentation in a critical multiplist mode. In: Trochim, W.M.K., ed. *Advances in quasi-experimental design and analysis*. San Francisco, Jossey-Bass, 1986 (New Directions for Program Evaluation, No. 31), pp. 29-46.

79. CAMPBELL, D.T. Can we be scientific in applied social science? In: Connor, R.F. et al., ed. *Evaluation Studies Review Annual, Vol. 9*. Beverly Hills, Sage, 1984, pp. 26-48.
80. BEST, J.A. ET AL. Conceptualizing outcomes for health promotion programs. In: Braverman, M.T., ed. *Evaluating health promotion programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989 (New Directions for Program Evaluation, No. 43), pp. 33—45.
81. HOLLISTER, R.G. & HILL, J. Problems in evaluating community-wide initiatives. In: Cornell, J.P et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives. Concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 127-172.
82. CHEADLE, A. ET AL. Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health-promotion programs. *American journal of preventive medicine*, 8: 345-350 (1992).
83. WICKISER, T.M. ET AL. Activating communities for health promotion: a process evaluation method. *American journal of public health*, 83: 561-567 (1993).
84. COHEN, R.Y. ET AL. Measuring community change in disease prevention and health promotion. *Preventive medicine*, 15(4): 411-421 (1986).
85. CHEADLE, A. ET AL. Evaluating community-based nutrition programs: comparing grocery store and individual-level survey measures of program impact. *Preventive medicine*, 24(1): 71-79 (1995).
86. FARQUHAR, J.W. ET AL. Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1: 1192-1195(1977).
87. PUSKA, P. ET AL. *The North Karelia Project. Community control of cardiovascular diseases. Evaluation of a comprehensive programme for control of cardiovascular diseases in North Karelia, Finland, 1972-1977*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1981.
88. NUTBEAM, D. & CATFORD, J. The Welsh Heart Programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health promotion international*, 1: 5-18(1987).
89. FELDMAN, H.A. & MCKINLAY, S.M. Cohort versus cross-sectional design in large fields trials: precision, sample size, and a unifying model. *Statistics in medicine*, 13: 61-78 (1994).
90. DIEHR, P. ET AL. Optimal survey design for community-intervention evaluations: cohort or cross-sectional? *Journal of clinical epidemiology*, 48: 1461-1472 (1995).
91. FRENK, J. ET AL. Elements for a theory of the health transition. In: Chen, L.C. et al., ed. *Health and social change in international perspective*. Boston, Harvard University Press, 1994, pp. 25-49.
92. CORNFIELD, J. Randomization by group: a formal analysis. *American journal of epidemiology*, 108: 103-111 (1978).
93. DONNER, A. ET AL. A methodological review of non-therapeutic intervention trials employing cluster randomization, 1979-1989. *International journal of*

- epidemiology*, 19: 795-800 (1990).
94. DONNER, A. ET AL. Randomization by cluster: sample size requirements and analysis. *American Journal of Epidemiology*, 114: 906-914 (1981).
 95. MURRAY, D.M. Design and analysis of community trials: lessons from the Minnesota Heart Health Program. *American journal of epidemiology*, 142: 569-575 (1995).
 96. GOLDSTEIN, H. *Multilevel models in educational and social research*. London, Charles Griffin, 1987.
 97. BRYK, A.S. & RAUDENBUSH, S.W. *Hierarchical linear models in social and behavioral research: applications and data analysis methods*. New-buryPark, Sage, 1992.
 98. KOEPESELL, T.D. ET AL. Data analysis and sample size issued in evaluation of community-based health promotion and disease prevention programs: a mixed-model analysis of variance approach. *Journal of clinical epidemiology*, 44: 701-713 (1991).
 99. MURRAY, D.M. ET AL. Design and analysis issues in community trials. *Evaluation review*, 18: 493-514
 100. SCRIVEN, M. *Evaluation thesaurus*. Inverness, Edgepress, 1980.
 101. MATHISON, S. What do we know about internal evaluation? *Evaluation and program planning*, 14: 159-165 (1991).
 102. FRIEDMAN, L.M. ET AL. *Fundamentals of clinical trials*, 2nd ed. Littleton, PSG, 1985.
 103. MATHISON, S. Rethinking the evaluator role: partnerships between organizations and evaluators. *Evaluation and program planning*, 17: 299-304 (1994).
 104. CRONBACH, L.J. Our ninety-five theses. In: Freeman, H.E. & Solomon, M.A., ed. *Evaluation studies review annual, Vol. 6*. Beverly Hills, Sage, 1981.
 105. FAWCETT, S.B. ET AL. Empowering community health initiatives through evaluation. In: Fetterman, D.M. et al., ed. *Empowerment evaluation. Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996, pp. 161-187.
 106. WINKLEBY, M. The future of community-based cardiovascular disease intervention studies. *American journal of public health*, 84: 1369-1372 (1994).
 107. FISHER, E.B. The results of the COMMIT trial. *American journal of public health*, 85: 159-160 (1995).
 108. CAMPBELL, D.T. Relabelling internal and external validity for applied social scientists. In: Trochim, W.M.K., ed. *Advances in quasi-experimental design and analysis*. San Francisco, Jossey-Bass, 1986 (New Directions for Program Evaluation, No. 31), pp. 67-77.
 109. RICHARD, L. ET AL. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion. *American journal of health promotion*, 10: 318-328 (1996).

Sağlık ve Kalkınmaya Yönelik Topluluk Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Stephen B. Fawcett, Adrienne Paine-Andrews, Vincent T. Francisco, Jerry Schultz, Kimber P. Richter, Jannette Berkley-Patton, Jacqueline L. Fisher, Rhonda K. Lewis, Christine M. Lopez, Stergios Russos, Ella L. Williams, Kari J. Harris ve Paul Evensen¹

Giriş

Dünyanın her yerinde yerel halklar ve organizasyonlar, onlar için önemli olan konuları ele almak üzere bir araya gelmektedir. Örneğin, madde kullanımını ve şiddeti azaltmak (1,2), adolesan gebelik, HIV/AIDS ve kardiyovasküler hastalık risklerini hafifletmek (3-5) ve çocuk istismarı ve ihmalini ile aile içi şiddeti ve yaralanmaları önlemek (6-8) için toplum ortaklıkları kurulmuştur. Sağlık ve kalkınmayı teşvik edecek yerel iş birliği çabaları, demokrasi ve desantralizasyon (merkeziyetçilikten uzaklaşma) inşa etme yönündeki küresel eğilimlerin bir parçası olabilir (9).

Toplum girişimleri, örneğin adolesanlarda madde kullanımı önlemeye veya yaşlıların refahını geliştirmeye yönelik girişimler, ortak bir mekân veya deneyimi paylaşan tüm insanlar için sağlık ve kalkınma sonuçlarını iyileştirmeye çalışmaktadır (10,11). Önleme çabaları genelde hem (etkilenmiş olması muhtemel herkese yönelik) evrensel yaklaşımları hem de (yüksek risk yaratıcı pek çok göstergesi olanlara yönelik) hedeflenmiş yaklaşımları kullanmaktadır (12,13). Bunların amacı; çok sayıdaki insanın uyuşturucu kullanımı ve fiziksel aktivite eksikliği gibi davranışlarını ve bu davranışları meydana getiren koşulları (uyuşturucuların ulaşılabilir olması veya güvenli eğlence alanlarının olmaması gibi) değiştirmektir (14).

Toplum sağlığının geliştirilmesi, bir kalkınma sürecidir: “İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmasını ve sağlıklarını iyileştirmesini” sağlar (15,16). Bilgi sağlanması, erişimin değiştirilmesi gibi çeşitli stratejiler kullanır. Ayrıca aileler ve kuruluşlar dâhil farklı düzeylerde ve okul, iş yeri ve dinî kurumlar gibi çeşitli toplum sektörleri vasıtasıyla çalışır. Sağlıkla ilgili davranışların meydana geldiği çevreleri değiştirerek sağlık alanında küçük ama yaygın değişiklikler yapmaya çalışır (17). Toplum sağlığının geliştirilmesinin amacı, sağlıklı davranışların kabul edilmesini

¹ Bu fasıl; Kansas Sağlık Fonu (9407003D, 9206032B ve 9206038B), Ewing Kauffman Fonu (95-410), Greater Kansas City Community Fonu, Robert Wood Johnson Fonu ve John D. -Catherine T. MacArthur Fonu tarafından Kansas Üniversitesi’ndeki Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu’na verilen hibelerle desteklenen çalışmalara dayanmaktadır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu’ndan Rachel Wydeven’e bu yazının hazırlanmasındaki desteği için teşekkür ediyoruz; ayrıca sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerini daha iyi nasıl anlayabileceğimiz ve güçlendirebileceğimiz konusunda bize yol göstermeye devam eden toplumlardaki iş arkadaşlarımıza da özel olarak teşekkürlerimizi sunmak istiyoruz.

kolaylaştırarak ve pekiştirilmesini destekleyerek bu tip davranışları teşvik etmektir. Toplum sağlığının gelişimini ve kalkınmayı destekleyen modeller arasında, Sağlıklı Şehirler/Sağlıklı Topluluklar modeli, ÖNCESİ/SONRASI modeli, Toplum Sağlığına Planlı Yaklaşımı (Planned Approach to Community Health -PATCH) ve başkaları sayılabilir (12, 18, 20). Örneğin kardiyovasküler hastalıkları önlemeye yönelik toplum temelli çabalar; yerel halkın beslenme, tütün kullanımı ve fiziksel aktivite hakkında seçim yaptıkları bir çevre değişikliğine katılmasını sağlar (5). Bu yaklaşımların etkinlik kanıtları biraz sınırlı kalmaktadır. Buna karşın bu ve benzeri diğer toplum yaklaşımları; sağlık, gelişim hedefleri ve yaşam kalitesini iyileştirmek üzere yerel halkın bir arada çalışma fırsatlarını artırmayı amaçlamaktadır.

Toplumsal gelişim süreci, yerel kaygıları belirlemek ve ele almak için yerel kaynaklara mümkün olan en fazla şekilde dayanılmasını gerektirmektedir (21,24). Alma-Ata Deklarasyon'nda DSÖ, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda toplumsal kalkınma yaklaşımına kucak açmıştır (15,16). Bu tip çabalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yerel katılımı desteklemektedir (25). Halk sağlığına yönelik toplum odaklı yaklaşımlar, genelde komşu bölgelerde, ilçelerde ve şehirlerde uygulanmakla birlikte daha geniş düzeylerde eyalet, bölge veya ülke çapında da teşvik edilerek koordine edilebilir.

Toplum temelli finansman, müdahalelerin kontrolünün araştırmacı değil toplum tarafından yapılmasını teşvik etmektedir (12). Fonlar; yerel kaygıları gidermek üzere toplumlara ve genelde yerel çabaları desteklemek, neyin işe yaradığının keşfedilmesine yardımcı olmak üzere araştırmacılara verilir. Ancak toplum temelli girişimlerin etkililiği hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır. Çünkü değerlendirme uygulaması, toplum uygulamasındaki bu yeniliği tam olarak benimsememiştir. Toplum sağlığı çabalarını organizasyonel düzeyde ve toplum düzeylerinde araştırmak için mevcut modeller olmakla birlikte (26,28) kullanılan araştırma yöntemleri, genelde klinik deneylerden ve diğer araştırmacı kontrollü çalışma modellerinden alınmıştır (12).

Çeşitli modeller ve gelenekler, toplum değerlendirme uygulaması için bilgi sağlamaktadır (bk. Fasil 2, 4, 10 ve 15). Eylem antropolojisi (insan bilimi) (29), yerel toplumlardaki güçlenmeyi kolaylaştırmak üzere araştırmanın kullanılması anlamına gelmektedir. Nitel araştırma (30), araştırmaya katılanların tecrübelerinin, çabanın anlamının anlaşılmasındaki değerini vurgulamaktadır. Katılımcı eylem araştırması (31,32) ise bir grup veya topluluğa yardımcı olmak üzere bilgi üretmek ve eylemler için bilgi sağlamak amacıyla diyalogları kullanmaktadır. Benzer şekilde güçlendirme değerlendirmesi (33,34), toplumun kapasitesini ve özerkliğini geliştirme aşamasında çabanın değerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu ve diğer eylem araştırması çeşitleri (35) ve eylem bilimi (36); yerel halkı, araştırmanın tasarlanması ve gerçekleştirilmesi işine ve sonuçların anlamlarının yorumlanması çalışmasına dâhil eder. Toplum değerlendirmesiyle ilgili çeşitli yaklaşımlar, birbiriyle rekabet hâlindeki

anlayış ve güçlendirme sonuçları arasındaki farklı dengelerin üstüne durmaktadır. Bu yaklaşımlar, topluluk müdahalesi ve araştırması yöntemlerinde araştırmacı ile topluluğun kontrolü arasında yaşanan gerilimin altını çizmektedir.

Değerlendirme, toplum düzeyinde sağlığı ve kalkınmayı destekleyecek çabaları güçlendirebilir (33,37). İlk olarak süreç ve sonuç hakkındaki tanımlayıcı veriler, zaman içinde toplum girişimlerinin nasıl geliştiğinin anlaşılmasına katkıda bulunabilir. İkinci olarak bu açık ve uyarlanabilir sistem içinde ilerleme hakkında sürekli geri bildirim yapılması, uygulamayı iyileştirebilir ve düzenlemeleri teşvik edebilir (38,39). Üçüncü olarak değerlendirme sürecine yerel halkın dâhil edilmesi, marjinal grupların yerel çabaları anlama ve iyileştirme kapasitesini artırabilir. Son olarak toplum girişimlerinin daha iyi belgelendirilmesi, uygulayıcıların toplumlara ve finansman kurumlarına karşı sorumluluğunun ve finansman kurumlarının da hizmet ettikleri toplumlara karşı sorumluluğunun sağlanmasına yardımcı olabilir. Toplamlar sağlık ve kalkınma kaygılarını ele almak için daha fazla sorumluluk alınca toplum değerlendirmesi talebi de artar.

Bu fasılda toplum değerlendirmesi modelleri, yöntemleri ve ayrıca sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerinin anlaşılması ve değerlendirilmesi alanındaki uygulamalar ele alınmaktadır. Toplum girişimlerinin değerlendirilmesi alanındaki bazı zorluklara değiniyor ve değışiklik katalizörü olarak bir toplum girişimi modelinden bahsediyoruz. Ayrıca toplum değerlendirmesine yön veren bazı ilke, varsayım ve değeri ele alıyoruz. Daha sonra Kansas Üniversitesi'ndeki Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Topluluk Gelişimi Çalışma Grubu'nda kullandığımız toplum değerlendirme sistemi için bir mantık modelinin ana hatlarında değiniyoruz. Sonra ABD'deki saha deneyimlerinizden bir örnek veriyoruz. Ardından felsefi, kavramsal, metodolojik , pratik, politik ve etik konularla ilgili temel soruları listeliyoruz. Ayrıca uygulayıcıların ve politika yapıcılarının bu konuları nasıl ele alabileceği konusunda spesifik tavsiyeler veriyoruz. Son olarak kapanış bölümünde sağlık ve kalkınma girişimlerinin toplum düzeyinde değerlendirilmesi alanındaki kapsamlı konuları ve fırsatları inceliyoruz.

Toplum Değerlendirmesinin Zorlukları

Muhtemel faydalarına rağmen, sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerinin değerlendirilmesi alanında on iki ciddi sıkıntı söz konusu olmaktadır.

1. Madde kullanımı veya şiddet gibi birçok toplumsal sorunun ve halk sağlığı sorununun belirleyicileri, çok az anlaşılmaktadır. Bu durum, uygun müdahalelerin ve başarı göstergelerinin belirlenmesini zorlaştırmaktadır.
2. Toplum kapasitesi veya yaşam kalitesi gibi temel yapılar (bk. Fası 6), net değildir. Bu durum önemli süreçlerdeki ve sonuçlardaki değışikliklerin tespit edilmesini zor bir görev hâline getirmektedir (33,40).
3. Toplum girişimlerinin karmaşıklığı; müdahalenin, etkilerin tekrarlanmasına izin

verecek detaylı ayrıntılarla tanımlanmasını göz korkutucu bir hâle getirmektedir (33,41).

4. Çocuk istismarı veya aile içi şiddet gibi toplumsal kaygılar için güvenilir ve geçerli toplumsal sonuç ölçütlerinin olmaması, girişimin etkilerinin değerlendirilmesini zor bir hâle getirmektedir (42).
5. Kardiyovasküler hastalık veya HIV/AIDS riskini azaltmaya yönelik çabalar gibi toplumsal çabaların nihai sonuçları, on yıl veya daha fazla gecikebilir. Bu durum toplumda veya sistemde değişiklikler gibi ara sonuç ölçütleri belirlenmesini gerekli kılar (12,38,40).
6. Toplum odaklı müdahalelerin yoğunluğunun tahmin edilmesi; uygulanan bileşenin türü, buna kimlerin maruz kaldığı ve ne kadar süreyle maruz kaldığı konularında daha kesin bilgi olmaksızın mümkün olmayabilir.
7. Bireylere yönelik olarak toplanmış olan veriler, toplum düzeyindeki etkinin analiz edilmesine imkân vermeyebilir (43).
8. Uygun deneysel tasarımların veya uygun kıyaslamaların olmaması, gözlemlenen etkileri diğer bazı değişkenlerle değil de toplum girişiyle ilişkilendirmeyi zorlaştırabilir (44,45).
9. Toplum girişimlerini gelişime açık ve uyarlanabilir yapısı, uygulamanın aslına uygunluğu açısından doğurduğu sonuçlarla birlikte etkilerin genel uygulanabilirliğini değerlendirmeyi zor bir hâle getirebilir (41,46,47).
10. Katılımcı değerlendirme, pek çok kaynaktan gelen birbiriyle çelişkili yorumlardan kaynaklanabilecek karışıklığa karşı bir koruma sağlamalıdır (46,48,49).
11. Değerlendirmeye yönelik (anlayış ve güçlendirmeye ve ilgili sorumlulukların artmasına katkısı olan) geniş kapsamlı hedefler, yapılabilirlikle ilgili standartlarının yerine getirilmesini zorlaştırabilir (33,50).
12. Fayda değerlendirmesi ve toplum kontrolünün artması gibi değerlendirmenin birbiriyle rekabet eden hedeflerinin aynı çaba kapsamında bir araya getirilmesi zor olabilir (33,37,49).

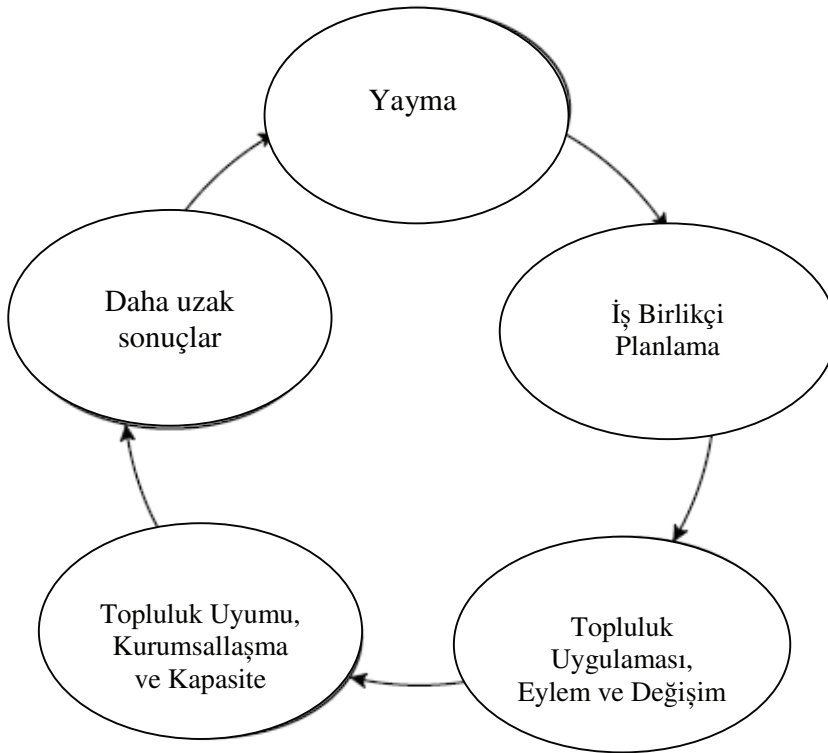
Bu sıkıntılara rağmen bazı modeller ve ilkeler, toplum değerlendirmesi uygulamasına yön vermemize yardımcı olabilir.

Değişiklik Katalizörü Olarak Toplum Girişimi

Görevler ve spesifik müdahaleler değişiklik gösterebilmesine karşın sağlık ve kalkınmaya yönelik çoğu toplum girişi, ortak bir model veya çerçeve kullanmaktadır. Buna göre girişim, bir değişiklik katalizörü olarak kullanılır (40). Bu tip girişimler toplumun ilgili sektörlerini dönüştürmeye teşebbüs eder. Sağlıklı davranışın çok sayıda insan tarafından benimsenmesi için program, politika ve uygulamaların değiştirilmesine çalışır. Şekil 11.1, önceki modellerden (12,19) alınan ve güçlendirme teorilerine dayalı (40) bu katalizör modelinin *lineer (doğrusal)* olmayan ve birbiriyle ilintili çeşitli unsurlarını göstermektedir.

Bu model lineer değildir çünkü toplum ortaklıkları aynı anda çok sayıda ve birbiriyle ilgili faaliyetlerde bulunur. Örneğin, gençlerde şiddet riskini azaltmaya yönelik yeni bir girişim; bir yandan çete faaliyetlerinin negatif sonuçlarını anlatan ilan tahtalarının asılması veya gençler ve konuya önem veren erişkinler arasındaki bağlantıları teşvik edecek alternatif etkinliklerin düzenlemesi gibi yüksek görünürlüğü olan ve yapılması nispeten kolay değişiklikleri sürdürürken bir yandan da eylem planlarını iyileştirebilir.

Şekil 11.1. Değişiklik Katalizörü Olarak Toplum Girişimi



Kaynak: Fawcett ve arkadaşlarından (26) uyarlanmıştır.

Bu modelin 5 bileşeni birbiriyle bağlantılıdır. Müşterek planlama, spesifik model bileşenlerini ve yapılmak istenen toplum değişikliklerini belirlemeli ve böylelikle toplum hareketlerine ve değişikliğe yol göstermelidir. Temel bileşenler, yerel koşullara uyacak şekilde uyarlanabilir ve politika değişikliği, kamuoyunca desteklenen programlar ve diğer kurumsallaştırma araçları vasıtasıyla sürdürülebilir (51). Başarılı bir değişiklik modeli; toplumun daha uzak sağlık sonuçlarını etkileyebilecek

görevle ilintili ek değişiklik yapma kapasitesini artırmalıdır. Başarılı girişimler veya bileşenler, benzer kaygıları ele alan diğer toplumlar tarafından kabul edilmek ve uyarlanmak üzere yayımlanabilir (47).

Toplum girişimlerinin hedefleri ve beklentileri değişiklik göstermektedir. Bir toplum; fiziksel aktivitenin artırılması veya beslenmenin iyileştirilmesi gibi tek bir sonuç veya ortak risk ve koruma faktörlerini paylaşabilen çocuk istismarı ve aile içi şiddetin azaltılması gibi birden çok sonuç elde etmeye çalışabilir. Bazı toplumlar, yerel açıdan uygun müdahaleleri seçme konusunda daha fazla serbestlik sahibidir. Finansman kurumları; bazı ortaklıkların, araştırma ve geliştirme çabalarına dayalı olarak gerçek ve denenmiş strateji veya müdahaleleri tekrarlamasını talep edebilir (52). Karma yaklaşımlar ise cinsellik eğitimi ve adolesan gebeliğin önlenmesine yönelik akran desteği gibi temel bileşenleri uygulayarak ve kontraseptiflere erişimin artırılması gibi istenen sonuçlarla ilgili yeni toplum veya sistem değişiklikleri geliştirerek model tekrarlamasını ile katalizör görevlerini bir araya getirebilir (53).

Topluluk müdahalelerinin gelişmesi ve kullanıcıları tarafından yeniden keşfedilmesi beklenmelidir (47). Örneğin ergenlere yönelik denetlenmiş alternatif faaliyetlerin müdahale bileşenini gerçekleştirmek için toplumlar; eğlence fırsatları, yaz işleri veya toplum bahçeleri gibi birçok farklı program unsurunu kullanabilir. Yerel kontrollü uyum, toplumun sahiplenmesini kolaylaştırabilir. Ayrıca bileşenlerin kurumsallaştırılmasını sağlamaya yardımcı olabilir ve özerk değişim için kapasite oluşturabilir.

Sosyal pazarlama (54) ve yayın (47) ilkelerine uygun olarak başarılı toplum programlarının temel bileşenleri veya yeniliğin tamamı sonraki aşamalarda yaygınlaştırılabilir. Örneğin, kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaya yönelik kapsamlı müdahaleler veya az yağlı gıdalara erişimin artırılması gibi spesifik bileşenler, aktif olarak yaygınlaştırılabilir. Muhtemel uyarlayıcıların neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ve uygulamaya yönelik en iyi koşulların neler olduğunu bilmeleri gerekmektedir. Bu bilgi; yerel çabaların, diğer toplum temelli projelerden çıkarılan derslerle deneyim ve araştırmaların ortaya koyduğu en iyi veya en umut verici uygulamalarla birleştirilmesine yardımcı olur.

Toplum Değerlendirmesinin İlkeleri, Varsayımları ve Değerleri

Bazı ilkeler, varsayımlar ve değerler; sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerinin değerlendirilmesi sürecini desteklemektedir. Bunlar, aynı girişim içerisinde görünüşte birbiriyle zıt amaçların ele alınmasının (yerel açıdan önemli kaygıları irdeleyecek toplum otonomisi ve kapasitesini geliştirirken toplum girişimlerinin anlaşılması ve etkililiğine katkıda bulunulması yönündeki) zorluklarını yansıtmaktadır (33,41). Aşağıdaki on adet ilke, varsayım ve değer, toplum değerlendirme çalışmasına yön verilmesine yardımcı olmaktadır:

1. Toplum girişimleri, genelde bir değişiklik katalizörü olarak görev yapar. Bu kapsamda yerel halk ve kuruluşlar, ortak bir amaç çerçevesinde çevreyi dönüştürmek üzere birlikte çalışır (40).
2. Toplum girişimleri, pek çok düzeyde analiz edilmesi gereken karmaşık ve değişmekte olan olgulardır (19).
3. Toplum girişimleri, vatandaşların planladığı ve uyguladığı pek çok müdahalenin başlatılması yardımcı olur.
4. Toplum değerlendirmesi; ele alınan sağlık veya kalkınma konusu ile toplum ve girişim bağlamını anlamalı ve yansıtmalıdır (55).
5. Yerel girişimler toplum üyelerinin maksimum katılımıyla planlanmak ve uygulanmak zorunda olduğu için (10,25) toplum değerlendirmesi, pek çok taraf arasında iş birliği ve müzakereyi içeren katılımcı bir süreçtir (31,33,56,57).
6. Değerlendirme faaliyetleri ve bunların sonucunda elde edilen veriler, toplum üyeleri ve finansman kurumları gibi kilit paydaşların önem arz eden sorularıyla ilişkilendirilmelidir (10,58).
7. Toplum değerlendirmesi; yerel anlayış kapasitelerini, uygulamanın iyileştirilmesini ve özerkliği güçlendirmelidir.
8. Değerlendirme, geliştirme süresinin erken safhalarında başlamalı ve anlayış, iyileştirme ve özerkliği artırmak üzere sürekli bilgi ve geri bildirim sağlamalıdır (12,33,59,60).
9. Değerlendirme sonuçları; toplum girişiminin kaynakları güvenceye alma, çabaları muhafaza etme ve başarıları kutlama becerisini geliştirerek bu girişimin sürdürülmesine yardımcı olmalıdır (51,55). Eğer girişim, umut verici sonuçlar sunduysa girişim veya bileşenlerinin yaygın şekilde benimsenmesini teşvik etmek üzere toplum değerlendirmesi verileri kullanılabilir (47).
10. Değerlendirme, girişimin etkililiğini artırmak üzere entegre bir destek sistemi sağlamak için teknik yardım ile birleştirilebilir (40). Bir destek ve değerlendirme ekibinin mümkünleştirici faaliyetleri, toplum girişiminin ömrü boyunca bu girişime yardımcı olabilir.

Mantık Modeli

Şekil 11.2’de Çalışma Grubu’nun toplum değerlendirmesi sistemine yönelik mantık modeli tarif edilmektedir (33,61). Önceden tanımlanan katalizör modeline dayalı olan bu çerçeve, toplum değerlendirmesi ideallerinin yerine getirilmesi amaçlı bir çabayı yansıtmaktadır. Her fazın ürünleri vardır ve her ürün bir sonrakine öncülük etmektedir.

Girişim Fazları ve Değerlendirme Faaliyetleri

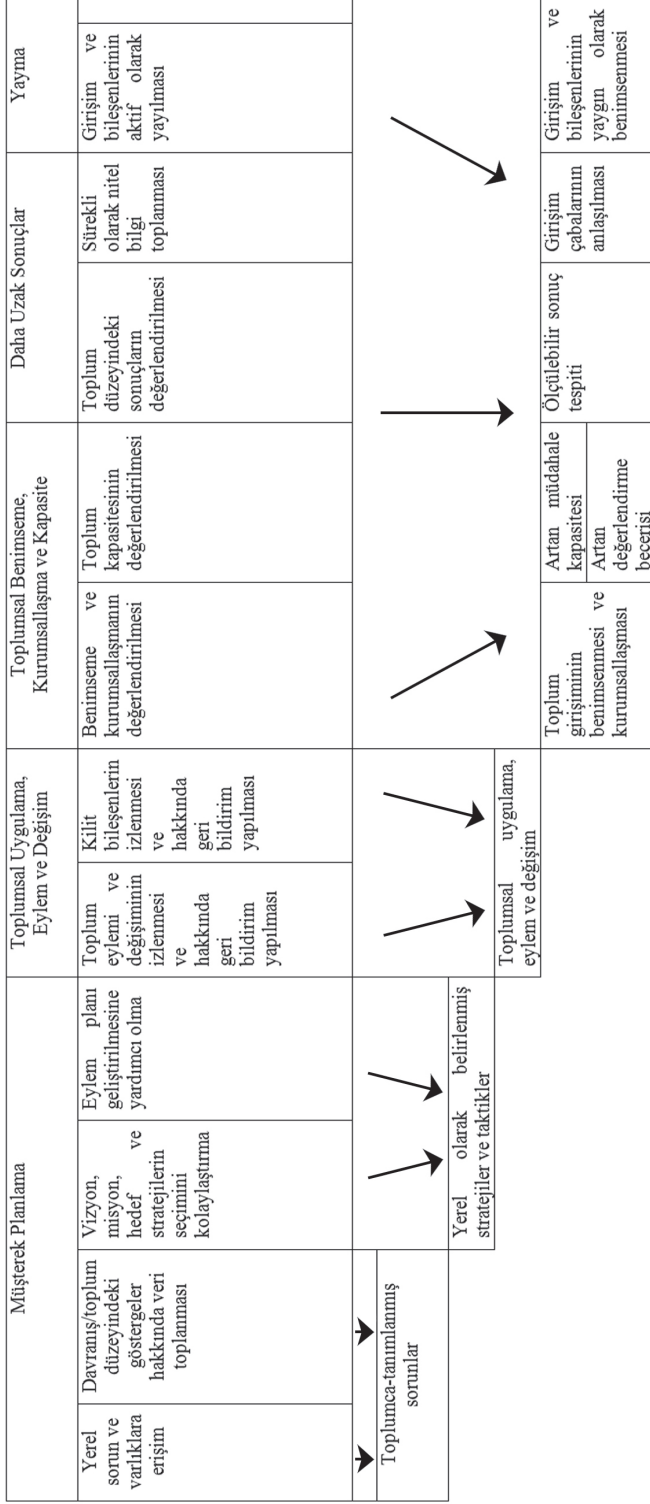
Değerlendirme ve destek faaliyetleri ve ilgili ürünler; değişiklik katalizörü olarak 5 aşamalı ve yinelemeli toplum girişimi modelini temel almaktadır (Şekil 11.1).

Müşterek Planlama

Gündemin belirlenmesi, yani hangi konu ve fikirlerin ele alınmaya değer olduğuna karar verilmesi, demokrasilerde planlamanın özellikle güçlü bir özelliğidir (62). Toplum girişimlerinde gündemler, hangi konuların ele alınacağı ve hangi stratejilerin uygulanacağına yönelik seçimi şekillendirir. Toplumsal kaygılar hakkında bilgi edinmek (63) ve sağlık sorunları hakkında epidemiyolojik bilgi toplamak (19) için değerlendirme araçları kullanılabilir. Medyanın savunuculuğu (64), yerel halkın kendileri için önemli olan sağlık ve kalkınma konularını dile getirmesine imkân tanıyarak gündem oluşturma çabalarına yardımcı olabilir.

Farklı bir grup insanın müşterek planlamaya dâhil edilmesi, toplumsal kalkınma sürecinin ayırıcı özelliğidir (12,23). Temel destek faaliyetleri arasında girişimin misyonu, hedefleri ve stratejilerinin netleştirilmesine yardımcı olmak da yer almaktadır. Değişimin desteklenmesine yönelik kritik faktörlerden biri de toplumun ilgili tüm sektörlerinde arzu edilen (ve sonradan belgelendirilen) spesifik değişiklikleri belirleyen eylem planlarının geliştirilmesidir (65). Endişelerin giderilmesine yönelik yerel varlık ve kaynakların belirlenmesi (66) sorun (veya eksiklik) odaklı planlama faaliyetlerini tamamlar niteliktedir.

Şekil 11.2. Kansas Üniversitesi Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Toplumsal Gelişim Çalışma Grubu'na ait Dokümantasyon ve Değerlendirme Sisteminin Yönelik Mantık Modeli



Toplumsal Uygulama, Eylem ve Değişim

Değerlendirme, toplum girişimlerinin temel öğelerinin uygulanışını belgelerdir. Yerel çabaları ve başarıları izler ve program, politika ve uygulamalardaki değişiklikleri (toplumsal veya sistemsel değişiklikler) belgelerdir (38). Değerlendiriciler, süreç (müdahalenin bileşenlerinin nasıl uygulandığı) ve ara sonuç (toplum değişikliklerinin sayısı ve dağılımı) hakkında geri bildirimde bulunur. Mesela yağı azaltmak ve enerjiyi korumak için okullardaki öğle yemeklerinin değiştirilmesi veya kontraseptiflere erişimi artırmak için okul temelli kliniklerin sağlanması gibi özellikle umut verici müdahalelerin etkilerinin daha sistematik şekilde incelenmesi için değerlendiriciler müdahale araştırması da yapabilir (52).

Toplumsal Benimseme, Kurumsallaşma ve Kapasite

Toplum değerlendiricileri, girişimin kilit bileşenlerinin uyarlanması veya yeni baştan hazırlanmasını değerlendirir. Yerel koşullara uyum düzenlemelerin, etkinliği artırıp artırmadığını veya koruyup korumadığını inceler. Değerlendiriciler aynı zamanda politika değişimi vasıtasıyla kurumsallaşmayı teşvik eden çabaların etkileriyle kilit bileşenlerin köklü kurumlar tarafından kabul edilmesinin etkilerini ve diğer yaklaşımların etkilerini değerlendirir (51). Son olarak değerlendiriciler, toplumsal kapasitesinin (toplumların zaman içinde ve kaygılara rağmen önemli değişiklikleri ve sonuçları kolaylaştırma becerisinin) belgelendirilmesine yardımcı olur.

Daha Uzak Sonuçlar

Çoğu toplum girişiminin nihai hedefi, yaralanma veya HIV/AIDS insidansı gibi sağlık ve kalkınmaya dair toplum düzeyindeki göstergelerin iyileşmesidir. Ölçülebilir sonuçları tespit etmek için toplum değerlendiricileri, davranışsal araştırmalar (örneğin cinsel perhiz veya korunmasız cinsel faaliyetle ilgili) ve sonuç kayıtları (örneğin tahmini adolesan gebelik oranları) gibi niceleyici yöntemler kullanır. Değerlendiriciler aynı zamanda çalışmanın anlam ve değerini daha iyi anlayabilmek için temel bilgi kaynakları veya katılımcılarla mülakatlar yapılması gibi niteleyici yöntemler kullanır. Birleştirildiği zaman niceleyici ve niteleyici bilgiler, girişime ait çabaların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunur (67).

Toplum düzeyindeki sonuçlar, genelde girişimlerin sürekli olarak iyileşmesine destek verilmesinde faydalı olamayacak kadar geç ortaya çıkar. Değerlendirme, toplum veya sistem değişikliği gibi ara sonuçları belgelendirmelidir. Bu tip değişikliklerin ölçülmesi; daha sağlıklı bir çevrenin oluşturulmasını yansıtan yeni program, politika ve uygulamalar hakkındaki bilgilerin tespit edilmesine ve güçlendirilmesine yardımcı olur (38). Gelecekteki araştırmalar, toplumsal değişim modellerinin daha uzak sonuçlarla ilintilendirildiği koşulların açıklığa kavuşturulmasına yardımcı olabilir (65).

Yayma

Değerlendiriciler; toplum temelli girişimlerin, topluluk kurulları ve finansman kurumları gibi ilgili hedef kitlelere etkililikleri hakkında bilgi vermesine yardımcı

olur. Değerlendiriciler, başarılar, başarısızlıklar ve girişimlerin daha fazla benimsenmesine etki eden faktörler hakkında veri ve yorumlayıcı raporlar temin eder. (11,47). Yayma faaliyetleri arasında; sunumlar, mesleki makaleler, çalıştay ve eğitimler, el kitapları ve kitle iletişim araçlarıyla iletişim sayılabilir (68).

Değerlendirme, Destek ve Kalkınma Faaliyetlerine Ait Ürünler

Değerlendirme ve destek faaliyetleri, yerel girişimlerin süreçteki aşamalarla ilgili (toplum değişikliği veya toplumca belirlenmiş sorunlar gibi) ürünler üretmesine imkân tanır. Toplum değerlendirmesinin mantık modeline göre (bk. Şekil 11.2), tespit edilen toplumca tanımlanmış sorunlar; yerel olarak kararlaştırılmış strateji ve taktiklerin geliştirilmesini kolaylaştırabilir (ve bundan etkilenebilir). Bunlar da toplum uygulamasına, hareketine ve değişikliğine yön verebilir. Temel bileşenler uyarlanabilir ve önemli toplum veya sistem değişiklikleri kurumsallaştırılabilir. Bu durum, toplumun yerel çabalara müdahale etme ve bu çabaları değerlendirme kapasitesini geliştirebilir. Bunun sonucu olarak ölçülebilir sonuçlar ve kritik girişim bilgileri ortaya çıkabilir. Bu durum, girişimin veya daha etkili bileşenlerinin yaygın şekilde benimsenmesine yardımcı olabilir. Değerlendirme faaliyetlerine ait ürünler, hem birbirini hem de toplumca tanımlanmış sorunların gelecekteki gündemini etkileyebilir.

Örnek: Kansas'taki Toplum Sağlığı Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Bu kısım, bileşik bir vaka çalışmasına değinmekte ve Kansas Eyaleti Çalışma Grubu'ndaki bizlerin değerlendirme ve desteklemekten sorumlu olduğu çeşitli toplum sağlığı girişimlerinden faydalanmaktadır. Bu girişimlerin amaçları arasında; adolesan gebelik ve madde kullanımının engellenmesi, kardiyovasküler hastalık ve bazı kanser risklerinin azaltılması ve kırsal topluluklarda sağlığın (yerel olarak) teşviki ve geliştirilmesi yer almaktaydı. Bütün girişimler, toplum sağlığı sorunlarını gidermeye yönelik yerel kapasitenin inşa edilmesini hedef almaktaydı.

Ön Bilgi

Eyalette sağlığın iyileştirilmesi yönünde çalışan bir hayır kuruluşu olan Kansas Sağlık Fonu'ndan hibe desteği alan bu girişimlerde çeşitli topluluklar yer almıştır. Bu topluluklar arasında şehirler (örneğin Wichita, nüfusu: 350.000), askeri üsler (örneğin Geary County, nüfusu: 29.638), hapishaneler (örneğin Leavenworth County, nüfusu: 69.323) ve kırsal topluluklar (örneğin Dighton, nüfusu: 1342) sayılabilir.

Girişimlerden birinde, 3 Kansas topluluğu adolesan gebeliğin engellemesi için bir model kullanılması yönündeki teklif çağrısına yanıt vermiştir: Okul/topluluk cinsel risk azaltma modeli, ilk önce Güney Carolina'da kullanılmıştır (3,69). Diğer 3 topluluk, Project Freedom (Özgürlük Projesi) koalisyon modelini kullanarak adolesanlarda madde kullanımı ve istismar riskini azaltmak için koalisyon oluşturmak üzere hibe almıştır (65,70). Diğer bir girişim ise eyalet çapında bir ortaklık vasıtasıyla (71,72) ve bu kapsamda okulla bağlantılı girişimler vasıtasıyla (73), çeşitli kırsal topluluklarda kardiyovasküler hastalıklara ve bazı kanserlere ait riski azaltmaya çalışmıştır. Kırsal

bir sağlık girişiminde 8 adet seyrek nşfuslu ve nispeten tarımsal Kansas ilęesi, sağlık sorunlarını belirlemek ve gidermek şzere hibeler almıştır. Yerel olarak belirlenmiş sorunları gidermek şzere toplum programları, politikaları ve uygulamalarının en iyi nasıl değiştirileceği konusunda yerel halk diyaloga dāhil edilerek her bir girişim, bir değişiklik katalizşrş olarak kullanılmaya ęalıřılmıřtır (26). İlgili gşrev gřęleri veya eylem komiteleri, arzu edilen toplum değişikliklerini tespit ederek ve bunları yapmaya ęalıřarak her bir hedefe yşnelik eylem planını iyileştirmiş ve uygulamaya geğirmiştir.

Katılımcılar ve Paydaşlar

Bu girişimlerin katılımcıları; toplum şyeleri, liderleri ve hizmet sunucuları olmuştur. Diğer katılımcılar arasında; programların sorunlarından etkilenen insanlar, değişimi kolaylaştırabilecek kuruluşların liderleri, eylemleri veya eylemsizlikleri soruna katkıda bulunan seçimle gelmiş gşrevliler veya genęler gibi ęeřitli değişim hedefleri ve ęřzřme katkıda bulunabilecek dini liderler veya din gşrevlileri gibi değişim elęileri vardı. şnemli diğer paydaşlar arasında yşnlendirme komitelerinin şyeleri, toplum sağlığı girişimlerinin direktşr ve personeli, finansman kurumunu temsil eden program gşrevlileri ve Kansas şniversitesi'nde ęalıřma Grubumuzun değerlendirme ve destek personeli sayılabilir.

Paydaşların değerlendirmeye olan ilgisi, ęabaların etkili olup olmadığını ve bu bilgilerin girişimin işleyişi ve spesifik projelerini iyileştirmek için kullanılıp kullanılmadığını anlamak yşnşndeydi (bk. Fasıll 9). Temel paydaşlar, toplum değerlendirmesi tarafından ele alınacak ęeřitli kilit sorular sormuştur.

- Girişim bir değişiklik yaratıyor mu?
- Girişim, bir değişiklik katalizşrş olarak gşrev yapıyor mu?
- Girişim, ęabalarını nasıl dağıtıyor?
- Hangi faktşrler girişimin işleyişini etkilemektedir?

Değerlendirme sistemi, bu ve diğer soruları ele almak şzere dokşmantasyon veya izleme sistemi gibi pek ęok řlęřm aracı ile toplum dşzeyinde gşstergeler kullanmıştır (12,26,33,38,61).

Modelin Uygulanması

Bu kısmın geri kalanı, değişiklik katalizşrş ve toplum değerlendirmesi mantık modellerinin Kansas'taki toplum sağlığı girişimlerine nasıl uygulandığını ele almaktadır (bk. şekil 11.1 ve 11.2).

Mşşterek Planlama

Toplum girişimleri genelde sorunların tespitiye yardımcı olması ve epidemiyolojik verilerin toplanması ve yorumlanması için kamu kurumlarından veya şniversite temelli merkezlerden alınan teknik destekten faydalanır. şrneğin kırsal sağlık girişiminde, ęalıřma Grubumuz yerel sorunlar hakkında bilgi toplamak için değişik

araçlardan faydalanmıştır. İlk olarak sorunları belirlemek için anketler (63,74) kullanılmıştır. Bu anketler toplum üyelerinin, çeşitli sağlık sorunlarının önemini ve kendi toplumlarında bu sorunların her birinin ele alınma şekli ne derece memnun olduklarını puanlandırmasına imkân tanımıştır. Veriler, esas güçlü yönler (çok önemli ve nispeten yüksek memnuniyet olan konular) ve nispi sorunlara (çok önemli ve nispeten az memnuniyet olan konular) göre özetlenmiştir. Yerel olarak belirlenmiş olan kırsal sağlık sorunları, yaşlı sağlığının geliştirilmesi, ve madde kullanımı ve adolesan gebeliğin önlenmesi gibi sorunlara kadar çok geniş bir aralıktaydı.

İkinci olarak Çalışma Grubu, yerel halkın kendi aralarında dinleme oturumları gerçekleştirmesine yardımcı olmuştur. Bu oturumlarda toplum üyeleri konuları tanımlamak, engelleri belirlemek, varlık ve kaynakları dile getirmek ve çözümler hakkında beyin fırtınası yapmak için bir araya gelmiştir. Üçüncü olarak halk sağlığıyla ilgili ve ilgili diğer kurumlara ait arşiv kayıtlarının algılanan toplum sorunlarını doğrulayıp doğrulamadığını belirlemek üzere epidemiyolojik veriler elde ettik.

Gündem oluşturulması beceri gerektirir. Yani çok sayıda ve farklı toplumsal sorunların olduğu ve toplum düzeyindeki veya epidemiyolojik verilerin; yetersiz, yanlış veya hassasiyetten yoksun olduğu bir ortamda, yerel halkın yalın bir dizi hedef konusunda fikir birliğine ulaşması beceri isteyen bir konudur. Eldeki somut veriler, sorunların toplum için önemini desteklemediğinde anlaşmazlıklar çıkabilir. Örneğin ölüm nedenleri konulu epidemiyolojik veriler, kardiyovasküler hastalıkların ele alınmasının halk sağlığı açısından önemine işaret etmektedir. Buna karşın çocuk istismarı veya aile içi şiddet gibi diğer toplumsal sorunlarını meşruluğu, destekleyici verilerin ulaşılamaz olması nedeniyle sorgulanabilir. Bu tip gerilimler, finansman kurumlarının ve değerlendiricilerin bir yandan toplumun özerkliğini ve kapasitesini desteklerken bir yandan da fayda değerlendirme ve hesap verebilirliği destekleme taahhüdünü test etmektedir.

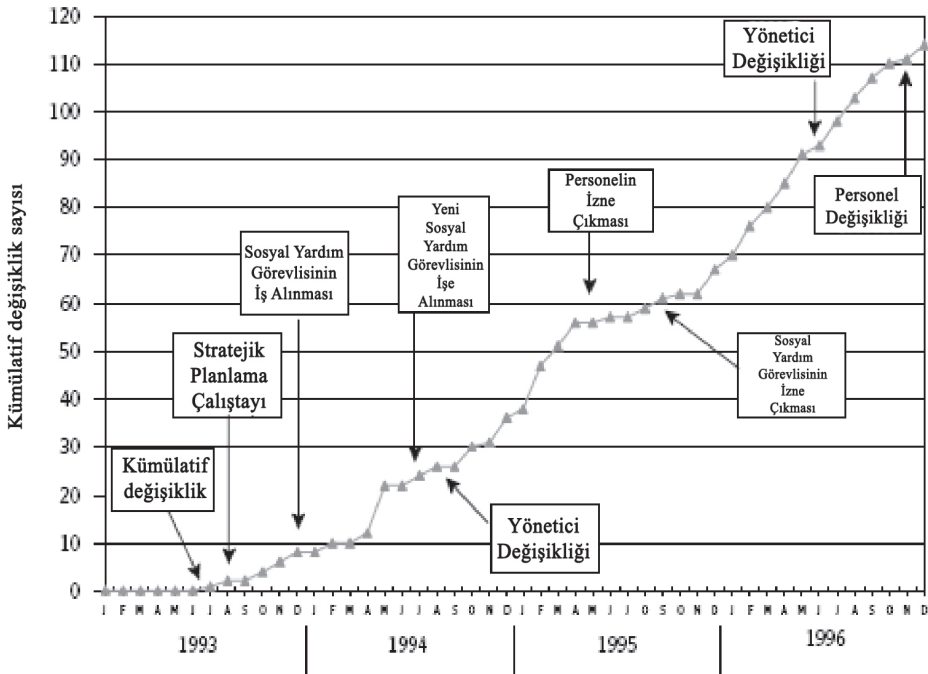
Çalışma Grubu, toplumlarda eylem planlamasını desteklemiştir. Personel, her toplum girişiminin bir vizyon oluşturmaya, bir misyon yaratmaya, hedefler belirlemeye ve stratejiler ve eylem planları geliştirmeye yardımcı olmuştur. Toplumun ilgili tüm sektörlerinde önemli ve yapılabilir birçok değişikliğin kolaylaştırılabilmesi için toplumun bütün sektörlerindeki yerel halk ve kilit liderler (örneğin okullar veya dini organizasyonlar) girişime katılmaya teşvik edilmiştir. Çalışma Grubu; madde kullanımı, gençler arasında gebelik ve şiddet, kronik hastalık, çocuk istismarı ve ihmali ve de yaşlı sağlığının geliştirilmesi gibi çeşitli toplum sağlığı konularına yönelik eylem planı yapılmasını destekleyecek pratik rehberler geliştirmiştir (75-80). Bizim sağladığımız teknik yardım, her toplum ortaklığının eylem planlarını (program, politika ve uygulamalardaki vizyon ve misyonla tutarlı spesifik, yerel olarak belirlenmiş değişiklikleri) belirlemesine yardımcı olmuştur.

Toplumsal Uygulama, Eylem ve Değişim

Her bir toplum ortaklığının kolaylaştırdığı toplum değişikliklerini (yeni veya

değiştirilmiş program, politika ve uygulamalar) belgelendirmek için program personeli ve liderleriyle birlikte çalıştık. Şekil 11.3, adolesan gebeliğin önlenmesi amaçlı yerel bir ortaklığa yönelik ara sonuca ait kilit ölçütü ve toplum değişikliklerinin kümülatif sayısını göstermektedir. Kümülatif bir kayıta, her yeni olay (cinsel eğitim sağlayacak yeni bir arkadaş desteği grubu veya okullardaki politika) önceki tüm olaylara eklenmektedir. Düz çizgi, hiçbir faaliyet olmadığını göstermektedir. Dikleşen eğri, zaman içindeki faaliyet veya başarı artışına işaret etmektedir. Bu girişim için ayrı veri noktalarıyla temsil edilen örnek toplum değişiklikleri arasında; girişimin mümkün kıldığı ve girişimin adolesan gebeliği önleme misyonuyla ilgili bütün yeni program (örneğin akıl hocalığı programı), politika (örneğin okula bağlı klinikteki çalışma saatlerinin artırılması) ve uygulamalar (örneğin öğretmenlerin cinsellik konulu lisansüstü eğitimlere katılması) yer almıştır. Toplum üyeleri ve dış uzmanların verdiği puanlar, bu tip değişikliklerin önemi konusunda program liderleri ve finansman kurumunun bilgilendirilmesine yardımcı olmuştur. Bu ara sonuçtaki ilerleme şablonu hakkında paydaşları bilgilendirmek için başarı grafikleri ve düzenli raporlar kullanılmıştır. Çalışma Grubu, ilgili kitlelere girişimin başarıları hakkında bilgi vermek için prototipler oluşturmuştur. Ayrıca Grup, bu bilgilerin durum raporlarına ve olası finansman kaynaklarına yapılacak hibe başvurularına nasıl ekleneceği konusunda bilgi vermiştir.

Şekil 11.3. 1993-1996 Kansas Geary County’de Adolesan Gebeliği Önleme Çalışmasından Elde Edilen Toplum Değişiklikleri (Ara Sonuçlar)



Bunlara ilaveten, girişimlerin uygulamaya geçirilişini de belgelendirdik. Örneğin, öğretmenlerin raporları ve kayıtları vasıtasıyla (adolesan gebeliği önlemeye yönelik) cinsellik eğitimi uygulamasını izledik (53). Aynı zamanda Çalışma Grubu, girişimlerin yol açtığı değişikliklerin istenen etkileri gösterip göstermediğini tespit etmek üzere müdahale hakkında araştırma çalışmaları yapılması konusundaki girişimlerle iş birliğinde bulunmuştur. Örneğin müdahale çalışmalarında Lewis ve ark. (81), vatandaş gözetimi ve geri bildiriminin ancak müdahale tam olarak uygulandığı zaman reşit olmayanlara alkol ve tütün satışını azalttığını tespit etmiştir. Ayrıca Harris ve ark. (82); okul çevresinde yapılan değişikliklerin, okuldaki öğle yemeklerindeki yağ oranının azalmasını ve öğrencilerde daha iyi beslenme alışkanlıkları ve daha fazla fiziksel aktivite ortaya çıkmasını sağladığını tespit etmiştir.

Toplumsal Benimseme, Kurumsallaşma ve Kapasite

Çalışma Grubu; adolesan gebeliği önlemek amacıyla Kansas toplulukları tarafından kullanılan okul/topluluk modelindeki kilit bileşenlerde gerekli düzenlemeleri sağlamak üzere teknik yardım ve danışmanlıktan faydalanmıştır (53). Arkadaş desteği ve eğitim sağlamak amacıyla toplumlar; erkek erkeğe destek grupları, cinsellikten uzak durma kulüpleri ve gençlere yönelik sosyal etkinlikler gibi değişik program unsurları uygulamaya koymuştur. Çalışma Grubu; ilk uygulamadan birkaç ay sonra yeni program, politika ve uygulamaların hâlâ uygulanıp uygulanmadığını sorarak kurumsallaşma derecesini incelemiştir. Zaman içindeki toplum değişimi şablonunu ve mümkün olan durumlarda yeni ortaya çıkmakta olan sağlık ve kalkınma sorunları için yüksek oranda toplum değişikliği yapılıp yapılmadığını ortaya çıkararak toplum kapasitesini araştırmıştır.

Daha Uzak Sonuçlar

Çalışma Grubu, çevredeki değişikliklerin bildirilen benzer davranış değişiklikleriyle ve toplum düzeyindeki göstergelerdeki değişikliklerle ilintili olup olmadığını değerlendirmeye yardımcı olacak verileri davranışsal anket çalışmalarından ve arşivlerden elde etmiştir. Örneğin adolesan dönemde madde kullanımını önlemeye yönelik yerel girişimler; gençlerde bildirilen alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımını değerlendirmek için okul anketlerini kullanmıştır. Çalışma Grubu; madde kullanımı önleme amaçlı girişimler için tek seferlik, geceleyin gerçekleşen araç kazaları veya adolesan gebelik oranları gibi topluluk düzeyindeki sonuçlar hakkında veri toplamıştır. Girişimin daha uzak sonuçlar üzerinde bir fark yaratıp yaratmadığı konusunda sonuç çıkarmamıza yardımcı olması için toplum değişikliği oranları ile toplum düzeyindeki göstergelerdeki değişiklikler arasındaki olası ilişkileri inceledik (26,40,65).

Yayma

Çalışma Grubu; çalışmanın sonuçlarını yaymak için yerel ve ulusal sunumlar, dergi makaleleri ve kitap bölümlerinden faydalanmıştır. Ayrıca eylem planlaması (40) ve toplum değerlendirmesine (26,61) kılavuzluk eden rehberler tarzında el kitapları hazırladık. Personel ise toplum değerlendirmesi ve desteğine yönelik modelin temel

unsurlarının yayılmasına yardımcı olmak amacıyla çalıştaylar ve eğitim oturumları gerçekleştirmiş ve meslek dışı fikir insanlarıyla iş birliği yapmıştır (5). Son olarak ekibimiz, toplum değişikliği yaratılması açısından umut vaat eden uygulamalar hakkında bilgi yaymak üzere Toplum Araç Seti (<http://ctb.lsi.ukans.edu>, erişim 17 Mayıs 2000) adlı internet tabanlı, ücretsiz bir sistem geliştirilmesine yardımcı olmuştur. Bu Araç Seti, sağlık ve kalkınma amacıyla toplum girişimleri tarafından kullanılan stratejik planlama, savunuculuk, toplum değerlendirmesi ve diğer yöntemler hakkında pratik bilgiler temin etmektedir.

Toplum Değerlendirmesinin Temel Konuları

Bu bölümde, sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerinin değerlendirilmesindeki dikkat çekici bazı konulara değinilmektedir. Deneyimlerimiz ve literatürden anladıklarımız sonucunda bu konuları 3 geniş kategoride (felsefi ve kavramsal; metodolojik; pratik, politik ve etik) düzenledik. Bu konuları toplum değerlendirmesinin on ilke, varsayım ve değerine göre kategorize edilen sorular olarak çerçevelendirdik. Ayrıca soruları, tavsiyelerle ilişkilendirdik.

Felsefi ve Kavramsal Konular

Toplum sağlığı ve kalkınma süreci, araştırmacılar ve toplumlar arasındaki uygun ilişki ve elde edilmesi gereken ve elde edilebilecek bilgi türleri ve bu bilgileri kimin elde edeceği gibi felsefi sorular ortaya koymaktadır. Benzer şekilde toplumun nasıl tanımlanacağı ve hangi değişim teorilerinin kullanılacağı gibi kavramsal konular da toplum girişimlerinin anlaşılması ve iyileştirilmesi sürecine etki etmektedir.

Değişiklik Katalizörü

Girişime yön veren (dolaylı veya doğrudan) değişiklik teorisi nedir? Değerlendirme bu teoriyle tutarlı mı? (bk. tavsiyeler 1,2,4,5,16 ve 19-21)

Çeşitli Düzeylerde Analiz Gerektiren Karmaşık ve Gelişmekte Olan Olgular

Hedeflenen sağlık ve kalkınma kaygıları toplum için önemli mi? Bunlar açık şekilde tanımlanmış mı? Toplum bunların düzeyinin farkında mı (bk. tavsiyeler 1,3 ve 24)?

Güncel bilgiler, toplum meselesinin/meselelerinin belirleyicilerini ne kadar iyi açıklıyor? Toplum üyeleri ve diğer paydaşlar hangi nedenleri ortaya koyuyor? Sorunun analizinde hangi varsayımlar ve değerler kesindir? Değerlendirme, bunlar hakkındaki güncel bilgileri kabul ediyor ve yansıtıyor mu? (bk. tavsiyeler 1-3)

Güncel bilgiler, müdahalenin genel müdahaleler ile hedefli müdahaleleri nasıl dengeleyeceği konusunda ne diyor? (bk. tavsiyeler 1,4 ve 20)

Vatandaşlar Tarafından Planlanan ve Uygulanan Çeşitli Müdahaleler

Yerel halkın, değişim elçisi veya öncüsü olarak toplum veya sistem değişikliğini kolaylaştırmaktaki rolü nedir? (bk. tavsiyeler 4 ve 10)

Değerlendirme, topluluk müdahalesinin türünün veya yoğunluğunun belgelendirilmesine yardımcı oluyor mu? (bk. tavsiyeler 5,6,10,12 ve 16)

Eğer bir müdahale modeli tekrarlanıyorsa bu yineleme, orijinale ne derece sadık? Hangi müdahale bileşenleri değiştirilmiş ve nasıl? Zaman içindeki özellikle uyum sonrasındaki etkinliği tespit edecek izleme sistemleri var mı? (bk. tavsiyeler 7,8 ve 16)

Mesele ve Bağlamın Yansıtılması

Toplum nasıl tanımlanır? Toplulukların bünyesindeki (örneğin komşu yerler veya komşu mahalleler arasındaki) farklar, verilerde ve yorumlarda nasıl yansıtılır? Özellikle toplumun daha güçlü ve güçsüz üyeleri arasındaki farklılıklar nasıl ele alınır? (bk. tavsiyeler 1,3,15 ve 18)

Toplum üyelerinin deneyimine, araştırmacıların uzman bilgileri yanında nasıl değer verilir? Bakış açıları veya yorumlar arasında farklılıklar ortaya çıktığı zaman bunlar nasıl bağdaştırılır? (bk. tavsiyeler 1,3,7,8,15 ve 18)

Toplum girişimi ile bunun geniş kültürel, tarihi ve toplumsal bağlamı arasındaki ilişki nedir? Bağlam, yöntemler, araştırmacılar ve toplum üyeleri arasındaki etkileşimler nasıl açıklanır? Müdahale ve değerlendirmeyi tasarlamak, gerçekleştirmek ve sonuçları yorumlamak için bağlamın ne kadar anlaşılmalıdır? (bk. tavsiyeler 3,4,7,8,15 ve 16)

Çeşitli Tarafları İçeren Müşterek ve Katılımcı Süreç

Toplum değerlendirmesinde yer alan paydaşların ilgi ve değerleri nelerdir? Bunlar karar alıcılığına nasıl dâhil edilir? Paydaşların toplum ve toplumun sağlığı ve kalkınmasına yönelik vizyonları nelerdir? Paydaşların ilgi, değer, amaç ve vizyonları arasındaki farklılıklar nasıl bağdaştırılır? (bk. tavsiyeler 1,3,15,16 ve 18)

Paydaşlar girişime hangi bilgi ve kaynakları (ve sınırlamaları ve engelleri) getirir? (bk. tavsiyeler 1,3,4,10 ve 16)

Değerlendirmenin amacı nedir? Anlama, güçlendirme veya hesap verebilirlik mi? Hangi soruların ele alınacağına ve bilgilerin nasıl toplanacağı ve yorumlanacağına kim karar verir? Araştırma gündemi nasıl bir süreçle belirlenir? Bulguların ne anlama geldiğini kim yorumlar? (bk. tavsiye 3)

Metodolojik Konular

Sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum girişimlerinin çalışılması, araştırma sürecinin uygulamalı kısmında yer almaktadır (83). Temel araştırma deneyleri ve klinik deneyler, sağlık ve kalkınmayı geliştiren veya sınırlandıran bireysel ve çevresel faktörleri tespit etmek amacıyla güçlü deneysel tasarımlar (ve kapsamlı araştırmacı kontrolü) kullanır. Randomize tahsis ve sıkı müdahale kontrolü kullanılması gibi

geleneksel katılımcı seçim yöntemleri, toplum kontrollü girişimlerde kullanılamaz (bk. Fasil 10 ve 14). İş birliği yapan ortaklar olarak araştırmacılar, toplum üyeleri tarafından önerilen yeni müdahalelerin tasarlanmasına yardımcı olur. Hangi müdahale veya uygulamaların uygulanacağı konusunda tavsiyede bulunur. Seçilen müdahalelerin uyarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine destek verir. Toplum kapasitesi oluşturulurken yerel açıdan önemli konuların ele alınması, bu ortaklıkların amaçlarından biridir ve maksimum araştırmacı kontrolü, uygulanabilir veya istenir bir durum değildir (bk. Fasil 4). Toplum girişimlerinin değerlendirilmesi bir dizi metodolojik soru ortaya koymaktadır.

Çeşitli Düzeylerde Analiz Gerektiren Karmaşık ve Gelişmekte Olan Olgular

Değerlendirme ölçütleri, toplumsal sorunlara hem bireysel hem de çevresel katkıda bulunanları yansıtıyor mu? Değerlendirme ölçütleri, sorunların hem üst (örneğin seçimle gelen görevliler) hem de aşağı (örneğin sorundan etkilenen insanlar) nedenlerini teşkil eden aktörlerin davranışlarını yansıtıyor mu? (bk. tavsiyeler 2,4,6,11 ve 14)

Sonuçların güvenilirliği ve genelleştirilebilirliği açısından güveni artırmak için hangi tasarımlar kullanılacak? Tasarımın gerektirdiği deneysel ve araştırmacı kontrolü derecesi nedir? Deneysel kontrol nasıl ve kiminle müzakere edilir? (bk. tavsiyeler 3, 5 ve 14)

Ölçütler toplum düzeyinde bir analiz değerlendirmesi yapılmasına izin veriyor mu? Ara sonuçlar (toplum değişiklikleri) ile daha uzak toplumsal düzeydeki sonuçlara ait ölçütler arasındaki bağlantılar nasıl kurulur? (bk. tavsiyeler 6,14 ve 18)

Vatandaşlar tarafından planlanan ve uygulanan çeşitli müdahaleler

Değerlendirme, gelişim süresinin anlaşılmasına yardımcı oluyor mu? Süreklilik ve değişikliğin hangi özellikleri, toplum girişiminin kademeli gelişimini nitelendiriyor? (bk. tavsiyeler 4, 8-12 ve 16)

Değerlendirme, toplum girişiminin kattığı değer belirlenmesine nasıl yardımcı oluyor? Girişimin topluma hangi yenilikleri getirdiğinin belirlenmesine yardımcı oluyor mu? Girişimin toplum sorunlarının ele alınmasına olan katkısının önemini nasıl değerlendiriyor? (bk. tavsiyeler 15 ve 16)

Paydaşlar İçin Önem Arz Eden Sorularla İlgili Bilgiler

Değerlendirme yöntemleri ve sonuçta ortaya çıkan bilgiler, sorulan sorulara ve paydaşların çıkarlarına denk geliyor mu? (bk. tavsiyeler 3,5,11,15,18 ve 19)

Paydaşların sorularını ve çıkarlarını en iyi ele alan niceleyici ve niteleyici yöntemler hangileridir? Bu soru ve çıkarların çeşitliliğine hitap etmek için farklı değerlendirme yöntemleri kullanılıyor mu? Bunlar kültür ve bağlama uygun mu? Hangi ölçüm araçları daha güvenilir ve geçerli bilgi (doğru, tutarlı ve hassas) sağlıyor? (bk. tavsiyeler 3,4 ve 16)

Pratik, Politik ve Etik Konular

Pratiklik, politika ve etik konuları, toplum sağlığının ve kalkınmanın teşvik edilmesi sürecini kısıtlamaktadır ve bu nedenle toplum değerlendirmesinin tasarımı ve uygulanmasında göz önüne alınmalıdır.

Çeşitli Tarafları İçeren Müşterek ve Katılımcı Süreç

Başarı kriterlerini kim belirliyor? Değerlendirme gündemini kim belirliyor? Değerlendirmenin tüketicileri kim? Değerlendirme kimin çıkarlarına hizmet ediyor? (bk. tavsiyeler 1,3 ve 15)

Değerlendiricilerin girişimdeki rolü nedir? Kime karşı ve ne için sorumlular? Değerlendiriciler toplum hakkında veya toplum için çalışmak yerine toplumla birlikte mi çalışıyor? (bk. tavsiyeler 3,5,15 ve 17)

Paydaşlar İçin Önem Arz Eden Sorularla İlgili Bilgiler

Değerlendirmenin amacı nedir? Girişimin yararı veya değerinin değerlendirilmesi, girişimin etkililiğine katkıda bulunulması, kapasite oluşturulması ve/veya özerkliğin teşvik edilmesi mi? (bk. tavsiyeler 1,3 ve 15)

Veriler kime ve ne sıklıkla bildiriliyor? Maksimum etki sağlamak için veriler nasıl, kim tarafından ve hangi koşullar altında en iyi şekilde iletilir? (bk. tavsiyeler 3,11 ve 18)

Yerel Kapasite Oluşturulması

Değerlendirme, hangi kararların alınmasına yönelik bilgi sağlamalıdır? (bk. tavsiyeler 1,3 ve 15)

Değerlendirme, toplumun kendi sorunlarını ele alma becerisi ve buna hazır olma durumunun değerlendirilmesi ve güçlendirilmesine nasıl yardımcı oluyor? (bk. tavsiyeler 5, 10,11,13 ve 21)

Sorun veya konuları ve kabul edilebilir çözümleri kim tanımlıyor? Değerlendirme yöntemleri, gündemin belirlenmesi ve müdahalelerin seçilmesi, uyarlanması ve sürdürülmesi için toplumda sorumluluk paylaşımına katkıda bulunuyor mu? (bk. tavsiyeler 1,2,4,7-10,13 ve 20)

Değerlendirme; girişimin, hizmet etmesi planlanan topluma karşı sorumlu olmasına yardım ediyor mu? (bk. tavsiyeler 1,5,8 ve 15)

Değerlendirme, toplum kontrolüne nasıl katkıda bulunuyor veya toplum kontrolünü nasıl sınırlandırıyor? Değerlendirme, toplumun yerel sorunları anlama ve bunlar için çözümler geliştirme kapasitesini nasıl güçlendiriyor? Değerlendirme yerel halkın sorunları çözmesine ve bağımsız kararlar almasına yardımcı oluyor mu? (bk. tavsiyeler 1,5 ve 7-13)

Gelişim Sürecinin Sürekli Kısmı

Değerlendirme, girişimin iyileşmesi ve uyum sağlamasına yardım etmeye yetecek kadar erken başlıyor mu? İnsanların, girişimin daha uzak sonuçları olup olmadığını anlamasına yardımcı olacak kadar uzun sürüyor mu? (bk. tavsiyeler 14 ve 18)

Değerlendiriciler zarar vermekten kaçınıyor mu? (bk. tavsiyeler 3 ve 16) Örneğin eğer girişim yasadışı veya sosyal yaptırımı olan bir davranışı ele alıyorsa (mesela uyuşturucu kullanımı veya şiddet) mahremiyet sağlamak için ne gibi özel tedbirler alınıyor?

Değerlendiriciler ilgili bilgileri paydaşlarla önemli kararları etkileyecek kadar sık şekilde ve doğru zamanlarda paylaşıyor mu? (bk. tavsiye 3)

Girişimleri Teşvik Etmek İçin Pozitif Sonuçların Kullanılması

Değerlendirme, girişim ve girişimin temel bileşenlerinin sürdürülebilirliği ve kurumsallaştırılmasına nasıl katkıda bulunuyor? (bk. tavsiyeler 7,10,13 ve 19)

Girişimin sürekli destek sağlayıp sağlamadığına ve girişim veya bileşenlerinin yayılması gerekip gerekmediğine karar vermek için hangi kriterler kullanılıyor? (bk. tavsiyeler 1,3 ve 15-18) Kriterlerin belirlenmesi işine kimler katılmalıdır? Sonuçlar pozitif olmazsa ne olur?

Toplum Sağlığı ve Kalkınmaya Yönelik Bütünleşik Destek Sistemi

Değerlendirme, faydalı mı? Değerlendirmenin ölçütleri ve geri bildirimleri girişimin istenen sonuçlarına ne derece tekabül ediyor? (bk. tavsiyeler 3,5 ve 16)

Değerlendirme, yapılabilir mi? Yoksa toplum girişimi için bir yük mü? Girişimin belirlenmiş sorunları etkileme kapasitesini azaltıyor mu? Değerlendirmenin zaman, çaba ve parasal maliyeti, faydalarının ışığında haklı çıkıyor mu? (bk. tavsiyeler 3,5,14 ve 16)

Uygulayıcı ve Politika Yapıcılar İçin Tavsiyeler

Tavsiyeleri, katalizör ve mantık modellerinin 5 safhasına göre gruplandırıyor (bk. Şekil 11.1 ve 11.2) ve bu tavsiyeleri uygulayıcılara (özellikle toplum araştırmacıları ve uygulayıcıları) ve politika yapıcılara (seçimle gelmiş ve atanmış görevliler ve finansman kurumları dâhil) sunuyoruz.

Müşterek Planlamanın Desteklenmesi

1. Politika yapıcılar ve uygulayıcılar toplum üyelerini şu konularda desteklemeli ve yardımcı olmalıdır:
 - Toplum sağlığı ve kalkınma sorunlarının belirlenmesi ve yerel olarak tanımlanmış sorun ve varlıkları belgelendiren verilerin toplanması,
 - Stratejik planlama: Vizyon, misyon, amaçlar, stratejiler ve eylem planları belirlenmesi.

2. Uygulayıcılar ve politika yapıcılar, girişim için kilit paydaşların çıkarlarını yansıtan bir değerlendirme planı geliştirmesine toplum üyelerinin de katılabilmesi için fırsatlar yaratmalıdır.
3. Uygulayıcılar şunları yapmalıdır:
 - Toplumun sorunlarına yönelik risk faktörleri ile koruyucu faktörler hakkında ve bunların ele alınmasına yönelik en umut vaat edici uygulamalar hakkında bilgi geliştirilmesi ve iletimi,
 - Yerel açıklamaların ve bilginin ortaya çıkmasına yardımcı olmak ve eldeki verilerin kritik analiz ve yorumlanmasına yardımcı olmak,
 - Toplum girişimleriyle karşılıklı bir ilişki geliştirilmesi, teknik yardım ve kaynak sağlanması, bilgi ve veri taleplerinde bulunulması,
 - Araştırma planları, çizelgeler, beklenen sonuçlar ve verilerin toplum üyeleri ve paydaşlarla geliştirilmesi ve düzenli olarak incelenmesi.

Toplumsal Uygulama, Eylem ve Değişimin Desteklenmesi

4. Uygulayıcılar ve politika yapıcılar şunları yapmalıdır:
 - Müdahale seçmeleri için toplum üyelerine fırsatlar yaratılması; önemli ve yapılabilir şeylerle ilgili yerel bilgileri ve uzman bilgilerini yansıtan ve arzu edilen toplum değişikliklerine öncelik verilmesi,
 - Toplum girişimlerinin değişiklik katalizörü olmak için teşvik edilmesi, çabaların sadece bireysel davranışlardan ziyade çevrenin değiştirilebilir özelliklerini dönüştürmeye odaklanması.
5. Uygulayıcılar şunları yapmalıdır:
 - Süreçten ziyade komite kurulması veya eylem planları veya hibe başvurularının tamamlanması gibi planlama ürünlerinin altının çizilmesi,
 - Umut vaat eden müdahalelerin ve en iyi uygulamaların belirlenmesi, geliştirilmesi ve uygulanması konusunda teknik destek ve geri bildirim verilmesi,
 - İlgi odağındaki müdahalelerin veya girişim bileşenlerinin davranış, risk faktörü ve sonuçlar üzerindeki fiili etkisinin değerlendirilmesi amacıyla paydaşlara etkisinin değerlendirilmesi,
 - Girişim için önemli olan süreç ölçütlerine yönelik değerlendirme yapılması ve geri bildirim verilmesi (örneğin medya kapsamının birimleri, toplum üyelerinin ve katılımcı organizasyonların sayısı, ortaya çıkarılan kaynaklar ve verilen hizmetler).
6. Çevrenin sağlık ve kalkınmayı desteklemek üzere nasıl değiştiğini göstermek amacıyla politika yapıcılar, girişimin kolaylaştırdığı toplum veya sistem değişiklikleri (yeni veya değiştirilmiş programlar, politikalar veya uygulamalar) için bir ölçüt talep etmeli ve uygulayıcılar bunu temin etmelidir.
7. Toplum modelleri ve müdahalelerinin yerel koşullara uymak üzere uyarlanmasına politika yapıcılar imkân tanımalı ve uygulayıcılar da bunu desteklemelidir.
8. Uygulayıcılar, yerel olarak uygulanan ve uyarlanan yeniliklerin etkili olup olmadığına karar vermek üzere süreç ve sonuç verileri toplamalıdır.
9. Politika yapıcılar, sürdürülebilirliğe yönelik uzun vadeli planlamaları teşvik etmeli ve destek sağlamalı (örneğin eğitim ve destek ağlarıyla bağlantı) ve

girişimlerin kurumsallaşmasını teşvik etmek için uzun vadeli finansmanı giderek azaltmalıdır.

10. Uygulayıcılar şunları yapmalıdır:
 - Kurumsallaşmanın bir göstergesi olarak toplum veya sistem değişikliklerinin sürdürülen (kamu kurumlarının politika, program veya bütçelerine eklenen) kısmının periyodik (yıllık) değerlendirmelerinin yapılması,
 - Toplum kapasitesine yönelik bir kanıt sağlamak üzere, sorunlar bakımından zaman içindeki toplum değişikliği oranları hakkında veri toplanması,
 - Toplum kapasitesi ve sosyal sermayeyle ilgili bir ölçüt sağlamak üzere, toplumdaki vatandaşların katılımı veya sistemlerdeki değişiklik hakkında veri toplanması.
11. Girişimin işleyişini iyileştirmek amacıyla politika yapıcılar, süreç ve sonuç verilerine ait düzenli geri bildirimler (aylık veya üç aylık) talep etmeli ve uygulayıcılar da bunu temin etmelidir.
12. Toplumun sorunlarının anlaşılmasına ve bu sorunları ele alma çabalarının iyileştirilmesine yardımcı olmak üzere uygulayıcılar, toplum değişikliğinin risk faktörü, kullanılan stratejiler, hedeflenen amaçlar ve uğraşılan ortamlara göre dağılımı konusunda geri bildirim vermelidir.
13. Politika yapıcılar, geniş kapsamlı bir toplum liderleri ekibinin girişimi uygulama kapasitesini artıran bir finansman sağlamalıdır (finansman talep etmek için eğitim sağlanması ve misyon, hedefler ve stratejileri gerçekleştirmek üzere toplum kapasitesinin desteklenmesi).

Daha Uzak Sonuçların Tespit Edilmesi ve Etkilenmesi

14. Uygulayıcılar şunları yapmalıdır:
 - Risk ve koruyucu faktörlerle (örneğin bildirilen tütün kullanımı veya fiziksel aktivite eksikliği) ilgili bildirilen davranışlar hakkında ve geçerli fizyolojik ölçütler hakkında (örneğin zindelik ölçütleri) veri toplanması,
 - Çevrenin sağlığa ne kadar olanak sağladığını ve zaman içinde nasıl değiştiğini değerlendirmek üzere dikey çevresel ölçütlerin kullanılması (toplum veya sistem değişikliği oranları ve bunların sağlık ve kalkınmayla ilgili toplum düzeyindeki göstergelerdeki değişikliklerle ilişkisi hakkında geleceğe yönelik vaka çalışmaları dahil),
 - Aynı zaman çerçevesi ve coğrafi alan içinde ilgili risk ve koruyucu davranış ve toplum düzeyindeki göstergeler hakkında veri toplamaya yönelik pratik ve standardize yöntemlerin geliştirilmesi (müdahalenin uygulandığı toplumlar ve uygun kıyaslama toplumları dâhil).
15. Toplum üyelerine ve diğer paydaşlara karşı sorumluluğu artırmak üzere girişimin başarılarının halk sağlığı veya sosyal açıdan önemini (örneğin misyon için algılanan önemi değerlendirmek üzere bir sonuç araştırmasının kullanılması) değerlendirme konusunda politika yapıcılar toplum üyelerini ve dış uzmanları cesaretlendirmeli ve uygulayıcılar da bunu desteklemelidir.
16. Girişim sürecinin ve sonuçlarının iyi şekilde anlaşılmasını artırmak için uygulayıcılar niteleyici yöntemler (örneğin temel bilgi kaynaklarıyla kritik

olaylar, engeller, kaynaklar ve çıkarılan dersler hakkında görüşmeler yapılması) kullanılmalıdır.

17. Politika yapımcılar, sonucu toplumlar için önemli kılmaya yardımcı olan finansman mekanizmaları sağlamalıdır. Bu mekanizmalar arasında büyük toplum değişikliği oranlarına ait kanıtlara dayalı birçok yılı kapsayan hibelerin yıllık olarak yenilenmesi ve daha uzak sonuçlardaki iyileşmeler için sonuç kâr payları veya teşvik primleri verilmesi olabilir.
18. Uygulayıcılar şunları yapmalıdır:
 - Personel, toplum üyeleri, kurul üyeleri ve finansman kurumları gibi birçok girişim katılımcısına, sağlık ve kalkınma sonuçları, davranışsal risk ve koruyucu faktörler ve toplum değişikliği hakkında erken şekilde ve düzenli olarak geri bildirim verilmesi,
 - Değerlendirme verilerini paydaşlara sunmak için anlamlı yollar geliştirmek üzere girişim liderleriyle iş birliği yapılması.

Yayma Çalışmalarının Desteklenmesi

19. Yerel çabalar için daha geniş bir hedef kitle yaratmak üzere uygulayıcılar, toplum üyeleri ve girişim personeliyle iş birliği içerisinde yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası platformlarda verileri sunmalıdır.
20. Uygulayıcılar ve politika yapımcılar, etkili olduğu bilinen programlar ile bu programların bileşenleri hakkındaki bilgileri yaymalı ve diğer toplumları da buna teşvik etmelidir.
21. Politika yapımcılar ve uygulayıcılar, başarılı müdahaleler, umut vaat eden uygulamalar ve çalışma sırasında çıkarılan dersler hakkındaki bilgileri yaymak üzere tüm iletişim araçlarını kullanmalıdır.

Sonuç

Aşağıdaki kapsamlı soruya yanıt verilmesi, bir toplum değerlendirmesinin faydalarını tayin edebilir. Değerlendirme,

- Toplum girişiminin anlaşılması ve
- Toplum ve kapasitesinin değer verilen sonuçları etkilemek üzere geliştirilmesine nasıl katkıda bulunmaktadır (veya onu nasıl sınırlandırmaktadır)?

Bu bakış açısı, geleneksel fayda değerlendirmesinin amaçlarını daha da güçlendirmektedir (33). Geleneksel değerlendirme paradigması, bir araştırma sorusuna yanıt almak için toplum koşullarının, katılımcıların ve de müdahalelerin nasıl yapılandırılacağını sormaktadır. Buna karşın toplum değerlendirmesi paradigması, toplum için neyin daha iyi olduğunu anlamak ve bunu iyileştirmek için değerlendirmenin nasıl yapılandırılması gerektiğini sormaktadır.

Toplum değerlendirmesinde toplum üyeleri, finansman kurumları ve değerlendiriciler yerel bağlama uyacak değerlendirme stratejileri seçmek üzere iş birliği yapmaktadır. Strateji karışımını belirleyen faktörler; ele alınacak olan sağlık ve kalkınma sonuçları,

paydaşların ilgi ve ihtiyaçları, mevcut kaynaklar ve seçilen müdahale yöntemlerinin türlerinden oluşmaktadır. Örneğin bir yaralanmayı önleme girişi; şiddet, yol kazaları ve diğer yerel unsurlarla ilgili ölüm ve yaralanma insidansını takip etmek üzere yerel klinikle iş birliği yapılabilir. Çocuk refahına odaklanan bir girişim, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin doğrudan gözlemlenmesini çok pahalı bulabilir. Ancak yoksulluk sınırının altında yaşayan çocukların sayısı ve diğer göstergelerle ilgili verileri toplamak için arşivleri kullanabilir.

Topluma yönelik bir durum analizi, yerel düzeyde sağlık ve kalkınma planlaması konusunda atılacak en önemli adımdır (19). Toplum değerlendirmesi, bir toplumun durumu hakkında bilgi topladığı ve yerel açıdan önemli sorunları belirlediği gelişim sürecine bilgi sağlar. İdeal olarak toplum değerlendirmesi, destek sisteminin erken ve ayrılmaz bir parçasıdır. Kültürel açıdan hassas hedef ve stratejilerin seçilmesi için bilgi toplanmasına yardımcı olur. Daha sonra toplumun harekete geçirilmesinde ve belirlenmiş sorunlarında kaydedilen ilerlemeyi belgelendirir. Değerlendirme yöntemleri, bir bilgi temeli oluşturulmasına katkıda bulunur. Bunun sayesinde toplum liderleri, araştırmacılar ve finansman kurumları, toplum değişikliğini destekleyen veya engelleyen sosyal ve kültürel şartları ve süreçleri daha iyi anlayabilir.

Toplumların, yerel koşulları değiştirme sorumluluğunu kabul etmelerine imkân veren mali kaynaklar veya hizmet ağları gibi değişikliğe yönelik yerleşik mekanizmaları olabilir (84). Toplum değerlendirmesi, toplumların değişme becerilerini fark etmelerine ve buna göre hareket etmelerine yardımcı olabilir. Bu çabada toplumun, değerlendirme ekibiyle bir iş birliği ilişkisi vardır. Çünkü bu ikisi girişi anlamak ve iyileştirmek için bir arada çalışmaktadır. Toplumlar, toplum sağlığının iyileşmesiyle ilgili değişiklikleri başlatmak ve belgelendirilmelerine yardımcı olmak üzere mevcut kaynakları belirler ve mobilize eder. Bu tip değişiklikleri belgelendirmek vasıtasıyla toplum değerlendirmesi, toplum üyelerini ve liderlerini değişikliğin nerede gerçekleştiğini (ve gerçekleşmesi gerektiğini) keşfetmeleri konusunda harekete geçirebilir.

Fakat toplumlar değişikliği kolaylaştırmadığı zaman toplum değerlendirmesi ekibinin rolü, hesap verebilirliğin teşvik edilmesine doğru kayabilir. Uzun dönemlerde elde edilen ara ve temel sonuçlar az olduğunda mesela yerel vakıf yöneticileri ve finansman kurumları, liderleri düzenleme yapma konusunda teşvik etmek için toplum değerlendirmesi verilerini kullanabilir. Aşırı durumlarda, toplum girişimleri yerel liderlikte değişiklik sağlamaya teşvik edilebilir. Sonuçların yerel uygulayıcılar için önemli olmasını sağlamaya yardımcı olmak amacıyla finansman kurumları finansmanı yapılandırarak yıllık finansman yenilemesini, ilerleme kanıtlarının olması şartına bağlayabilir.

Toplum kapasitesinin tespit edilmesi, toplum değerlendirmesi için özellikle önem arz eden bir zorluktur. Ancak Kansas Girişimleri'nde de görüldüğü üzere toplum değişikliği, umut vaat eden bir tedbirdir. Örneğin madde bağımlılığını önlemeye

yönelik bir toplum girişimi, zaman içinde konuyla ilgili sürekli bir toplum değişikliği şablonu ortaya koyuyor ve daha uzak sonuçlarda da iyileşmeler görölüyorsa (örneğin bildirilen uyuşturuıcı kullanımı) bu toplum girişiminin, sürekli değişim göstermeyen bir benzerine kıyasla daha fazla toplum kapasitesi ortaya koyduğu söylenebilir. Aynı girişimin üyelerinin daha sonra yeni bir misyon veya sorunla ilgili toplum değişikliklerini etkilediğini gösteren kanıtlar (gençlerdeki şiddetin önlenmesi), kapasite artışıyla ilgili daha fazla kanıt sağlar. İleri araştırmalar; toplum kapasitesi (85), toplum yeterliliğinin ilgili yapıları (43) ve sosyal sermaye (86,87) ile ilgili çeşitli hassas ve güvenilir tedbirler belirlenmesine yardımcı olabilir.

Başarılı toplum ortaklıkları; yerel koşullara en uygun müdahale ve uygulamaları oluşturur, kabul eder veya adapte eder. Müdahalelerin uyarlanma ve uygulanma şekli, sonuçta ne olduğu kadar önemli bir araştırma konusu hâline gelmektedir (47). İleri araştırmalar, yeniden keşfetme sürecinin desteklenmesi ve belgelendirilmesi sanatını daha iyi hâle getirebilir. Bu bilgiler, sağlık ve kalkınmanın desteklenmesi için bağlama uygun çabaları destekleme kapasitesini artırmalıdır.

Bilim adamları ve toplumlar arasındaki ilişkinin, sağlık ve kalkınmaya yönelik toplum ortaklıkları bağlamında değişime uğradığı görölmektedir. Bu durum, geleneksel bilim ve uygulama usullerinde ufak çaplı bir devrim olduğu anlamına gelebilir (88). 1980'lerin sonunda finansman uygulamalarında bir yenilik olarak toplum temelli finansman ortaya çıkmıştır. Toplumlar hakkında veya bünyesinde müdahaleler tasarlamak ve uygulamak üzere öncelikle araştırmacı bilim adamlarına değil toplumların sorunlarını ele almak üzere toplumlara hibeler verilmesi söz konusu olmuştur. Geleneksel yöntemler, toplumlar üzerindeki kontrolün üzerinde durmaktaydı ve toplum girişimlerinin çok yönlü amaçlarını gerçekteştirmiyordu. Bu amaçlar arasında anlayış, iyileşme, kapasite ve özerkliğin artması vardı. Geleneksel araştırma ve değerlendirme yöntemlerinin yetersizliklerinden kaynaklanan yaygın hoşnutsuzluk ve bunların amaçları hakkındaki temel varsayımlardaki sorunlar, yeni toplum odaklı müdahale ve değerlendirme yaklaşımlarının ortaya çıktığı koşulları yaratmıştır.

Yeni bir paradigma; model, yöntem ve uygulamalarda değişiklikler ortaya koymaktadır (88). Örneğin, burada ele alınan toplum değerlendirmesi sistemi, değişiklik katalizörleri olarak hareket eden toplum girişimlerinin incelenmesi ve iyileştirilmesi için kavramsal bir çerçevenin ana hatlarını çizmektedir. Yöntemler arasında süreç, ara sonuçlar ve daha uzak sonuçlar hakkındaki bilgilerin belgelendirilmesi ve geri bildirilmesi amacını taşıyan çeşitli destek faaliyetleri ve araçlar yer almaktadır (12,26,38,47,61). Hem kentsel hem kırsal alanlardaki toplum girişimleri vasıtasıyla ele alınan sorunların çeşitliliği, bu yaklaşımın genelleştirilebilir olduğunu göstermektedir.

Toplum girişimlerini destekleme ve değerlendirme alanındaki aday yaklaşımların kabul edilmek için diğer yaklaşımlara kıyasla avantajlarını göstermeleri

gerekmektedir (47,88). Yeni model ve yöntemler, diğer model ve yöntemlerin iyi şekilde ele alamadığı sorunları çözmelidir. Örneğin bir toplum değerlendirmesi sistemi, toplum girişimlerinin ara sonuçlarından biri olan toplum değişikliği hakkında bilgi toplama ve geri bildirme kapasitesi sunabilir. Yeniliğin aynı zamanda öncelikli ve rakip yöntemlerin güçlü yönlerini de barındırması gerekir. Yani toplum değerlendirmesi yaklaşımlarının; halk sağlığı modelleri (19), davranış bilimindeki uygulamalı araştırma yöntemleri (41), toplumsal kalkınma alanındaki stratejiler (23) ile koruma ve (13,89) güçlendirme (90,91) gibi kilit yapı taşlarının güçlü yönlerinden de faydalanması gerekmektedir.

Son olarak toplum değerlendirmesi alanındaki aday bir yaklaşım, geride yeni veya kabul edilmiş paradigmalara ilgilenecek bilim adamları ve uygulayıcılar tarafından ele alınacak çözümlenmemiş konular ve sorular bırakmalıdır. Burada altı çizilen birçok konu ve bunlarla ilgili tavsiyeler, katkı yapılabilir birçok boşluk sunmaktadır. Belki bu ve diğer yaklaşımlar, toplum girişimlerinin gizemlerinin çözülmesine ve gücünün ortaya konmasına yardımcı olacaktır. Bu tip çabalar, toplumların kapasitesine katkıda bulunabilir. Ayrıca şimdiki ve gelecek nesillerde sistemlere, yerel olarak değer verilen ve değişime uğramakta olan sağlık ve kalkınma konularının ele alınması konusunda destek olabilir.

Kaynaklar

1. HAWKINS, J.D. & CATALANO, R.F. *Communities that care*. San Francisco, Jossey-Bass, 1992.
2. ROSENBURG, M.L. & FENLEY, M.A. *Violence in America: a public health approach*. New York, Oxford University Press, 1991.
3. KOO, H. ET AL. Reducing adolescent pregnancy through a school and community-based intervention: Denmark, South Carolina, revisited. *Family planning perspectives*, 26(5): 206-211, 217 (1994).
4. ZIMMERMAN, M.A. & FREUDENBERG, N., ED. *AIDS prevention in the community: lessons from the first decade*. Washington, DC, American Public Health Association, 1995.
5. PUSKA, P. ET AL. *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki, National Public Health Institute, 1995.
6. GABARINO, J. & KOSTLENY, K. Neighborhood-based programs. In: Melton, G.B. & Barry, F.D., ed. *Protecting children from abuse and neglect: foundations for a new strategy*. New York, Guilford Press, 1994.
7. FLETCHER, S. Fear on the farm: rural women take action against domestic violence. *Women & environments*, 38: 27-29 (1996).
8. COMMITTEE ON TRAUMA RESEARCH, COMMISSION ON LIFE SCIENCES, NATIONAL RESEARCH COUNCIL AND INSTITUTE OF MEDICINE. *Injury in America: a continuing public health problem*. Washington, DC, National Academy Press, 1985.
9. ESTEVA, G. & PRAKASH, M.S. From global to local thinking. *The ecologist*, 24(5): 162-163 (1994).
10. BRACHT, N., ED. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
11. SCHORR, L.B. *Common purpose: strengthening families and neighborhoods to rebuild America*. New York, Doubleday, 1997.
12. FAWCETT, S.B. ET AL. Promoting health through community development. In: Glenwick, D. & Jason, L.A., ed. *Promoting health and mental health: behavioral approaches to prevention*. New York, Haworth, 1993.
13. KELLAM, S.G. & REBOK, G.W. Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In: McCord, J. & Tremblay, R.E., ed. *Preventing antisocial behavior: intervention from birth through adolescence*. New York, Guilford Press, 1992.
14. FREUDENBERG, N. Shaping the future of health education: from behavior change to social change. *Health education monographs*, 6(4): 372-377 (1978).
15. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
16. GREEN, L.W. & RAEBURN, J.M. Health promotion: what is it? What will it become? *Health promotion*, 3: 151-159 (1988).
17. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health Canada, 1986.
18. ASHTON, J. ET AL. Healthy Cities: WHO's new public health initiative. *Health promotion*, 1: 55-60 (1986).
19. GREEN, L.W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and*

- environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
20. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Planned approach to community health: guide for the local coordinator*. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
 21. DUNHAM, A. Some principles of community development. *International review of community development*, 11: 141-151 (1963).
 22. GOULET, D. *The cruel choice: a new concept in the theory of development*. New York, Atheneum, 1971.
 23. ROTHMAN, J. & TROPMAN, J.E. Models of community organization and macro practice perspectives: their mixing and phasing. In: Cox, F.E., ed. *Strategies of community organization: macro practice*. Itasca, F.E. Peacock Publishers, 1987, pp. 3-26.
 24. *Social progress through community development*. New York, United Nations, 1955.
 25. GREEN, L.W. The theory of participation: a qualitative analysis of its expression in national and international health policies. *Advances in health education and promotion*, 1: 211-236 (1986).
 26. FAWCETT, S.B. ET AL. *Evaluating community efforts to prevent cardiovascular diseases*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1995.
 27. VOTH, D.E. Evaluation of community development. In: Christenson, J.A. & Robinson, J.W., ed. *Community development in perspective*. Ames, Iowa State University Press, 1989, pp. 219-252.
 28. WINDSOR, R.A. ET AL. Evaluating program effectiveness. *Evaluation of health promotion and education programs*. Palo Alto, Mayfield, 1984, pp. 126-170.
 29. STULL, D. & SCHENSUL, J. *Collaborative research and social change: applied anthropology in action*. Boulder, Westview, 1987.
 30. DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
 31. GREEN, L. W., ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
 32. WHYTE, W.F., ED. *Participatory action research*. Thousand Oaks, Sage, 1991.
 33. FAWCETT, S.B. ET AL. Empowering community health initiatives through evaluation. In: Fetterman, D.M. et al., ed. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996, pp. 161-187.
 34. FETTERMAN, D.M. ET AL., ED. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
 35. LEWIN, K. Action research and minority problems. *Journal of social issues*, 2(4): 34-46 (1946).

36. ARGYRIS, C. ET AL. (1985). *Action science*. San Francisco, Jossey-Bass.
37. WHO-EURO Working Group on Health Promotion Evaluation: executive summary report of meeting, Atlanta, Georgia, USA, July 27-28, 1995. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document).
38. FRANCISCO, V.T. ET AL. A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions. *Health education research: theory and practice*, 8: 403-416 (1993).
39. WHEATLEY, MJ. *Leadership and the new science*. San Francisco, Berrett-Koehler Publishers, 1992.
40. FAWCETT, S.B. ET AL. Using empowerment theory to support community initiatives for health and development. *American journal of community psychology*, 23(5): 667-697 (1995).
41. FAWCETT, S.B. Some values guiding community research and action. *Journal of applied behavior analysis*, 24: 621-636 (1991).
42. PUBLIC HEALTH SERVICE. *Healthy people 2000. National health promotion and disease prevention objectives. Conference edition*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990.
43. ENG, E. & PARKER, E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between program evaluation and empowerment. *Health education quarterly*, 21(2): 199-220 (1994).
44. CAMPBELL, D.T. & STANLEY, J.C. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston, Houghton Mifflin, 1963.
45. KOEPESELL, T.D. ET AL. Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs. *Annual review of public health*, 13: 31-57 (1992).
46. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.
47. ROGERS, E.M. *Diffusion of innovations*. New York, Free Press, 1995.
48. PATTON, M.Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage, 1980.
49. STUFFLEBEAM, D.L. Empowerment evaluation, objectivist evaluation, and evaluation standards: where the future of evaluation should not go and where it needs to go. *Evaluation practice*, 15(3): 321-338 (1994).
50. SANDERS, J.R. & JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. *Program evaluation standards: how to assess evaluations of educational programs*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
51. STECKLER, A. & GOODMAN, R.M. How to institutionalize health promotion programs. *American journal of health promotion*, 3(4): 34-44 (1994).
52. FAWCETT, S.B. ET AL. Conducting intervention research: the design and development process. In: Rothman, J. & Thomas, E.J., ed. *Intervention research: design and development for human service*. New York, Ha-worth, 1994, pp. 25-54.
53. PAINE-ANDREWS, A. ET AL. Replicating a community-based initiative for the prevention of adolescent pregnancy: from South Carolina to Kansas. *Family and community health*, 19(1): 14-30 (1996).

54. ANDREASEN, A.R. *Marketing change: changing behavior to promote healthy social development and the environment*. San Francisco, Jossey-Bass, 1995.
55. KELLY, J.G. *A guide to conducting prevention research in the community*. New York, Haworth Press, 1988.
56. HIMMELMAN, A. *Communities working together for change*. Minneapolis, MN, 1992 (unpublished manuscript).
57. MITCHELL, R.E. ET AL. A typology of prevention activities: applications to community coalitions. *Journal of primary prevention*, 16(4): 413-436 (1996).
58. BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative debate. *Social science and medicine*, 40(4): 459-468 (1995).
59. CARLETON, R.A. ET AL. The Pawtucket Heart Health Program: community changes in cardiovascular risk factors and projected disease risk. *American journal of public health*, 85: 777-785 (1995).
60. MITTELMARK, M.B. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14: 437-462 (1993).
61. FAWCETT, S. B. ET AL. *Work Group evaluation handbook: evaluating and supporting community initiatives for health and development*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1995.
62. COBB, R. & ELDER, C. *Participation in American politics: the dynamics of agenda building*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1983.
63. PAINE-ANDREWS, A. ET AL. Assessing community health concerns and implementing a microgrant program for self-help initiatives. *American journal of public health*, 84(2): 316-318 (1994).
64. WALLACK, L. ET AL. Doing media advocacy. Wallack, L. et al. *Media advocacy and public health*. Thousand Oaks, Sage, 1993.
65. FAWCETT, S.B. ET AL. Evaluating community coalitions for the prevention of substance abuse: the case of Project Freedom. *Health education and behavior*, 24(6): 812-828 (1997).
66. MCKNIGHT, J.L. & KRETZMAN, J.P. *Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets*. Evanston, IL, Center for Urban Affairs and Policy Research, Neighborhood Innovations Network, 1993.
67. STECKLER, A. ET AL. Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health education quarterly*, 19: 1-8 (1992).
68. PARCEL, G.S. ET AL. Beyond demonstration: diffusion of health promotion innovations. In: Bracht, N., ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
69. VINCENT, M.L. ET AL. Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *Journal of the American Medical Association*, 257(24): 3382-3386 (1987).
70. PAINE-ANDREWS, A. ET AL. Community coalitions to prevent adolescent substance abuse: the case of the *Project Freedom* replication initiative. *Journal*

- of prevention and intervention in the community*, 14(1/2): 81-99 (1996).
71. JOHNSTON, J. ET AL. Kansas LEAN: an effective coalition for nutrition education and dietary change. *Journal of nutrition education*, 28(2): 115-118(1996).
 72. PAINE-ANDREWS, A. ET AL. Evaluating a statewide partnership for reducing risks for chronic diseases. *Journal of community health*, 22(5): 343-359(1997).
 73. RICHTER, K.P ET AL. Measuring the health environment: a review of the literature and applications for community initiatives. *Preventive medicine*, 31(2): 98-111 (2000).
 74. FAWCETT, S.B. ET AL. The concerns report method: involving consumers in setting local improvement agendas. *Social policy*, 13(4): 36-41 (1982).
 75. FAWCETT, S .B. ET AL. *Preventing adolescent substance abuse: an action planning guide for community-based initiatives*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1994.
 76. FAWCETT, S.B. ET AL. *Preventing adolescent pregnancy: an action planning guide for community-based initiatives*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1994.
 77. FAWCETT, S.B. ET AL. *Preventing youth violence: an action planning guide for community-based initiatives*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1994.
 78. FAWCETT, S.B. ET AL. *Reducing risk for chronic disease: an action planning guide for community-based initiatives*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1995.
 79. FAWCETT, S.B. ET AL. *Preventing child abuse and neglect: an action planning guide for building a caring community*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1996.
 80. RICHTER, K.P. ET AL. *Promoting health and wellness among older adults: an action planning guide for community-based initiatives*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1998.
 81. LEWIS, R.K. ET AL. Evaluating the effects of a community coalition's efforts to reduce illegal sales of alcohol and tobacco products to minors. *Journal of community health*, 21(6): 429-436 (1997).
 82. HARRIS, K.J. ET AL. Reducing elementary school children's risks for chronic diseases through school lunch modifications, nutrition education, and physical activity interventions. *Journal of nutrition education*, 29(4): 196-202(1997).
 83. TEUTSCH, S.M. A framework for assessing the effectiveness of disease and injury prevention. *Morbidity and mortality weekly report*, 41(RR-3): 1-12(1992).
 84. HOMAN, M.S. *Promoting community change*. Pacific Grove, Brooks/ Cole, 1994.
 85. GOODMAN, R.M. ET AL. An initial attempt at identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health education and behavior*, 25(3): 258-278 (1998).

86. KREUTER, M.W. ET AL. *Social capital: evaluation implications for community health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document).
87. PUTNAM, R.D. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy*, 6(1): 64-78 (1995).
88. KUHN, T. *The structure of scientific revolutions*. Chicago, University of Chicago Press, 1970.
89. PRICE, R.H. ET AL., ED. *14 ounces of prevention: a casebook for practitioners*. Washington, DC, American Psychological Association, 1988.
90. RAPPAPORT, J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, 9: 1-25 (1987).
91. WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health education quarterly*, 21: 141-148 (1994).

Okullarda Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi: Düşünceler

Sarah Stewart-Brown²

Bu fasıl, okullarda bazıları hâlâ devam etmekte olan bir dizi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi incelemesinden elde edilmiş deneyimlerden yararlanmaktadır (1,6). Ayrıca okul sağlığının geliştirilmesindeki deneysel araştırmaların ve sistematik değerlendirmelerin bazı güçlü yönlerini ve zorluklarını anlatmaktadır. Buna ilaveten bu fasıl, okul sağlık programlarının geliştirilmesi ve değerlendirmesinde bazıları okul ortamına özgü ve bazıları da çeşitli ortamlarda yürütülen programlarla ilişkili olan konuları ortaya koymaktadır. Sonuç kısmında ise okul sağlığının geliştirilmesi programlarının gelecekteki gelişimi ve değerlendirilmesi konusunda verilen tavsiyeler yer almaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi İçin Bir Ortam Olarak Okulların Durumu

Bir asırdan fazla bir süredir, okullar sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla tasarlanmış girişimler için uygun birer ortam olduklarını kanıtlamıştır. Bu, hem teorik hem de pratik bir takım sebeplerden dolayı meydana gelmiştir. Gerek sağlık gerekse eğitim alanlarındaki karar alıcılar, sağlık ve bilginin birbirine bağlı olduğunun farkındadır. Çocukların eğitimden tam olarak yararlanmaları için sağlığa gereksinimleri vardır ve öğrenme sağlığın korunmasında önemlidir. Eğitimin zorunlu olduğu ülkelerde okullar, ailelerinden bağımsız olarak bütün çocuk nüfusuna tam erişim sağlar. Okullar, sağlığa zararlı davranışta bulunmadan önce çocuklara ulaşabilir. Bu nedenle okullar, programın temini için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarına en azından kısmen serbest bir altyapı sağlar.

Bazı ülkelerde okullar; fiziksel ve sosyal çevrelerinin sağlığa destek olmasını sağlamaya çalışan (sigara politikaları, sağlıklı okul yemekleri ve dinlenme tesisleri gibi) tarama ve aşılama programlarından kliniklerin temin edilmesine, sınıf sağlığı eğitim programlarından toplumsal yardım girişimlerine kadar her tür sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi girişimlerinin uygulandığı ortamlardır (7,8). Fiziksel çevrelerin desteklenmesi genel olarak hastalık önleme girişimi, sosyal çevrelerin desteklenmesi ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak bilinir. Fakat bu ikisi arasında ayırım yapmak her zaman kolay değildir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin en geniş anlamda kabul gören tanımı, güçlendirme kavramını

2 Bu fasılda tanımlanmış sistematik incelemeler İngiltere’de Oxford Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma Birimi (HSRU)’nden Sarah Chapman, John Fletcher, Jane Barlow ve Jane Wells, York Üniversitesi İnceleme ve Yayın Merkezi’nden Deborah Lister-Sharpe ve Amanda Sowden ile bağlantılı olarak yürütülmüştür. Onlarla çalışmaktan büyük zevk aldım. Onların çalışması olmadan bu fasıl yazılamazdı. HSRU İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri İdaresi (Anglia ve Oxford) tarafından desteklenir. İngiltere Sağlık Teknoloji Değerlendirme Programı, okullarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi incelemelerinin gözden geçirilmesine devam edilmesi için çalışmaları finanse etmiştir.

içermektedir (9). Eğer sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çocukların, kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmalarını sağlayan bir süreçse okullarda önleyici hizmetlerin sunulması ve bu hizmetlere erişimin arttırılması sağlığı geliştirebilir. Hizmetin temin edilmesi bakımından karşılaştırıldıkları zaman bu ikisi aradaki ayırım, içerik ve hedefe daha az dayalı olabilir: örneğin, hizmetin zorlama içerip içermediği veya gençlere gerçek bir seçenek sunup sunmadığı gibi.

Okullar ve diğer ortamlardaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin yürüttüğü çalışma ve görülen gelişmeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik farklı yaklaşımların sinerjik olabileceği ve etkili programların çok yönlü bir yaklaşım gerektirebileceğinin farkına varılmasına öncülük etmiştir (7). Okul sağlığını geliştirme çalışmalarında, bu durum okul kadrosu kadar ebeveynler ve toplumun da kapsanması anlamına gelir; bu sayede öğrenciler uygun mesajları algılayabilir. *Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı* (European Network of Health Promoting Schools -ENHPS), bu çok yönlü yaklaşımı ele almaktadır (8). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, Avrupa Komisyonu ve Avrupa Konseyi'nin ortaklaşa geliştirdiği bu girişim, katılımcı okullardan 3 alanda çalışmalarını istemektedir: ilki sağlığı destekleyen bir okul ortamı ve çevre geliştirme, ikincisi aileler ve topluluklarla birlikte çalışma, üçüncüsü öğretim programı içerisinde sağlık eğitimi vasıtasıyla öğrencilerle beraber çalışma (10). Bu girişim, kendine saygının sağlık için önemli olduğu ve sağlığa ilişkin davranıştaki değişikliklerin baskıyla değil güçlendirme yoluyla başarılması gerektiği anlayışı üzerine kurulmuştur. Çok yönlü girişimler karmaşıktır ve değerlendirilmeleri birçok zorluk ortaya koymaktadır. 1995 DSÖ Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı değerlendirmesi, sağlığı geliştiren okulların değerlendirilmesi için bir çerçeve önermiştir (11). Bu çerçeve, 3 çeşit değerlendirme tanımlamıştır: ilki girişim sürecine odaklanma, ikincisi her 2 ara faktör üzerindeki etkisi, üçüncüsü sağlık veya iyi sağlık durumu.

Deneyisel Çalışmaların Rolü

Birçok durumda araştırma ve geliştirme için resmî değerlendirme mutlaka gerekli değildir. İnsanlar deneme yanılma yöntemiyle başarılı programlar geliştirebilir ve gözlem yaparak işe yarayıp yaramadıklarını öğrenebilir. Eğer program geliştiriciler kişisel önyargı etkisine karşı dayanıklı, hevesli gözlemcilerse bu süreç çok etkili olabilir. Resmî değerlendirme yararlıdır çünkü başkalarının da program geliştirenlerin deneyimlerinden ders çıkarmasını sağlar.

Değerlendirme gözlemsel veya deneysel olabilir. Gözlemsel çalışmalar; olayları, algılamayı veya değişiklikleri belgelemeyi amaçlar. Deneysel çalışmalar ise bir müdahale yapılırsa ne olacağını, genellikle elde edilen sonuçları müdahale yapılmaması veya başka bir müdahale yapılması durumunda elde edilecek sonuçlarla karşılaştırarak tanımlamayı hedefler. Deneysel çalışmalar, izlenen yol esnasında yapılan gözlemlerin yanlı olmadığını göstermek için yararlıdır. Yanlılığın çok yaygın olması nedeniyle deneysel çalışmalar tercih edilen yöntem hâlin gelmiştir. Oysaki bu çalışmalardaki birçok sınırlama, okul sağlığının geliştirilmesi araştırmasıyla ilgilidir.

Hem tasarım hem de veri toplama çalışmalarının dışarıdan kişiler tarafından kontrol edilmesi, araştırma personeline ilişkin veya gerek beklenen gerekse beklenmeyen etkilere ilişkin gözlem yapmak üzere deneye katılanlara engel teşkil eder. Katılımcı araştırmalar, araştırmacıların (müdahale hedefleri dâhil) elde ettikleri sonuçları daha fazla sayıda insana dayandırmaları ve buna bağlı olarak cevapları keşfetmelerine olanak sağlar. Katılımcıların kontrol sahibi olmadığını hissettikleri deneylerde katılımın başarılması zordur. Fasil 1 ile 4 arasında bu sorunlar daha detaylı şekilde ele alınmaktadır.

Randomize kontrollü deney sıkça en uygun deneysel tasarım olarak önerilmektedir (12). Çocukların tek tek randomize şekilde gruplara tahsisi, okul ders programlarında kabul edilemez aksamalara sebep olmaktadır. Sınıflar veya okullar, deney ve kontrol gruplarına randomize olarak ayrılabilir. Fakat bu hemen hemen bütün okul sağlığını geliştirme programlarının yaptığı gibi bilgi sağlamaya yönelik programların değerlendirmesinde başka bir probleme, yani kontrol ve program grupları arasında kontaminasyona neden olur. Yararlı bilgi, insandan insana yayılır. Randomize tahsis yapan okullar bu problemi azaltır ama yok edemez. Randomize tahsis edilen şehir ve topluluklar ise sorunu biraz daha azaltır. Bireyleri sınıflarına, okullarına veya şehirlerine göre gruplara ayırmak ise bağımsız gözleme dayalı istatistiksel analizde karışıklıklara neden olur. Aynı sınıftaki çocuklar birbiriyle paylaşım içindedir ve sınıf öğretmenlerinden etkilenir. Aynı okuldaki çocuklar, ortak bir okul kültürüne maruz kalmaktadır. Bu nedenle bu çocuklar genel nüfustan randomize olarak alınmış bir örneğe kıyasla büyük ihtimalle daha benzer sosyoekonomik geçmişlere sahip olacaklardır. Bu durum, komplikasyonların üstesinden gelmek, hem örnek boyut hesaplamalarını hem de sınıf içi korelasyonu dikkate almak amacıyla sonuç analizleri yapılmasını gerektirir (13). Bu süreç, örnek hacmini ve dolayısıyla değerlendirme çalışmalarının maliyetini önemli ölçüde artırma eğilimi içindedir. Ayrıca sınıflar arası korelasyonlar; kontrollü deneylerin sonuç analizini, randomize kontrollü deneylerin aksine teorik olarak etkilemektedir. Kontrollü deneyler, araştırmacıların hangi okulların müdahale alacağına karar verirken yanlı davranmış olabileceğine dair başka eleştirilere de konu olmaktadır.

Gerek kontrollü gerekse randomize kontrollü çalışma tasarımları, farklı okullarda yeniden üretilebilen standardize bir müdahalenin uygulanmasının mümkün ve makul olduğu varsayımına dayalı olma eğilimindedir. Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağında (10) ve bizim değerlendirme incelemelerimizde yer alan bazı çalışmalarda (3) okullar kendi katılımlarını ve mülkiyetlerini artırmaları için değerlendirme kapsamındaki programı özelleştirmeleri konusunda cesaretlendirilmiştir. Ancak çoğu çalışma, yine standardize edilmiş müdahaleleri incelemiştir. Standardize edilmiş müdahalelere olan gereksinim bütün ortamlarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi adına problemler yaratmaktadır. Randomize kontrollü deney, katılımcıların dirençsiz olmasını gerektirir. Bu durum, arzu edilen bir hedefin başarılması ve güçlendirilmesinde aktif katılımın esas önem teşkil ettiği sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının antitezidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi

programları, kendileri için imkânları dâhilinde zor bir şey yapmaları için katılımcılara olanak sağlamayı amaçlamaktadır. Ancak kendilerine yardımcı olmak için insanlara olanak sağlamak, onlar için bir şey yapmaktan daha zordur. Katılımcıların ihtiyaçlarına yönelik verilen yardım, standart bir paket sunmaktan daha etkili olabilir.

Sunum süreci okul ortamında bilhassa önemli olabilir. Çocuklar, özellikle de ilkökul çağındaki çocuklar, yetişkinlere göre daha çok rıza gösterir ve daha az eleştirel davranır. Bu nedenle çocukların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında karşılaşılan yanlış bilgileri tespit etme ihtimalleri daha düşüktür. Ayrıca çocuklar yönlendirmeye daha duyarlıdır. Örneğin yasadışı uyuşturucu maddelerin olduklarından daha zararlı olduklarının söylenmesi, çocukların tutumlarda kısa süreli gelişmeler yaratabilir. Ancak bu, sadece çocukların gelecekte öğretmenlerine ve diğer uzmanlara güvenlerinin azalmasına yol açacaktır. Bu yaklaşımlar, çocukların bilgilendirilmiş seçim yapma haklarını hiçe saymaktadır. Sunum sürecinin bu yönlerinin değerlendirmesi, deneysel çalışmalara ilave edilebilir (14). Fakat bunların ölçümüne duyarlı olan nitelikli metodolojiler, zaman alıcı ve pahalıdır.

Sonuç olarak birkaç baskı unsuru, okullarda olumlu ve istenilir olarak kabul edilmektedir. Bu durum, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının okullarda uygulanabilir olduğu, başka yerde uygulanmadığı anlamına gelir. Çocukların fiziksel olarak formda olduklarından emin olmak için fiziksel eğitimlerde yer almaları ve cinsel sağlığın ele alındığı derslere katılmaları gerekebilir. Çocukların öğle yemeği sırasındaki besin alımını değiştirmek, öğle yemeği veren ve başka hiçbir yiyeceğin bulunmadığı bir okulda nispeten kolaydır. Deneysel çalışmalar, (mesela risk faktörü yaygınlığının değiştirilmesinde uygulananlar çalışmaları) programların kısa süreli etkililiğini gösterebilir (15,16). Bu tür programlar, sağlıklı gıdaları başka türlü keşfetme fırsatı olmayabilecek çocuklarda bu sağlıklı yiyeceklere yönelik damak tadını ve egzersizi geliştirebilir. Ne var ki çocukların yer almak istemedikleri aktivitelere boyun eğmelerini gerektiren programlar, saygıdan ziyade model zorlamadır. Başkalarına saygı duyulması, sağlıklı bir toplumun önemli bir parçasıdır. Yani zorlayıcı programların uzun vadede sağlığı geliştirme olasılığı düşüktür. Deneysel çalışma raporları, okul sağlığını geliştirme programlarının bu gibi olası yan etkilerini nadiren ele almaktadır.

Sistematiik İncelemelerin Rolü ve İncelemelerin Gözden Geçirilmesi

Sistematiik incelemeler, sağlam tıbbi deney sonuçlarının mümkün olan en kısa süre içinde profesyonel uygulamalarla birleştirilmesini sağlamak için geliştirilmiştir (17). Sistematiik araştırmalar, çalışmaların seçiminde inceleyicinin önyargısına karşı önlem alır. Belirlenmiş kriterleri kullanan kritik değerlendirme ise sonuçların en sağlam çalışmaları temel almasını sağlamayı amaçlar. Aynı sonuçları kullanmış olan çeşitli çalışmalardan elde edilen bulguların birleştirilmesi, müdahale ve kontrol grupları arasındaki küçük farklılıkların şans eseri oluşmuş olup olmadığına karar vermek için istatistiksel bir güç verir. Bu yüzden incelemelerin gözden geçirilmesi, neyin değerlendirildiği ve neyin değerlendirilmediği hakkında yorum yapmak için ve daha fazla araştırma gerektiren etkili, etkisiz müdahaleleri ve alanları belirlemek için eşsiz bir fırsat sunmaktadır.

Sistematik incelemelerin de önemli kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamalardan bazıları, özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerine dair çalışmaların gözden geçirilmesi ile ilgilidir. Sistematik araştırma ve kritik değerlendirmenin deneysel çalışmalarla sınırlandırılması gerekmemekle birlikte bunlar yine de çoğunlukla sınırlandırılır. Sonuç olarak sistematik incelemelerin diğer metodolojik yaklaşımların ortaya çıkardıklarını dikkate alması düşük bir ihtimaldir. Cochrane Collaboration (Cochrane İşbirliği) (18) tarafından oluşturulan kalite standartları ile yapılan en son sistematik incelemeler, hem yayımlanmış hem de yayımlanmamış çalışmaları araştırmayı hedeflemektedir. Ancak yayımlanmış çalışmaların belirlenmesi elbette çok daha kolaydır. Yayın editörleri ve inceleycilerin, iyi bir araştırmanın öğelerini nelerin oluşturduğu hakkındaki görüşleri, bu incelemeleri etki altında bırakabilir. Aynı şekilde finansman kuruluşlarının desteklediği ve bu yüzden üzerinde çalışılmış girişim türlerinde sonuçlar, potansiyel bir önyargıya tabidir. Bununla beraber yalnızca tamamlanmış çalışmalardan elde edilen bilgilerin kullanılması sonucu sistematik incelemeler, uygulayıcıların aktif bilgilerinden faydalanamayabilir veya en son metodolojik gelişmeleri dikkate alamayabilir. Ayrıca bunların araştırma stratejileri de potansiyel bir önyargı kaynağıdır. Spesifik bir araştırma yapısının farkında olmayan veya o alanda uzmanlık terminolojisini bilmeyen inceleyciler önemli çalışmaları bulamayabilir.

Son olarak tamamlanmış sistematik incelemeler çok nadiren bulunur. Bizim sistematik incelemeleri gözden geçiren çalışmamız (3) tüm alanlarda birden çok inceleme bulmuştur. Fakat çalışmaların yalnızca %10'u birden fazla incelemede ortaya çıkmıştır. Bunun çeşitli sebepleri vardır: İncelemelerin odak noktaları çok çeşitli olabilir veya incelemeler farklı dönemlerde yayımlanmış olan çalışmaları kapsamış olabilir. Bununla birlikte titiz incelemelerin bile eksik kalabildiğini ve bu grup içinde bile aynı çalışmaları anlatan incelemeler arasında açıklanamayan farklar olduğunu gördük.

Okullarda Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Deneysel Çalışmalar

Sistematik incelemelerin sistemli olarak gözden geçirilmesi, okullarda çok sayıda ve geniş kapsamlı şekilde yürütülen sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarına yönelik genel bir bakış açısı oluşturulmasını ve yürütülen çalışmaların önceki inceleycilerin çalışmalarına dayandırılmasını sağlamaktadır. En son yaptığımız incelemeyi sistematik olarak gözden geçiren çalışmamız (3), okullarda 200'ün üstünde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi incelemesi yapıldığını tespit etmiştir. Bu durum, bu alandaki araştırma hacminin bir ölçütüdür. Sistematik incelemeler, odaklı araştırma soruları sormaktadır. Buna karşın bizim incelemelerimiz, temel önlemlere yönelik toplumsal yaklaşımlara odaklanmaktadır. Bu nedenle yüksek risk gruplarını (obez çocuklar veya adolesan anneler) hedefleyen programlar ile gruplardan çok bireylere yönelik programlar (tarama ve aşılama için olanlar) incelememize dâhil edilmemiştir. Belki de en önemlisi, bizim incelememizin bazı kontrollü veya randomize kontrollü çalışmaları kapsamayan incelemeleri dışarıda bırakarak deneysel çalışmalara odaklanmasıdır. İncelemelerin gözden geçirilmesi, temel çalışmalardan farklı olarak

projenin orijinal gözden geçirme çalışmalarının odak noktasıyla ve inceleyciler tarafından gerekli verilerin bulup çıkarılmasıyla sınırlı olmasını amaçlamıştır. Biz, çalışmamıza yalnızca belli başlı kalite kriterlerini karşılayan incelemeleri dâhil ettik. Bunlar; sistematik bir araştırma stratejisi benimsendiğine dair kanıt gösteren, incelenen çalışmalar hakkında önemli bilgiler veren ve bazı kontrollü deneyleri kapsayan stratejilerdir. En son kapsanan incelemeler, okullarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi üzerine yapılan 400'den fazla çalışmayı içermiştir. Bunlarla birlikte proje, okullarda sağlığın geliştirmesine yönelik ampirik çalışmalar üzerine bazı faydalı gözlemler yapma olanağı sağlamıştır.

Belirlenmiş olan ve kapsama kriterlerini karşılayan sistematik incelemeler bir kaç spesifik konuya odaklanmaktadır. Bu konular çoğunlukla sağlığa ilişkin davranışlardır. Tek başına veya bir arada kullanılan yasadışı ilaçlar, alkol ve tütün gibi madde bağımlılığına ilişkin çalışmaların sayısı incelemeler arasında en yüksek olandır. En yaygın diğer inceleme türü ise beslenme veya egzersiz çalışmalarının gözden geçirilmesidir. Cinsellik veya aile yaşamı eğitimi, kaza ve yaralanmanın önlenmesi, kişisel güvenlik, ağız sağlığı ve akıl sağlığına dair çalışma sayısı daha azdır. Çalışmaya dâhil edilen incelemeler, genel olarak okul sağlığını geliştirme programlarını ve farklı konulardaki farklı yaklaşımların (örneğin çok yönlü programlar) veya *Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı* (European Network of Health Promoting Schools-ENHPS) yaklaşımının ne derece etkili olduğu konularını kapsamamıştır. Yeni bir yaklaşım benimsenerek yapılan çalışmaların değerlendirilmesi ve sonuçlarının yayımlanması için gereken süre düşünüldüğü zaman, bu durum şaşırtıcı değildir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında bütünsel yaklaşımlarla (güçlendirme veya kendine saygı gelişimi) yapılan çalışmalara odaklanan hiçbir inceleme, çalışmaya dâhil edecek kadar uygun bulunmamıştır.

Her bir alana ilişkin gözden geçirilmiş çalışma sayısı, inceleme sayısı ile bağdaştırılmıştır. Bununla birlikte pek çok çalışma, madde kullanımına odaklanmıştır. Eğer muhtemel görüldüğü üzere, kaliteli incelemelerin sayısı araştırma ve geliştirme miktarını yansıtıyorsa madde kullanımı program araştırmalarına yapılan yatırımın orantısız olduğu görülmektedir. Aslına bakılırsa okul yaşındaki çocukların öncelikli sağlık ihtiyaçları, yaralanmanın önlenmesi ve akıl sağlığının geliştirilmesidir (1). Madde ve alkol kullanımının bunların her ikisiyle de ilişkili olduğu göz önüne alındığında, bu neden gösterilerek orantısız yatırım savunulabilir. Öte yandan madde kullanımı programlarına dikkat çekilmesi, toplumların genç insanların sağlığı hakkındaki endişesinden ziyade gençlerde istismara sık eşlik eden antisosyal davranışlar hakkındaki endişesini yansıtabilir.

Programların Amaç ve İçeriği

İncelemelerin pek çoğu, sağlık davranışı hakkında yürütülen okul sağlığını geliştirme programlarının etkisini değerlendirmek için yapılmıştır. Bu incelemeler, belli bir hastalık grubuna (kardiyovasküler hastalıklar gibi) veya sağlık sorununa (yaralanmalar ve madde kullanımı) yönelik olarak sağlık davranışında iyileşmeler

elde edilmesine odaklanmıştır. Davranıştan çok sağlığın çeşitli özelliklerine yoğunlaşan incelemeler arasında; belli başlı hastalıkların yaygınlığının azaltılması hedefi, sağlıklı insan özelliklerinin iyileştirilmesi hedefinden daha yaygın olmuştur. Gözden geçirilmiş olan programlarından bazıları (madde kullanımı önleme, cinsellik veya aile yaşamı eğitimi), kendine saygıyı artırarak veya stresi azaltarak insanın sağlık durumunu iyileştirme hedefinde ilerleme kaydetmiş olsa da stresin azaltılması hedefinin yalnızca akıl sağlığının geliştirilmesi programlarında yaygın olduğu görülmüştür.

Bu incelemelerde kapsanan hemen hemen tüm girişimler öğrencilerin ilgili sağlık konuları hakkında bilgi düzeyini yükseltmeyi amaçlayarak bir sınıf bileşeni kullanmıştır. Ancak sınıf programlarının yoğunluğu ve dağılımı, belirgin ölçüde farklılık göstermiştir. Müfredat süresi ise 2 yıllık bir dönemde, elli dakikalık bir oturum ile haftalık oturumlar arasında değişmiştir. Programlar; (özel eğitim alan veya almayan) öğretmenler, diğer profesyoneller, akranlar, toplum gönüllüleri ve üniversite öğrencileri tarafından uygulanmıştır. Değerlendirilen programların çoğu, okul dışında geliştirilmiş ve standartlaştırılmış müdahaleleri kullanmıştır. Yani araştırmaya katılan okullar, genellikle müdahalenin tasarımında ve geliştirilmesinde yer almamıştır.

Sınıf bileşenleri ise bilgi gelişiminin ötesine kadar uzanmış ve Hansen'in madde kullanımı programları hakkındaki incelemelerinde tanımladığı bileşenleri kapsamıştır (19). Bu bileşenler, 4 alanda gruplanabilir: becerilerin geliştirilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, destek ve diğer yaklaşımlar. Her konuda yürütülen program örnekleri, çocukların becerilerini artırmayı hedeflemiş ancak desteklenen beceri türleri farklılık göstermiştir. Madde kullanımı, cinsellik ve aile yaşamı eğitimi programlarında karar alma, problem çözme, kararlılık, direnç, iletişim, dinleme, mücadele, sosyal ağlar kurma konularında kapsamlı beceriler yer almıştır. Kaza ve yaralanmayı önleme ile dengeli beslenme ve egzersiz programları ise karşıdan karşıya geçme, bisiklet sürme, yiyecek hazırlama ve beden eğitimi alanında daha spesifik becerileri teşvik etmiştir. Beceri geliştirmeyi hedefleyen programlar; video modelleri aracılığıyla bilgi ve tartışmadan rol yapmaya, temsili deneyime ve gözetim altında pişirme veya beden eğitiminin öğretilmesine kadar uzanan çeşitli teknikler kullanmıştır. Madde kullanımı, cinsellik ve aile yaşamı hakkındaki programların çoğu ile beslenme ve egzersiz hakkındaki programların bazıları aşağıdaki yaklaşımların bir veya daha fazlasını kullanmıştır: sosyal kuralları öğrenme, değerleri netleştirme, alternatifleri belirleme, kişisel hedefler koyma veya söz verme ve yardım etme.

Bu sınıflandırmanın bazı zayıf yönleri vardır. Hedef koyma, alternatifler ve söz vermeye teşvik programlarının hepsi de çocukların direnme güçlerini kuvvetlendirebilir; onları daha kararlı hâle getirebilir. Çocukların (örneğin kararlılık, mücadele, iletişim ve aile yaşamı alanında) bireysel becerilerinin ne olduğunu öğrenmeleri için onlara yardım etmeye çalışan programların bazıları duygusal sağlığı etkileme potansiyeline sahiptir. İncelemeler, sağlık davranışına odaklanmış olup yalnızca bu sonuçlar

hakkında veri çıkarmış olmakla birlikte bu programların bazılarının açık veya gizli olarak sağlık durumunu iyileştirme amacı olabilir.

Farklı konulardaki programların okul ortamı veya çevresini geliştirmeyi hedefleyen müdahalelere yer verme sıklıkları bakımından farklılık gösterdiği görülmüştür. Beslenme ve egzersiz programları, kaza ve yaralanma programları, okuldaki öğle yemeklerinin besin değerlerinin artırılması için çalışılması, okullarda reklam yapılması, öğrencilerin karşıdan karşıya geçişlerinde okul personelinin görevli olarak bulunması, kasklarda indirim yapılması gibi çalışmalar en çok böyle müdahalelere yer vermiştir. Cinsellik ve aile yaşamı programları (sağlık kurumlarına ulaşım) ile madde kullanımı programları (okul politikası geliştirilmesi) hakkındaki çevresel girişimlere dair incelemelerde birkaç örnek verilmiştir. Akıl sağlığı veya kişisel güvenlik programlarını anlatan incelemelerden hiçbirinin bu yaklaşımları kapsadığı görülmemiştir. Beslenme ve egzersiz programlarının ve kaza ve yaralanmayı önleme programlarının gözden geçirilmesi neticesinde okul sağlığını geliştirme programlarının çevreyi etkileyebileceği sonucuna varılmıştır.

Beslenme ve egzersiz incelemelerinde en sık rapor edilen program hedefi ise programın etkililiğini artırabileceği düşünülen durumlarda aileleri ve toplumu etkilemektir. İlgili müdahaleler ise anne babalara sınıfta kullanılan yaklaşımlardan bazılarını tecrübe etme fırsatı sunan okul sonrası faaliyetlerdir. Kaza ve yaralanmayı önleme incelemeleri, bu programların en yaygın hedefinin toplumu etkileme olduğunu bildirmiştir. İlgili faaliyetler ise mühendislik ölçütleri, kitle iletişim araçları kampanyaları, toplumsal bilinç düzeyinin artırılması ve polis gücüdür. Aile ve topluma yönelik yaklaşımlar, incelenen cinsellik ve aile yaşamı programlarından bazılarında yer almıştır. Bunlar; anne babalarla iletişimi teşvik için verilen ödevler, kliniklerle bağlantılar, değerlerin netleştirilmesi hakkında aile oturumları, yaşamsal beceriler eğitimi, gönüllü kurumlar ve kiliseler aracılığıyla başlatılan girişimler ile basın kampanyalarıdır. Anne babaları ve toplumu kapsayan yaklaşımların; madde kullanımı, kişisel güvenlik ve akıl sağlığı programlarında oldukça nadir kullanıldığı anlaşılmıştır.

Bu incelemelerde yer alan programlar arasında beslenme ve egzersiz programları, kapsadıkları alanların sayısı bakımından en kapsamlı programlar olmuştur. Öte yandan bu programların sağlık davranışına yönelik genel iyi sağlık durumunun potansiyel öneminin anlaşılmasını temel alma ihtimali daha azdır. Bu programlar, madde kullanımı programları ve cinsel sağlık programlarından farklıdır. Çünkü bu programlar programların ilkokul çocuklarının davranışları üzerinde etkisinin değerlendirilmesine izin verir. Bu yaşta, çocukların ne yediği ve ne kadar egzersiz yaptığı, evde ve okulda onlara bakan yetişkinlerce geniş ölçüde kontrol edilir.

Kaza ve yaralanmayı önleme programlarının, toplumda meydana gelen olayların okul çocuklarını etkilediği anlayışını temel aldığı görülür. Bu programlar toplumsal faaliyetlerini fiziksel çevreye odaklamıştır. Bu durum, mühendislik ve tasarım

önlemlerinin çok etkili olduğunu düşünen okul dışı kaza ve yaralanmayı önleme programları ile uyumludur. İncelemelerde kapsanan kaza ve yaralanmayı önleme programları görünüşe göre çok bariz psikolojik veya sosyal modelleri temel almamıştır. Direnme becerileri eğitimi, kararlılık ve kendine saygının gelişimi gibi yaklaşımların bunlarda hiçbir rolü olmamıştır. Bisiklet kaskı giymek, akran baskısına rağmen sigara veya uyuşturucu maddelerin reddedilmesi ile aynı kendine saygı düzeyi gerektirdiği için bu yaklaşımlar da denemeye değer olabilir. Madde kullanımı ve cinsel sağlık programları, görünüşe göre daha teorik bir modeli temel almıştır. Bu programlar, yetişkinlerin potansiyel tehlikelere karşı uyarılarına rağmen neden gençlerin alkol ve uyuşturucu kullanmaya başladığını ve korunmasız cinsel ilişki kurduğunu inceleyen psikolojik araştırmaları göz önünde bulundurmıştır. Yine de bu programların, özellikle aile ve topluma yönelik yaklaşımlar olmak üzere sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusundaki 3 alanı daha az kapsamış olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışma Tasarımları

Kapsama kriterleri, incelemelerin en azından kontrollü bir deney içermesini gerektirmektedir. Bu yüzden incelemelerin sistematik olarak gözden geçirildiği çalışmalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmalarının hepsini kapsamamakla birlikte yine de bazı ilgi çekici gözlemler yapılabilir. Genel olarak en yaygın çalışma tasarımı, okulların veya sınıfların randomize olarak programa veya kontrol grubuna dağıtıldığı randomize kontrollü deney olmuştur. Ancak gözden geçirilen deneylerin pek çoğu, 10'dan daha az okul veya sınıfta yapılmıştır. Bu aşamada kullanılan tasarım; hangi okulun müdahale alacağına karar verme konusunda araştırmacı önyargısını önleme becerisini korurken karışıklığa neden olan faktörleri, program ve kontrol grupları arasında eşit olarak dağıtma gücünün bir kısmını kaybeder. Pek çok inceleyici, yaptığı sonuç değerlendirmesinde bu çalışmaların grup içine randomize tahsisi içeren tasarımının istatistik önemini dikkate almamıştır.

Randomize kontrollü deneyler, madde kullanımı ve cinsel sağlık programlarına ait incelemelerde en yaygın bildirilen tasarım türü olmuştur. Bu tür deneyler, kaza ve yaralanmayı önleme değerlendirmelerine ait incelemelerde ise en az kullanılan tasarım türü olmuştur. Kaza ve yaralanmayı önleme değerlendirmelerine ait birkaç örnekte, randomizasyon birimi sınıf veya okul olduğu gibi şehir veya topluluk da olmuştur. Müdahale öncesi ve sonrası ölçümlerle yapılan ve kontrol grubu olmayan gözlemsel çalışmalar, madde kullanımı ile cinsellik ve aile yaşamı eğitim incelemelerinde seyrek olurken beslenme ve egzersiz ile kaza ve yaralanmayı önleme incelemelerinde daha yaygın olmuştur. Randomize kontrollü deneylerin, madde kullanımı ile cinsellik ve aile yaşamı eğitimi incelemelerinde ağır basması; toplamda daha fazla değerlendirme sayısını yansıtarak inceleyicilere dâhil edecek daha fazla çalışma seçeneği sunabilir veya farklı alanlarda seçilen tasarım türleri arasındaki gerçek farklılıkları gösterebilir. Kaza ve yaralanmayı önleme programları aşağıdaki 3 alanın hepsini de içermeye eğilimi göstermiştir: sınıf faaliyetleri, okul ortamı, aile ve topluma yönelik yaklaşımlar. Bunlar ister istemez çok karmaşık müdahalelerdir. En

karmaşık müdahaleler, randomize kontrollü deneye en az uygun olan müdahaleler olabilir.

Sonuç Ölçütleri

Bildirilen sonuç ölçütlerinin dağılımı, incelemelerin hedeflerini yansıtmıştır. Diğer sonuçlar ise incelemelerde değil, münferit çalışmalarda bildirilmiş olabilir. Çünkü bu sonuçların bu hedeflerin merkezinde olmadığı görülmüştür. Ölçütler 6 gruba ayrılmıştır: bilgi ve tutumlar, beceriler ve davranışlar, ortamdaki değişiklikler, fizyolojik ölçümler, iyi sağlık durumu ölçümleri, olay oranları. Bunların ilk üçü ENHPS'yi değerlendirirken kullanılan sınıflandırma bakımından orta düzey sonuçlardır (11). Sonraki üçü ise sağlık durumu ölçütleridir. Bildirilen ölçütlerin çoğu, sağlık veya iyi sağlık durumu ölçütlerinden ziyade hastalıklara (kaza oranları veya tansiyon) özel ölçütlerdir. İncelemeler, program uygulama sürecine dair ölçütleri çok nadir olarak bildirmiştir. Bu eksiklik, diğer sonuç türleri üzerindeki etkisizliğin yetersiz uygulamadan mı yoksa etkisiz bir programdan mı kaynaklandığını belirlemeyi imkânsız hâle getirmektedir. Bununla birlikte programların okulların katılımıyla geliştirilmiş ve uygulanmış olması, baskıcı veya çıkarıcı olmaması, sağlığı artırıcı bir yöntemle uygulanıp uygulanmadığını belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

Bilgi ve tutumlardaki değişiklikler çoğunlukla anketler vasıtasıyla değerlendirilmiştir. İncelemeler, değerlendirilen bilgi birikiminin özellikleri veya anketlerin ne derece pilot testinin yapıldığı veya doğrulandığı hakkında fazla bilgi sağlamamıştır. Sağlığa ilişkin davranış değişiklikleri çoğunlukla şahsi görüş bildirmisiyle ve bazen de bazıları çok iyi doğrulanmış birtakım araçlar kullanılarak ebeveyn veya öğretmenlerden gelen raporlarla ölçülmüştür. Bu tür verilerin toplanması için telefon görüşmeleri de kullanılmıştır. Bazı çalışmalar, bisiklet kaskı kullanımı ve okul kantinlerinde veya dükkânlarda yiyecek seçimi gibi doğrudan davranış gözlemlerini kullanmıştır. Bazıları ise kaçırılmaya direnme gibi rol yapma oyunlarında gözlem tekniğinden yararlanmıştır. Bu rol yapma yaklaşımı, açıkçası cinsellik ve uyuşturucu eğitimi gibi bazı alanlar için çok pratik değildir. İncelemeler, becerilerin değerlendirildiği yöntemleri her zaman belirtmemiştir. Fakat genel becerileri (karar verme, direnme ve kararlılık gibi) değerlendirmek için rol yapma tekniği, spesifik becerileri (karşıdan karşıya geçmek gibi) değerlendirmek için de gerçek yaşamda veya simüle edilmiş ortamlarda (gerçeğe yakın hazırlanmış ortamlar) doğrudan gözlem tekniği kullanılmıştır. İncelemeler inceleyicilerin veya araştırmacıların sonuç ölçütlerinin geçerliliği ve güvenilirliğini ne derece eleştirel olarak değerlendirebildiğini her zaman açıklamamıştır. Bu konuda yorum bulunmaması, bunun çok önemli görülmediği anlamına gelebilir.

Çevredeki değişiklikler en yaygın olarak (okul yemeklerinin besin içeriği ve bisiklet kasklarının kullanılması gibi) beslenme ve egzersiz programlarının incelemelerinde ve kaza ve yaralanmayı önleme programlarının incelemelerinde bildirilmiştir. Ebeveyn davranışları üzerindeki etki ise (çocukların beslenme çantalarının içindekilerden anlaşıldığı gibi) beslenme ve egzersiz çalışmalarında bildirilmiştir.

Beslenme ve egzersiz programı incelemeleri; vücut yağ oranı, kan lipitleri, formda olma, dayanıklılık ve kan basıncı gibi çeşitli fizyolojik önlemler hakkında bildirimde bulunmuştur. Sigarayı önleme programlarında yapılan tükürük nikotin ölçümleri dışında, programları değerlendirmek için fizyolojik ölçümler pek kullanılmamıştır.

Kaza ve yaralanmayı önleme programları ile cinsellik ve aile yaşamı eğitimi inceleme programlarının etkisini değerlendirmek için elde edilen olay oranlarını kullanmıştır: kaza oranları, hamilelik oranları veya çevre değişiklikleri gibi. İyi sağlık durumunu gösteren ölçütler; kendine saygı, benlik kavramı, öz yeterlik, empati, kontrol yeri, akran ve aile ilişkileri, stres ve endişe, depresyon, umutsuzluk, yalnızlık ve intihar eğilimini içermiştir. Akıl sağlığının geliştirilmesi programları, bazı madde kullanımı programları, cinsellik ve aile yaşamı programlarına ait incelemelerde en sık bu gibi durumlar raporlanmıştır. Bu ölçütler, diğer alanlarda beklenmeyen ters sonuçların belirlenmesi konusunda teoride değerlidir. Ancak incelemelerde açıklanan sonuçlara göre bu tür durumların gerçekleşmediği anlaşılmaktadır.

Etkinlik

İncelemelerin çoğu, okul sağlığını geliştirme programlarının bilgi ve tutumları geliştirdiği sonucuna varmıştır. Bilgi, sağlık için gerekli olduğundan bu programların hepsinin başarılı olduğu söylenebilir. İncelemelerden bazıları da sağlığa ilişkin beceriler üzerinde bir etki olduğunu gösterebilmiştir. Beslenme ve egzersiz ile kaza ve yaralanmayı önleme programlarına dair incelemeler de çevrede gelişen değişiklikleri göstermiştir.

Tüm alanlarda yapılan çeşitli çalışmalar, sağlığa ilişkin pozitif bir etki rapor etmiş olmasına rağmen hiçbir inceleme tutarlı bir etki bildirmemiştir. Eğer hedef, sağlığa ilişkin davranışın geliştirilmesi ise hiçbir program güvenilir şekilde başarılı olamamıştır. Bununla birlikte davranış üzerinde ters etkileri ortaya koymuş olan çalışmaların sayısı, faydalı bir etki gösteren çalışmaların sayısından çok daha azdır. Böylelikle görülen etki küçük olsa bile her şey hesaba katıldığı zaman okul sağlığını geliştirme programları deneysel ortamda zarardan çok fayda sağlar. Bu çalışmaların bulguları, diğer ortamlardaki deneysel çalışma bulgularıyla ve diğer metodolojileri kullanan deneysel olmayan çalışmaların bulgularıyla birleştirilince sağlığa ilişkin davranış değişikliklerinin başlanması zor olduğu sonucunu destekler.

Beslenme ve egzersiz incelemeleri, fizyolojik ölçütler üzerinde görülen etkileri olan çalışmaları bildirmiştir. Akıl sağlığının geliştirilmesi çalışmalarında gözden geçirilen programlardan bazıları, sağlıklı olma durumunun geliştiğini göstermiştir. Hemen hemen hiçbir ters etki bildirilmezken bizim projemizde ters sonuçların belirlenmesi, hem çalışmalara uygun sonuç ölçütlerinin dâhil edilmesine hem de bu önlemlerin incelemelerde yer almasına bağlı olmuştur.

Genel olarak inceleyiciler, davranış gelişimlerinin sağlık veya sağlıklı olma durumundaki gelişmelerle eş anlamlı olduğunu kabul etmiş gözükmektedir.

Biyomedikal model araştırmaları; sağlığa ilişkin davranışın, belli başlı hastalıkların sıklığı üzerinde kesin bir etkiye sahip olduğunu göstermesine rağmen, en geniş anlamıyla davranış ve sağlık arasındaki ilişki (DSÖ'nün tanımladığı şekilde, "tam olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlıklı olma durumu") (20) ok daha az belirgindir. Bu argüman; duygusal, zihinsel ve sosyal sağlıktan ziyade fiziksel sağlığa uygulandığı zaman bu argümanı desteklemek daha kolaydır. Öte yandan sağlığın bu duygusal, zihinsel ve sosyal bileşenlerine, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleriyle zarar verilmesi olasılığı daha yüksektir. Tıbbi hizmetlerin çoğu ve pek çok halk sağlığı hizmeti, hâlâ iyi bir fiziksel sağlık üzerinde yoğunlaşmaktadır. Çeşitli nedenler yüzünden sağlıktaki ilerlemelerin; duygusal, zihinsel ve sosyal sağlık durumunun kapsanmasını gerektirebileceğini düşünebiliriz (21). Bu özelliklerle baş edilmesinin zor olduğu düşünülebilir. Yine de akıl sağlığının geliştirilmesiyle ilgili 2 incelemede ele alınan birkaç çalışma, okul temelli programların duygusal sağlığı etkileyebileceğini ileri sürmektedir. Sağlığı geliştiren okul kavramı (8), kısmen sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik daha bütünsel bir yaklaşıma olanak vermek için geliştirilmiştir. Kendi içinde öz saygının ve personel ile öğrenciler arasında iyi ilişkilerin gelişmesi; sağlığa ilişkin yaşam biçimlerini kapsayan programlar oluştırmaları için okulları teşvik eden ENHPS'nin esas hedefidir. Bu programları değerlendirmek için duygusal, zihinsel ve sosyal sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumunu kapsayan sonuç ölçütlerinin geliştirilmesi gerekebilir.

İlginç olan nokta ise şudur: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarını inceleyenler; duygusal okuryazarlık programları (emotional literacy programs), sosyal yeterlilik programları ve akıl sağlığının geliştirilmesi arasında henüz bir bağ kurmuş gibi gözükmemektedir (5). Bu programlar, öğrencilerin kendi duygu ve davranışlarını ve diğer insanların duygu ve davranışlarını daha iyi anlamalarını sağlayarak hem akıl sağlığı hem de sosyal sağlık durumunu geliştirme potansiyeline sahiptir.

Geçerli ve güvenilir duygusal, zihinsel ve sosyal sağlık durumu ölçütlerinin gelişmesi okul sağlığını geliştirme programlarının değerlendirmesine önemli bir katkı sağlayacaktır. Fiziksel sağlık ölçütlerine ek olarak böyle ölçütlerin kullanılması; değerlendiricilerin, davranışı geliştiren programları, genelde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarından ayırt etmelerine ve davranışları sağlıktan ödün vererek geliştiren geçici programları tespit etmelerine olanak verecektir. İyi sağlık durumunu içeren sonuç ölçütlerinin kullanılması ise saygılı ve dürüst bir sunum sürecine sahip olan ve çocukların (baskı ve yanlış bilgiyle manipüle edilmeye karşı daha büyük hassasiyet içinde olmalarından dolayı) istismar edilmelerine karşı koruma sağlayan programların belirlenmesi sürecini başlatacaktır.

Sonuçlar ve Politika Yapıcılara neriler

Okullarda sağlığın geliştirilmesi programlarının daha da geliştirilmesi, programların hedeflerinin değiştirilmesine bağlı olabilir. Eğer hedef sağlığı geliştirmekse programlar; sosyal açıdan sağlıklı bir şekilde tasarlanmalı, uygulanmalı ve

değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme de sağlığı en kapsamlı şekilde içine alacak sonuç ölçütleri kullanılarak yapılmalıdır. Fiziksel sağlık durumunu geliştirme konusuna odaklanılarak duygusal, zihinsel ve sosyal sağlık durumunun dışlanması okul temelli programların etkinliğini azaltabilir.

Farklı türdeki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları birbirinden ders alabilir. Hastalık temelli sonuç ölçütlerinde dar bir alana odaklanması, örneğin madde kullanımı programlarını aydınlatan bilgilerden yararlanan kazayı önleme programlarının veya tam tersi yönde olan programların görünürdeki başarısızlığına katkıda bulunmuş olabilir. Bu önerilerin pek çoğu sağlığı geliştiren okullar girişimi ile zaten birleştirilmiştir.

Özellikle randomize kontrollü deneyler olmak üzere deneysel metodolojilere odaklanması okul sağlığının geliştirilmesi araştırmalarında yanıltıcı olabilir. Okul sağlığının geliştirilmesi programlarına yönelik değerlendirmeler, müdahalenin yapısını dikkate almalıdır. Araştırmacılar, katılımcıların aktif katılımını gerektiren programlarda kullanılan deneysel modelin kısıtlı yanlarının olduğunu ve deneysel değerlendirmenin sağlığın gelişiminde kritik öneme sahip olan sunum sürecini pek dikkate alamadığının farkında olmalıdır. Sunumun değerlendirilmesi, başta niteliksel araştırmalar olmak üzere gözlemsel metodolojilerin kullanılmasını gerektirir. Farklı araştırma metodolojileri ile yapılan katkılara eşit derecede önem veren araştırma ve geliştirmeler, uzun vadede daha başarılı olabilir.

Kaynaklar

1. STEWART-BROWN, S.L. New approaches to school health. *Progress in community child health*, 2: 137-158 (1998).
2. FLETCHER, J. ET AL. *Systematic review of reviews of health promotion in schools*. Oxford, Health Services Research Unit, University of Oxford, 1997.
3. LISTER-SHARP, D. ET AL. *Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews*. Alton, Core Research, 1999 (Health Technology Assessment, Vol. 3, No. 22).
4. BARLOW, J. & STEWART-BROWN, S.L. Systematic review of the school entry medical examination. *Archives of disease of childhood*, 78: 301-311 (1998).
5. WELLS, J. A systematic review of mental health promotion in schools. In: Buchanan, A. & Hudson, B., ed. *Promoting children's emotional well-being*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
6. CHAPMAN, S. & STEWART-BROWN, S.L. *The school entry health check: the literature*. Oxford, Health Services Research Unit, University of Oxford, 1998.
7. *Promoting health through schools: report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO Technical Report Series, No. 870).
8. PARSONS, C. ET AL. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health education journal*, 55: 311-321 (1996).
9. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
10. HICKMAN, M. & HEALY, C. The European Network of Health Promoting Schools: development and evaluation in England. *Health education journal*, 55: 456-470 (1996).
11. PIETTE, D. ET AL. *Towards an evaluation of the European network of health promoting schools*. Brussels, Commission of European Communities, WHO Regional Office for Europe, Council of Europe, 1995.
12. STEPHENSON, J. & IMRIE, J. Why do we need randomised controlled trials to assess behavioural interventions? *British medical journal*, 316: 611-613 (1998).
13. HSIEH, F.Y. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. *Statistics in medicine*, 8: 1195-1201 (1988).
14. HAMILTON, K. & SAUNDERS, L. *The health promoting school: a summary of the ENHPS evaluation project in England*. London, Health Education Authority, 1997.
15. ROE, L. ET AL. *Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review*. London, Health Education Authority, 1997.
16. KEAYS, J. *The effects of regular (moderate to vigorous) physical activity in the school setting on students' health, fitness, cognition, psychological development, academic performance and classroom behaviour*. York, Ontario, North York Community Health Promotion Research Unit, 1993.
17. ANTMAN, E.M. ET AL. A comparison of results of meta-analyses of randomized

- control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *Journal of the American Medical Association*, 268: 240-248 (1992).
18. CHALMERS, I. ET AL. *Systematic reviews*. London, BMJ Publishing Group, 1995.
 19. HANSEN, W School based substance abuse prevention: a review of the state of the art in the curriculum 1980-1990. *Health education research*, 7:403-430(1992).
 20. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*, 42nd ed. Geneva, World Health Organization, 1999.
- STEWART-BROWN, S.L. Emotional wellbeing and its relation to health. *British medical journal*, 317: 1608-1609 (1998).

İş Yerinde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesi

Lindsey Dugdill ve Jane Springett

Giriş

Özellikle sağlık sigortası aracılığıyla sağlık bakımı maliyetleri ile işçi tazminatından yararlanma miktarında azalma olması sebebiyle işverenlerin ekonomik çıkarının olduğu ülkelerde, iş yerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi son yıllarda giderek artan faaliyetlerin odak noktası hâline gelmiştir (1,2). İşverenler, maliyetlerde ve işe gelmeme durumunda azalma olmasına odaklanır. Devlet kurumları ise çalışma ortamını “sağlık bilgisi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları aracılığıyla yetişkin nüfusa sistematik olarak ulaşmak için en önemli kanal olarak” görür (3) .

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları iş yerlerinde ilk olarak 1960’lı yıllarda, özellikle güvenlik ve ürün kalitesi sebepleriyle işçi sağlığı planlarının bir parçası olarak başlatılmıştır. Ancak o günden bu yana işçilerin sağlık koşullarını iyileştirmek amacıyla çok sayıda yaklaşım geliştirilmiştir (4). Başlangıçtaki programlar, koroner kalp hastalığı veya sigara tüketimi gibi bir hastalık veya risk faktörüne odaklanmıştır. Sonradan görülen bir gelişme örneği olarak ABD’deki sağlık programları, çeşitli risk ve davranış faktörlerine eşlik eden daha karmaşık birtakım müdahaleler sunmuştur. Günümüzde en kapsamlı müdahale türleri, çok katmanlı yaklaşımlar kullanan kurumsal sağlık bakımı stratejileridir. Bunlara örnek ise Du Pont Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı (5) ve Almanya’daki şirketler tarafından yürütülen birtakım programlardır (4).

Büyük firmalar içindeki iş yeri sağlık programları, geçmişte olduğundan daha çok kapsamlı olma yolunda ilerlemesine rağmen, bunlar kuruluşun sağlık ihtiyaçlarına odaklanmak yerine hâlâ işçinin bireysel olarak sağlığına odaklanır. Bu firmalar, kuruluşun toplumun daha geniş kesimleriyle ilişkisini çok nadiren göz önünde bulundurur. Ancak iş yerinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için değişiklikler yapmak, bireysel sorumluluğun ötesine geçen kurumsal bir sağlık anlayışı benimsenmesini gerektirir (6). Bunun kabul edilmesi; Goldbeck’in (7) dördüncü nesil programlar olarak adlandırdığı, bir kuruluş bünyesinde bulunan işçilerin, ailelerinin, içinde yaşadıkları toplumun ve elbette firma tüketicilerinin de sağlığına ilişkin tüm faaliyet, politika ve kararları dikkate alan bir gereksinimi ortaya çıkarır. Böylesine kapsamlı bir yaklaşımın alması gereken şekli öngörmek için farklı modeller ortaya atılmıştır (8,10). Bu modellerin hepsi de bireysel, kurumsal düzeyde ve toplum düzeyinde stratejilerini ABD’deki AIDS krizine ticaret sektörünün verdiği yanıt çerçevesinde birleştirmek için tasarlanmış çok katmanlı bir yaklaşım kullanılmasını savunur.

Kurumsal ortamlarda sağlığa yönelik entegre yaklaşımlar iş yeri değerlendirme stratejilerinin nasıl ele alındığını anlatır (12-14). Literatürde bu tür stratejilerin münferit bileşenlerini değerlendiren çalışmalar yer almakla birlikte, bu karmaşık müdahalelerin farklı bileşenlerinin farklı etkilerinin arasından seçip çıkarmak zor olduğu için hemen hemen hiçbir kapsamlı stratejileri bütün olarak incelememiştir. Ayrıca, literatürde kurumsal müdahaleler ile bireylere odaklanan veya alkol tüketimi veya egzersizlere katılım gösterilmesi gibi spesifik yaşam tarzı konularıyla sınırlı olan müdahalelerin karşılaştırıldığına dair hemen hemen hiç bulgu yoktur. Bu müdahalelerin birçoğu kısa vadeli olduğu için (12 aylık), çok önemli bir nokta olan sağlıkta değişimin sürdürülebilirliği konusu hakkında hemen hemen hiçbir araştırma bulgusu yoktur. Davranış değişikliklerinin teşvik edilmesi için yapılan müdahalelere dair eldeki kanıtlar bunların zaman içinde nüfus üzerinde sınırlı bir etkisi olacağını belirtir (15). Ancak süreç değerlendirmesi konusuna ise çoğunlukla yeteri kadar değinilmez. ABD’de iş yeri araştırmalarının kapsamlı bir incelemesi, işletmelerde sağlığın geliştirilmesi programlarının geniş ölçüde kabul edilmesine rağmen, pek çok değerlendirme çalışmasının kapsamının sınırlı olduğu sonucuna varmıştır (11). Bunun bir sebebi de, işverenlerin sonuçları belgelendirmeye özendirilmemesi ve değerlendirmenin iş yeri sağlık programlarının tasarımı ve uygulamasına entegre edilememesidir.

Ayrıca, birçok sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyeti 500’den fazla işçi çalıştıran kuruluşlarda yürütülür. Büyük organizasyonların geleneksel olarak işçi sağlığı hizmetleri vardır. Birçok insan, özellikle 100’den az işçisi olan küçük ve orta ölçekli işletmelerde çalışır. Ancak bu işletmelere işçi sağlığı bakımı sağlanmasına ilişkin problemler olduğu görülür (16). Küçük işletmeleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerini çalışma uygulamaları ile beraber yasal sağlık ve güvenlik gerekliliklerine entegre etmenin avantajlarını kabul etmeleri için ikna etmek aşılması güç bir engeldir. (Küçük iş yerlerinde sağlık müdahalelerin uygun şekilde değerlendirilmesi, nadiren de olsa bunun başarılmasına yardımcı olabilir.)

Son zamanlarda taranan literatür iş yeri ortamındaki değerlendirmenin büyük önceliğe sahip olduğunu ifade eder. Çünkü bu durum, uygun sağlık faaliyetlerini planlamak ve işçileri kendi sağlık ihtiyaçları hakkında karar vermelerine yönelik güçlendirmek için büyük öneme sahip bir mekanizma olarak görülür. DSÖ (4) iş yeri değerlendirmesinin yapılması için 5 ana sebep tespit etmiştir:

- İş yerinde sağlık faaliyetlerinin sistematik biçimde planlanması ve uygulanmasının teşvik edilmesi,
- Sağlık ve iş başarılarının daha gözle görülebilir kılınması (bu durum, firma/kuruluş için bir halkla ilişkiler aracı olarak rol oynayabilir);
- Uzun vadeli kurumsal sağlık politikasına sahip olunmasına ilişkin ikna edici bir argüman sağlanması,
- İş yerinde sağlığın geliştirilmesi planı veya politikasında yapılması gereken değişikliklerin tespit edilmesine yardımcı olunması,

- Kurum içinde çalışan işçilerin sosyal doğasına dair yeterli bilgi sağlanması (bu durum gelecekteki olanakların veya personel gelişim programlarının planlanmasında kullanılabilir).

Bu fasıl, yapılan temel değerlendirme tiplerine, iş yerinde sağlık müdahalelerinin etkililiğine dair temel bulgulara, kullanılmış olan metodolojilere ve bunların hem ortam olarak iş yerine hem de kapsamlı yaklaşımların değerlendirilmesi bakımından uygunluğuna dair bir bakış açısı sağlar. Biz bir değerlendirme bileşenini bünyesinde birleştirecek olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi planlaması ve uygulama yöntemleri gibi konuları ele alacak ileri bir yol öneriyoruz.

Uygulanan Değerlendirme Tipleri

En geniş çerçevede, iş yerindeki müdahalelerin değerlendirmeleri 2 kategoriye ayrılır:

- Tek bir müdahaleye odaklananlar ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesini çalışma ortamı içinde rol oynayan bir faktör olarak görenler,
- Kapsamlı yaklaşımları ve kurumsal konuları inceleyenler ile ortam olarak sağlıklı kuruluşlar yaratmaya yardımcı olan faaliyetleri değerlendirenler.

Aşağıdaki inceleme; bu 2 yaklaşımı, aşağıdaki kategoriler kapsamında dikkate alır: kontrol grupları, süreç değerlendirmeleri kullanan çalışmalar ile maliyet-kazanç durumunu, maliyet etkinliğini veya her ikisini ölçmeyi amaçlayan çalışmalar.

Kontrol Grupları Kullanan Çalışmalar

Tek bir müdahaleye yönelik baskın metodolojik yaklaşım, ya bir kontrol grubu ya da geriye dönük bir olgu çalışması kullanılmasıdır. Retrospektif (geriye dönük) bir olgu çalışması çoğunlukla firmaları karşılaştıran çalışmalarda kullanılır. Özellikle zihin ve beden yorgunluğu ile psikolojik stresi (uzun zamandır yapılan mesleki psikolojik araştırma geleneği kullanarak) ve daha yakın zamanlarda egzersiz, beslenme, kilo kontrolü ve sigara programlarını inceleyen bazı deneysel çalışmalar yürütülmektedir. Ancak, çok sayıda araştırma çalışması arasında çalışma ortamında tam ölçekli değişikliklerin değerlendirilmesi veya anlamlı bir faaliyet alanında yapılmış bir sağlık eylem programına ilişkin örnekler bulmak zordur. Olgu çalışmalarının araştırılması, daha kapsamlı stratejilerin etkisinin belirlenmesi bakımından daha başarılı sonuçlar verse de karşılaştırma zor olmuştur. Çünkü program tasarımları kuruluşlar ve ülkeler arasında çok karmaşıklık ve değişkenlik göstermiştir.

Yarı deneysel çalışmalarda, kontrol gruplarının kullanıldığı yerlerde zorluklar ortaya çıkmıştır. Kontrol gruplarının deney ortamıyla kıyaslanabilir bir iş yerinde çalışan işçilerden oluşması gerektiği için uygun kontrol gruplarının bulunmasında zorluk yaşanmıştır. Çoğunlukla belli bir coğrafi bölgede bulunan kuruluşlarla çalışmak dalgalanma etkisi yaratır. Diğer kuruluşlar, bir işletmede neler olup bittiğini duyduğu zaman kendileri için sağlığa ilişkin müdahaleleri uygulama yönünde çalışmaya

istekli olabilir. Bu durum, potansiyel kontrol iş yerlerinin sayısını azaltabilir. Ayrıca, birçok çalışma kendi kendini seçme ve yıpranmayı metodolojik problemler olarak bildirir.

Çoğunlukla değerlendirme, sınırlı bir zaman içinde oluşur (ortalama 12 ay). Bu durum, programların uzun vadeli faydalarını ölçmek ve değişikliklerin sürdürülebilirliğini değerlendirmek için çok kısadır. Ayrıca, önceden bahsedildiği gibi pek çok değerlendirme yalnızca sonuçlara odaklanır. Pek azı, bir müdahale programının farklı kollarının raporlarda bildirilmiş faydalara ne derece katkıda bulunduğunu ölçmüştür. Norveç İş Araştırma Enstitüsü, restoran işçileriyle bir çalışma yaparak çalışma ortamını bütünsel olarak analiz etmiştir. Çalışma ortamındaki faktörlerin ayrı ayrı incelendiği zaman oldukça belirsiz olduğunu, öte yandan birlikte değerlendirildiği zaman ise sağlık üzerinde sinerjik bir etkisi olduğunu göstermiştir (17).

İş yerinde sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde kontrol grupları kullanan değerlendirmeler temel olarak sağlık davranışında görülen değişiklikleri ölçmeye odaklanır (15). Bu tür çalışmalar aşağıdakilerden birini veya daha fazlasını müdahale öncesi ve sonrası ölçütler olarak kullanır: fiziksel faaliyet düzeyleri, sigara içme davranışı, alkol tüketimi, stres düzeyleri ve beslenme. Bu çalışmalar sigaranın bırakılması gibi davranışta belirgin pozitif değişiklikler arayarak etkililiği değerlendirir (18,20). Bu türden en iyi tasarlanmış çalışmalar hem fiziksel ölçütleri hem de davranış ölçütlerini içermiştir.

Günümüzde yapılan araştırmalar, iş gücünün daha sağlıklı üyelerine yönelik kendi kendini seçme yöntemine eğilimli olduğu özel form veya tarama programlarının zaman içinde sürdürülebilir olmayan sınırlı etkilere sahip olduğunu gösterir. Erfurt ve ark. (21), üretim tesislerindeki çeşitli yaşam tarzı faktörlerinin (tansiyon, obezite ve sigara) kontrol edilmesinde uygulanan müdahale tasarımlarının etkililiğini değerlendirmiştir. Risk faktörlerinin azaltılması hususunda program tasarımları (buna danışmanlık, bir müdahale türleri menüsü ve fabrikanın sosyal örgütlenmesinin değerlendirilmesi dâhildir) yalnızca taramaya veya daha sınırlı müdahale seçimlerine ağırlık veren programlardan daha başarılı olmuştur. Bu çalışma, işçilere bir tür müdahale seçimi hakkı verip insanların sürdürülebilir sağlık kararları verebilmesini sağlayacak danışmanlık hizmeti kullanarak risk altındaki gruplara kişisel destek kullanılmasının önemini vurgular. Kendi kendine yardım yoluyla akran danışmanlığı gibi iş yerindeki kapsamlı destek sistemleri, zaman içinde davranış değişikliğinin sürdürülmesinde en önemli faktörlerden biri olmakla beraber, değerlendirme çalışmaları sık sık böyle psikososyal değişkenleri göz ardı eder.

Daha büyük çalışmalar, çoğunlukla işe gelmeme durumunda görülen değişiklikleri ölçme çabalarını bildirir. Örneğin, Bertera (22); büyük, birden çok yeri olan, çeşitli endüstrilerde çalışan nüfustaki tam zamanlı işçiler arasında işe gelmeme konusunu çalışmıştır. İki yıl içinde, kapsamlı bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesine katılan mavi yakalı işçiler arasında işe gelmeme %14, kontrol gruplarında ise %5,8 düşmüştür. Azalan işe gelmeme, ilk yıl içindeki program maliyetlerini dengeler.

Süreç Değerlendirmesi

Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar, iş yerinde sağlık programları ve politikalarının nasıl uygulandığı ve bunun başarı üzerindeki belirtilerini gösteren süreçlere odaklanmıştır. Süreç değerlendirme müdahalenin değerlendirildiği kültürel şartları dikkate almalıdır. Bazıları bunu titiz bir değerlendirme tasarımının önemli bir parçası olarak görür (23). Bundan dolayı süreç değerlendirme, herhangi bir iş yerinde sağlık faaliyetlerinin etkin ve etkili bir biçimde planlanması için temel bir gereksinimdir. Pek çok iş yeri değerlendirme çalışması program etkililiğini niceliksel bakımdan tanımlamasına rağmen (artan üretkenlik veya azalan hastalık izni gibi), giderek artan çalışmalar niteliksel özelliklere odaklanır. Çünkü sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin olumlu faydaları (çalışanların moralinin yüksek olması) kısa vadede parasal bakımdan ölçülemez.

Oakley ve ark. (24), değerlendirme çalışmalarına süreç ölçütleri dâhil etmek gerektiğini tespit etmiştir. Çoğu ABD'den olmak üzere, böyle süreç ölçütleri dâhil eden pek az sayıdaki çalışmanın neredeyse hepsi örgütsel yapı ve politikayı içeren daha kapsamlı sağlık süreçleri yerine yaşam tarzı konularına odaklanma eğilimindedir. Gottlieb ve Nelson (25), böyle bir çalışma yaparak tek bir merkezde toplanmamış iş yerlerinde sigara tüketimini kısıtlayan bir politikanın nasıl uygulandığını tanımlar. Bunların değerlendirme çerçevesi; kavram, içerik, süreç ve sonuçları araştıran unsurları kapsamış, uygulamayı etkileyen özellikleri tespit etmek için kullanılmıştır. Bunlar; politika kısıtlılığının derecesi, mesleğin özellikleri, işçilerin formülasyon ve uygulama sürecinde algılanan katılım seviyeleri ve günlük uygulamadan sorumlu denetçilerin desteğidir. Düşük seviyede katılım ise uygulama sırasında yaşanan birçok problemin altında yatan sebeptir.

Yüksek kaliteli değerlendirme sayısının sınırlı olması; sürece, etkiye ve sonuç ölçütlerine eşit ağırlık verir. Böyle bütünsel değerlendirme çerçevelerinin, yine de, bir programın hedeflerine yönelik ilerleyişini araştırmak için faydalı verileri sağlama olasılığı daha yüksektir. O hâlde ilgili ve uygun değerlendirme verilerinden oluşan geniş bir portföy, sürdürülebilir sağlık müdahalelerinin gelecekteki gelişimi hakkında bilgilendirici olabilir.

Maliyet-Kazanç İlişkisi ve Maliyet Etkinliği

Bazı yazarlar; hem müdahale programlarının geleceğinin hem de bunların gelecekte nasıl değerlendirileceğinin, finansal program değerlendirme modelleriyle entegre davranış bilimi modellerinin kullanılmasında yattığını şiddetle savunur (15,26). Örneğin Katzman ve Smith (27), iş sağlığını geliştirme programlarının ne kadar etkili olduğunu belirlemek üzere maliyet-kazanç bakış açısından bir metodoloji geliştirmiştir. Geçmişte resmî maliyet-kazanç veya maliyet etkinliği analizleri, en büyük firmalarda bile çok nadiren yapılmaktaydı. Bu analizler önce tıbbi tarama gibi iş sağlığı faaliyetlerine, sonra müdahalenin o anki etkisine odaklanma eğilimindeydi. Maliyet etkinliği hakkındaki 76 çalışma üzerine Pelletier'in (1) yapmış olduğu kapsamlı bir inceleme sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarından elde edilen

maliyet etkinliğinin sonuçlarını gösteren kanıtların giderek büyüdüğünü belirtir. Bu çalışmaların değerlendirme süreleri 6 ay ile 7 yıl arasında dağılım göstermiştir. Bulgular ise maliyet etkinliği üzerine yapılan herhangi bir değerlendirme çalışmasının risk altındaki çeşitli gruplar üzerinde farklılık gösteren etkileri değerlendirmesi gerektiğini göstermiştir. Bazı durumlarda, yüksek risk altındaki grupların hedef alınmaması müdahalenin maliyet etkinliğini azaltır.

Büyük olasılıkla maliyetleri ve kazançları ölçmek zor olduğu için müdahalenin etkinliği nadiren değerlendirilir (Programın sonucu daha düşük maliyetle başarılabilir miydi başarılabilir miydi sorusu sorulur). Bu zorluklar, birçok sebepten dolayı ortaya çıkar. Örneğin, pek çok sağlık yardımının ölçülmesi için ölçülebilir olmayan subjektif ölçütlerin kullanılması gerekir. Hiçbir maliyet-kazanç analizi süreci tek başına geniş çapta kabul görmez. Nash ve ark. (28), şöyle der: “....maliyet-kazanç analizi yapmak için tek başına ‘uygun’ bir yöntem yoktur; çalışmaların pek çok farklı şekilde yapılması beklenir (ki biz olumlu karşılıyoruz)... her bir tekniğin bir veya daha fazla yargıyı yansıtmaması gerekir.”

Bazı yazarlar maliyet-kazanç analizinin, değer incelemesinin ekonomistlerce profesyonel temellerde kabul edildiği tek bir tutarlı yöntemle yapılması gerektiğini savunur. Lichfield (29) ise çeşitli ekonomik düşünce ekollerini kabul etmek daha yararlı olduğu için maliyet-kazanç modellerini oluştururken paydaşlar ve karar alıcıların ilgili değerlerini dikkate almanın akıllıca olduğunu ileri sürmüştür. Bu görüş, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin merkezindeki güçlendirme felsefesiyle uyumludur (bk. Fasıl 1). Analiz sürecinin karmaşıklığı dikkate alındığı zaman, iş yeri sağlık programlarının kapsamlı maliyet-kazanç analizlerinin henüz emekleme aşamalarında olması şaşırtıcı değildir.

Ergonomik konular ve çalışma tasarımı İskandinav ülkelerine ait çalışmalarda çoğunlukla maliyet-kazanç değerlendirmesinde yer alan kilit faktörlerdir. Spilling ve ark. (30), Norveç’in Kongsvinger kentindeki Standard Telefon og Kabelfabrik fabrikasında geriye dönük bir iş analizi yapmıştır. Esas olarak kadın iş gücü santral kısmında toplanmıştır. Çalışma istasyonlarının yeniden tasarlanmasından 7 yıl önce muskuloskeletal (kas iskelet sistemi) sorunlar yüzünden kullanılan ortalama hastalık izni, toplam üretim süresinin %5,3’üne eşittir. Ancak bu oran, ergonomik değişiklikler başlatılmadan önceki son yıl %10’a kadar çıkarak doruğa ulaşmıştır. Değişikliklerden sonraki 7 yılda, hastalık izni rakamları ortalama yaklaşık %3,1 olmak üzere oldukça durağan kalmıştır. İş gücü devri ise değişikliklerden önce her yıl %30,1 oranında görülürken değişikliklerden sonra bu oran %7,6’ya düşmüştür. Mali belirtiler ise işe alma, eğitim ve hastalık yardımında görülen değişiklik ile düşüşlerin maliyetini göz önünde bulundurarak, yaklaşık 340.000 Norveç kronu (Nkr) değerinde bir yatırım söz konusu fabrikaya on iki yıllık bir dönemde işletme maliyetlerinden 3,2 milyon Nkr’dan daha fazlasını kazandırmıştır.

Bu örnek, değerlendirmelerde baskın olan gösterge türlerini gösterir. Ayrıca, belli başlı paydaşların önceliklerini yansıtır ki bunlar şirket ortaklarıdır. Kültürel farklılıklar

da burada önemli bir rol oynar. Benimsenen yaklaşım türü, kimin ve neden sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programını başlattığını ve baskın yönetim tarzını yansıtır. Weinstein (31), Kuzey Amerika ve Avrupa programlarının birbirinden belirgin şekilde farklılaştığını ileri sürer. Kuzey Amerika programları genellikle üst yönetim tarafından başlatılarak kişisel sağlık davranışındaki yararlı değişikliklere ve böylece ilgili tıbbi bakım masraflarında azalmaya odaklanır. Öte yandan, Avrupa programları ise İskandinavya çalışmasında örneklendirildiği gibi hukuki ve yapısal değişiklikleri hedef alır (32). Avrupa’da sendikalar, genellikle faaliyeti başlatarak psikososyal ve çevresel konular ile işin yeniden tasarlanması konularına odaklanır.

Etkili Değerlendirmenin Oluşumunda Karşılaşılan Konular

Bu kısım, iş yeri ortamında sağlık faaliyetlerine yönelik etkili değerlendirme stratejilerinin oluşturulması için hayati önem taşıdığına inandığımız konuları tespit eder. Bu oluşumun temelinde olması gereken, bir değerlendirme stratejisi oluştururken kullanılan sürecin, hangi ölçümlerin yapıldığına dair alınan en son karar kadar önemli olduğunu kabul etmektir.

İş Yeri ve Kurumsal Konular

Bazıları, iş yerinde sağlığın geliştirilmesi programının en ideal biçimiyle bütünsel olması ve hem çevreye hem de bireylere odaklanan, birden çok strateji kullanan müdahalelerin kullanılması gerektiğini ileri sürer. Ancak bir çeşit sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı başlatan şirket ve kuruluşların sayısı düşünüldüğü zaman, titiz değerlendirmelerin çok nadiren yapıldığı görülür (11,12). Bunun sebepleri ise iş sağlığı uygulamasının doğasından, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının mevcut yetersizliklerinden ve o işin yapısından kaynaklanır.

İş sağlığının uygulama gelenekleri (çoğu iş yeri faaliyeti bununla sınırlıdır), sağlık ve güvenlik mevzuatı bağlamında gelişim göstermiş; daha geniş halk sağlığı konularından ayrılmıştır. Bu yüzden iş sağlığı; iş yerinde kimyasal, fiziksel ve biyolojik ortamlardan kaynaklanan sağlığa karşı tehditlerin taranması, değerlendirilmesi ve kontrol edilmesi konusuna odaklanma eğilimi göstermiştir. Sağlığa karşı yeni tanınmış tehditleri, özellikle psikososyal ortam nedeniyle meydana gelenleri dikkate almaz (32). İş sağlığı profesyonellerinin çoğu; tek bir disiplin altyapısına sahip olup sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin gerektirdiği ve mevcut profesyonel uygulamaları tehdit edebilecek multidisipliner, katılımcı yaklaşımları bilmeyebilir. Sonuç olarak pek çoğu daha geniş bir yaklaşıma direnç gösterir. Sendikalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarını desteklemekten çok geleneksel sağlık ve güvenlik faaliyetlerine katılma eğilimindedir. Aslında Avrupa’da iş yerinde sağlığa ilişkin faaliyetlere dair yapılan bir araştırma, iş yerinde kapsamlı olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarını nelerin meydana getirdiğine yönelik farkındalığın çok düşük düzeyde olduğunu göstermiştir. Güvenlik önlemleri, çoğunlukla çalışma uygulamasına hızla entegre edilmekle birlikte sağlık genellikle çalışma şartlarından oldukça ayrı olan tıbbi bir konu olarak görülür ve tıbbi denetim pek dikkate alınmaz (33).

Günümüze kadar, iş yerinde sağlığın geliştirilmesi uygulamalarının pek çoğu titizlikten yoksun olup birçok faaliyet izole bir şekilde yapılarak oldukça sıradan, geliştirilmemiş yaklaşımlar kabul edilmiştir. Böyle bir faaliyetin problem analizi (ihtiyaç değerlendirmesi) ile programın planlanması, uygulanması ve değerlendirme prosedürlerine yönelik entegre bir yaklaşımla koordineli bir stratejinin parçası olması pek sık rastlanan bir durum değildir. Ayrıca birçok iş yeri müdahalesi, oldukça kısa süreli olup uzun vadeli bakım veya kendi kendini seçme gibi zorluklara değinmez (İşçilerin, örneğin, yaşam tarzı değişikliklerinden fayda sağlaması hedeflenmez). Biz titiz bir değerlendirme çalışmasının veri portföyü toplamak için çok çeşitli araçlar ve yöntemler kullanması gerektiğine inanıyoruz. Bu veriler; değerlendirilen programın amaç ve hedefleri, hedef grupların öncelikleriyle yüksek derecede ilgili ve değişim süreçlerinin yönlendirilmesinde yararlı olmalıdır. Eğer uygun ve yararlı veriler toplanabiliyor, paydaşlar sürece katılabiliyorsa o zaman değerlendirme; gereken değişimin gerçekleşmesini çok daha büyük olasılıkla sağlayacaktır.

Etkili değerlendirmenin oluşması hakkındaki diğer bir konu, iş yerinde sağlığın geliştirilmesi işlemleridir. Bu konular potansiyel olarak iş yerinin ötesine uzanır. Ortam yaklaşımı, kendi zamanlarının önemli bir kısmını bu ortama ayıran ve görünüşe göre sağlıklarına tesir eden faktörleri kontrol edebilen ve etkileyebilen bir grup tutsak insan ortaya koyar. İş, tartışmasız olarak genel mutluluğu etkilemekle beraber iş yerinde sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri; işi, insanların, özellikle de kadınların hayatlarının diğer yönlerinden yapay biçimde ayırır. Maaşlı işlerde çalışan kadınlar, sağlıklarına ilişkin daha az kötü semptom ve daha büyük memnuniyet bildirirken örneğin çocuklara ve yaşlı akrabalara bakmak gibi birden çok rolün gerektirdiklerinden dolayı stresin artmasından şikâyet eder. Dean'ın Danimarkalı kadınlarla yaptığı nicel bir çalışma (34), günlük rutin işlerde sağlığın geliştirilmesini kolaylaştırmak için çalışma şartlarında iyileştirme ve aile destek hizmetlerinin gerekli olduğu sonucuna varmıştır. İş güvencesini sağlamak için daha uzun saatler çalışması konusunda Batılı ülkelerdeki baskıya bakıldığında bununla ilgili beklentiler umut verici görünmemektedir. Sağlık müdahaleleri ve bunlara eşlik eden değerlendirme stratejileri, ev ve iş alanları arasındaki arayüzü ve burada olanları (gerçekten etkililerse) dikkate almalıdır.

Farklı grupların belli ihtiyaçlarına önem verilmemesi, ihtiyaç analizinin yapıldığı yönetime yansır. Müdahalelerin doğasını belirlemeden önce sağlık ihtiyaçları analizi yapılması, bugün iyi bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulaması olarak görülür. Bu aynı zamanda biçimlendirici bir değerlendirme olarak görülebilir. Sağlık ihtiyaçları analizine yönelik geleneksel yaklaşımlar, yine de mevcut uygulamaları güçlendirme eğilimindedir. Örneğin, anketlerde yer alacak sorular, verilerin toplanacağı nüfusa referans verilmeden seçilir. Bu nedenle gündem zaten bellidir ve ihtiyaç analizi, sağlığın bireyin yaşam tarzı ile ilgili olduğuna dair baskın işveren görüşünü yansıtmaya eğilimi taşır. Bu durum, uygun olmayan müdahalelerin uygulanmasıyla sonuçlanır. Ayrıca, iş gücü konuları ihmal edildiği için anketlere verilen yanıtlar kötüdür ve personelde bağlılık görülmez. Bu durum verilerin kötü olmasına ve uyum sağlama

konusunda düşük sonuçlara yol açar. Aynı zamanda faaliyetin sağlıklı çalışanları hedef alma eğilimi gösterdiği anlamına gelir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerini geliştirme süreci, bu problemlerin üstesinden gelmeyi amaçlamalıdır.

Eğer çalışanların gerçekleri yöneticilerin gerçeklerinden, hatta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının gerçeklerinden farklıysa bu farklı deneyimlerin ifade edilmesi ve değişim gündemiyle birleştirilmesine imkân vermek için çeşitli mekanizmalar kullanılmalıdır. Katılımcı eylem araştırma stratejileri, çoğunlukla geleneksel yaklaşımları bazı problemlerinin üstesinden gelmek için bir yol olarak görür. Dahası odak grupları gibi niteliksel teknikler kullanılması (13) sağlık bilgileri bakımından kamu ve özel arasındaki ayrımı ortadan kaldırılabılır. Eylem araştırması, o meslekten olmayan kişilerin bakış açısının ifade edilmesine imkân verir.

İş yerlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığı, bunların değerlendirilmesini zorlaştırır. Bunların çok yönlü doğası, müdahale etkilerini diğer değişkenlerden izole etmeye çalışan geleneksel değerlendirme tasarımları için zorluk yaratır. İş yerleri, kurumsal yapıları ve büyüklükleri bakımından farklılaşır. Bunların birçoğu, bu iş yerlerinin (gelişim düzeyleri, ekonomik istikrarı ve yönetim tarzı dâhil) kültürüne bağlıdır. Diğer özellikler;

- Şirketin türü: Örneğin, iş yerinin daha büyük bir şirketin şubesi olup olmadığı,
- Çalışma şartları: Personelin olanaklara erişimi, personelin sözleşme ve şartları, aktif bir sendikanın bulunup bulunmadığı,
- İş gücünün yaş, cinsiyet, etnik köken ve becerileri,
- Yerel sosyoekonomik koşullardır.

İşçilerin yaşadığı şartlara referans verilmeden bir programın başarısının ölçülmesi, yaşam şartlarının kötü olduğu alanlarda küçük ölçekli başarılarla ağırlık vermeyecektir ve her türlü değerlendirme biçimine karşı caydırıcı olabilecektir.

Eğer kuruluş, büyükse ve birden çok yerde işletiliyorsa tüm bu farklı boyutların sayısı fazlalaşır. Pek çok kuruluşun birden çok tesisi vardır (İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin (NHS) hastaneleri gibi) ve bunlar farklı tesislerde çalışan işçilerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcıları için çeşitli zorluklar ortaya çıkarır. Tesisler iş tipi ve kültürü ile yer bakımından değişiklik gösterebilir. Ayrıca şirketler giderek evde çalışan yüklenicileri kullanmaktadır. NHS gibi kuruluşlar çoğunlukla doğrudan istihdam edilmemiş ya serbest ya da sözleşmeli hizmetin bir parçası olarak çalışan işçilere sahiptir. İş yerinde sağlık programları, her zaman açıkça bu tür işçilere kadar uzanmaz. Bu yüzden bu kişilerin iş yeri sağlık desteği olmayabilir. Böyle karmaşık durumlar, iş yeri ve araştırma amacının sınırlarını tanımlanırken değerlendirmenin amacını neyin oluşturduğu sorusunu ortaya çıkarır.

Son olarak etkili değerlendirmenin karşısında duran başlıca engel, kaynak eksiliğidir: para, personel ve zaman. Bu özellikle küçük ve orta ölçekli işletmeler olmak üzere insan kaynakları yönetimine dair güçlü gelenekleri ve felsefeleri, gelişmiş sağlık politikaları ve spesifik sağlık bütçeleri olanlar hariç büyük kuruluşlar için de bir sorun teşkil eder. Örneğin pek çok işveren, ilerlemenin basitçe izlenmesinde temel oluşturacak erişilebilir hastalık kayıtlarını tutmaz. Küçük ve orta ölçekli kuruluşlarla çalışmanın zorlukları daha büyüktür. Nakit akışı ve hayatta kalma problemi, sağlığı gündemin alt sıralarında tutan değişken durumlar ve iş uygulamaları yaratır.

Metodolojik Konular

Değerlendirme metodolojisi hakkında alınan kararlar, işçi katılım mekanizmaları, değerlendirme ölçütleri ve göstergeler; yukarıda altı çizilen faktörlerin pek çoğunu dikkate almalıdır. Randomize kontrollü deneyler gibi metodolojik tasarıma yönelik geçerlilik yaklaşımları uygulanması zor olup değişikliğin beklenen bir durum olduğu bir ortama iyi bir biçimde entegre olamaz. Yüksek düzeyde eğitilmiş araştırma personeli tarafından yapılan yüksek oranda yapılmış, yoğun ve pahalı müdahalelere güvenilmesi; tekrarlanması zor birtakım koşullar yaratır (1,3,5). Ancak randomize kontrollü grupların kullanılması, iyi bir değerlendirmenin en önemli standardıdır. Bu durum, bu alandaki araştırma kalitesini değerlendirmek için kullanılan kriterlere yansır. Örneğin Oakley ve ark. tarafından iş yerinde sağlığın geliştirilmesi ve eğitim müdahalelerine ilişkin yapılan incelemeler (24), titiz bir değerlendirmenin gerektirdiği 8 kritere dikkat çekmiştir:

- Hedeflerin açık ve net olarak tanımlanması,
- Tekrarlamaya imkân verecek bir müdahalenin detaylı olarak tanımlanması,
- Güveni artırmak amacıyla randomize dağıtılmış bir kontrol grubu kullanılması (ki bununla birlikte sonuçlarda gözlemlenen farklılıklar yapılan müdahaleye bağlanabilir),
- Müdahaleye veya kontrol gruplarına dâhil olan katılımcıların sayısına dair veri sağlanması,
- Müdahale öncesi verilerin sağlanması,
- Müdahale sonrası verilerin sağlanması,
- Müdahale türlerinden yıpranma oranları,
- Tüm sonuç ölçümlerinden elden edilen bulgular.

Amerikan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Dergisi 'nde yapılan bir literatür taraması, iş yerinde sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına yönelik kapsamlı yaklaşımları savunmuştur. Bu tarama, bazı deneysel ve yarı deneysel çalışmalardan elde edilen bulgulara şüphe düşüren metodolojik zorluklara dikkat çekmiştir. Yazarlar, karşılaştırma grubu olmayan değerlendirmelere 3 yıldız, “randomize kontrol grupları kullanan uygun biçimde yapılmış çalışmalara” ise 5 yıldız vermiştir. Ancak aynı zamanda yazarlar, bu oranların münferit çalışmaların zenginliğini yansıtmadığını ve “okuyucuların genel oranların ötesinde risk almalarını ve her bir çalışmayı çalışmanın kendine özgü hedefleri, yöntemleri ve sınırlamalarını dikkate alarak kendi değerlerine göre yargılamaları gerektiğini” belirtmiştir (11).

Bu kriterlerin iş ortamının gerçek dünyasında ulaşılması imkânsız deneysel bir kontrol aşaması gerektiren özel bir modele ilişkin bakış açısını yansıttığını iddia ediyoruz. Ayrıca, bu kriterler; müdahale, değişiklik ve sonuçla gereğinden fazla ilgili olup bir müdahalenin nasıl ve neden işlediğinin daha iyi anlaşılması için süreç ölçümünün değerine yeteri kadar önem vermez. İş yeri ortamının değişken doğası, bütünsel ve yenilikçi bir değerlendirme yaklaşımı gerektirerek değişimi araştırma tasarımının merkezine yerleştiren bir örneklem çizer. Böyle bir yaklaşım eylem bazlı metodolojiler alanından gelir ki bunlar katılımcıları (bu durumda, bir kuruluşun işçi ve yöneticileri) tamamıyla sürece katar. Bu metodolojiler, iş araştırma ve işletme yönetimi biliminde çok iyi bilinir. Bu tür yaklaşımlar, kuruluşlarla ilgili olanlar dâhil yüksek kaliteli değerlendirmelere yönelik farklı kriterlerden kaynaklanır. Eğer kuruluşlar iş yerinde sağlığın geliştirilmesi programını uygulamak ve değerlendirmek için ikna edilecekse o durumda, bu önemli bir unsurdur.

Kamu sektöründe örneğin masraf kesintileri ve bütçe kontrolünün sıkılaştırılması; performans, hesap verebilirlik ve etkililiğe verilen önemi artırmıştır. Carter ve ark. (36), “iyi performans göstergelerinin kuruluşun ‘sahip olduğu’ performansı ölçmesi ve dış kaynaklı aktörlere bağlı olmaması gerektiğini... performans göstergelerinin kuruluşun ihtiyaç ve hedeflerine uygun olması gerektiğini” ifade etmiştir.

Aynı şekilde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarında etkililik ve etkinlik tartışmaları kalite güvencesi konularıyla birleştirilmelidir. İş yeri değerlendirmeleri, bir müdahalenin faydaları hakkında işçilerin kendisinin bildirdiği görüşler gibi bazı kalite ölçütleri içermeyi amaçlamalıdır. Böyle ölçütler, objektif olmadıkları için eleştirilme eğilimi gösterir. Böylece bu ölçütler bir değerlendirme protokolünün oluşturulmasında çoğunlukla ihmal edilir. Niteliksel veriler; yine de kuruluşun, örneğin halkla ilişkilerde kullanması için değerli bilgiler sağlayabilir. Böyle niteliksel verilerin geçerliliğini artırmak için üçgenleştirme tekniğiyle tüm değerlendirme süreci boyunca pek çok araştırma metodolojisi kullanılabilir. Üçgenleştirme, niceliksel ve niteliksel veri katmanlarının bilgiyi çapraz doğrulayacak şekilde yapılanmasını sağlar (23,37). Değerlendirmeye yönelik bir faaliyet araştırma yaklaşımı, değerlendirme süreci ilerledikçe katılımcıların birtakım göstergeler geliştirmesine imkân verecektir. Bunlar hem uygun olacak hem de değişikçe mevcut endişeleri yansıtacaktır.

Son olarak metodolojiler, farklı ortamlar arasında bulunan ara yüzleri geçebilecek şekilde oluşturulmalıdır. Daha önce bahsedildiği gibi insanlar ev, okul ve iş yeri gibi sağlıklarını etkileyen pek çok farklı ortamda yaşar. Bu ortamlar, kendine has özellikler taşımakla beraber insanlar, bunlar arasında sürekli gidip gelir. Böylece insan sağlığının geniş bir bakış açısından ele alınması insanların gün be gün etkileşim içinde bulundukları çeşitli ortamlar içinde sağlıklarını dikkate almalarını gerektirir. Çalışan nüfus için bunun anlamı evde ve daha geniş topluluklar içinde sağlığı etkileyen faktörlerin dikkate alınması, arada köprü kuran müdahale ve değerlendirme stratejileri ile araştırma ve eylemin geliştirilmesidir.

Değerlendirmeye Yönelik Eylem Araştırma Yaklaşımları

Çoğu iş yeri değerlendirme çalışması pozitivist bir yaklaşım benimsemesine rağmen sayısı giderek artan pek çok çalışma; hem çevresel hem de bireysel konulara değinilmesini sağlayan bir eylem araştırması, potansiyel olarak daha bütünsel bir yaklaşım izler (bk. Fasil 4). Eylem araştırması; katılımcıları, değerlendirme sürecinin bir parçası olarak birbirine bağlar. Böylece yöneticiler ile işçilerin değerlendirme süreci ve yapılacak ölçümler hakkında birlikte birinci derecede önemli kararlar almalarına olanak sağlar.

Bu tür bir yaklaşım, iş yerinin bir hayli karmaşık doğasının devam eden kurumsal değişiklikler ve müdahale planlaması ile beraber değerlendirilmesi için fırsat sağlar. Eylem araştırması, yönetim uygulaması ve eğitimde kabul gören bir yaklaşım olduğu için iş yeri bunun kullanılması için doğal bir ortamdır. Ayrıca, kuruluşun iş gündemine ilgili değişim göstergeleri oluşturabilmesi için ekstra avantaj sağlar. Bunun dışında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesi, kurumsal ortam içinde gerçekleşen gelişimlerle örneğin kalite güvence programları ile bağlantılı olabilir. Elbette ki firmalar; değerler ve öncelikler, kültürler ve ülkeler (38) ile sektörler bakımından birbirinden farklıdır.

Hugentobler ve ark. (37), Michigan’da orta ölçekli bir fabrikada yürütülmüş bir projede eylem araştırma yaklaşımı kullanmıştır. Yazarlar; çok çeşitli türde veri kullanımının, çalışma ortamındaki problem ve ihtiyaçların geniş bir tabanda, çapraz doğrulama ile tespit edilmesini ve derinlemesine anlaşılmasını sağladığını, ortama uygun müdahalelerin gelişimine rehberlik ettiğini ifade etmiştir. Değerlendirmeyi programın ayrılmaz bir parçası hâline getirmek, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarını iş yeri kültürüne entegre etmeyi kolaylaştırır.

Ayrıca, Kuzey Avrupa ülkelerinde yapılan araştırma çalışmalarının önemli bir kısmının gösterdiği gibi katılımcı müdahale ve değerlendirme, sağlık şartlarının iyileşmesine yardım eder. Glasgow ve ark. (39), sigaranın bırakılmasını amaçlayan programların işçi yönlendirme komitelerinin güçlü girdileriyle oluşturulması hâlinde daha etkili çalıştığını gösterir. Yazarlar, aynı zamanda, uygulama süreci bilgilerini kullanarak devam eden program değişikliklerinin program eylemlerini sürekli olarak nasıl geliştirebileceğine dikkat çeker.

Bugüne kadar yapılmış en kapsamlı çalışmalardan biri de psikososyal ve kurumsal tasarım bakış açısından etkililiği değerlendirmiş ve İskandinavya’da bir üretim tesisinde yapılmış bir boylamsal eylem (longitudinal action) araştırma projesidir (40). Bu çalışma, özellikle sosyal destek ile karar alma sürecine katılımı ve bu süreç üzerinde nasıl kontrol sağlandığı konularını incelemiştir. Hem niteliksel hem de niceliksel veriler kullanmış ve

- Müdahalelere çeşitli maruz kalma derecelerinin hangi farklı etkilere yol açtığı,

- Sosyal destek, katılım, stres ile davranış ve sağlık sonuçlarındaki değişikliklerin müdahaleyle ne derece bağlantılı olabileceği,
- Sosyal destek ve katılım değişikliklerinin stres, davranış ve sağlık sonuçlarında görülen değişikliklere ne ölçüde yol açtığı sorularını yöneltmiştir.

Araştırmacılar; kişisel kaynaklar (kendine saygı, işe ilişkin görevlerde ustalık, kişiler arası ilişkiler, karar alma sürecine katılım ve bu süreci etkileme, üstesinden gelme davranışı gibi) hakkında temel verileri sağlamak ve bir eylem tabanı oluşturmak üzere başlangıçta bir ihtiyaç analizi yapmıştır. Yapılan müdahaleler arasında; bülten, bilgi panoları ve katılım programları hazırlanması ile performans değerlendirme sisteminin değiştirilmesi yer alır. Bu çalışma, yaklaşımı ve kapsamı bakımından istisnadır. Çünkü iş alanlarının seyrek olduğu bir bölgeye yapılmış olan firma, iş gücünü elinde tutmaya istekli olmuştur. Eklund'un (41), montaj fabrikalarındaki iş organizasyonu analizinden elde ettiği bulgulara dayanarak gösterdiği gibi iş ve işçi piyasasının doğası, genellikle kuruluşun çalışma hayatının kalitesine gösterdiği ilgiyi belirler.

İş Yerinde Sağlığın Geliştirilmesi Programlarının Değerlendirilmesine Dair Kılavuzlar

O zaman işverenler, etkili sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarını kabul etmeleri ve daha da önemlisi bunları değerlendirmeleri için nasıl teşvik edilebilir? İngiltere İş Yeri Görev Gücü Raporu'ndaki kurallar (42), bu konular düşünülerek oluşturulmuştur. Görev Gücü birden çok disiplinden gelen profesyonellerden oluşan bir grup olup *Ulusun Sağlığı (The health of the nation)* başlığı altında altı çizilerek hükümetin, iş yeri ortamında sağlığın iyileştirilmesine verdiği stratejik yanıtının bir parçası hâlinde bir araya getirilmiş iş dünyasından temsilcileri içermiştir (43). Bunun temel hedefleri ise iş yerinde sağlığın geliştirilmesi üzerine yürütülen geçmiş ve mevcut faaliyetlerin gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi olmuştur.

Gelişim çalışması 2 alana odaklanmıştır:

- Böyle bir faaliyetin daha etkili biçimde değerlendirilmesi,
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının, özellikle küçük ve orta ölçekli işletmelerde pazarlanması.

Bu inceleme özellikle İngiltere'de önemli derecede uygulanacak değerlendirici çalışma bulamamış; bu yüzden Görev Gücü bizi iş yerinde sağlık faaliyetlerinin değerlendirilmesi için bir kılavuz yazmakla görevlendirmiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve sağlık bakımı uygulayıcılarının daha etkili değerlendirme stratejileri oluşturmaları ve kullanmaları için kılavuzlar oluşturduk. Yukarıda bahsedildiği gibi değerlendirmenin, belli bir iş yerine özgü ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi durumuna uygun olan bir araç portföyü ve ölçütler kullanarak yapılan titiz bir iyi uygulama süreci olduğunu vurguladık. Böylece her bir değerlendirme stratejisi kendine özgü olacak fakat bunu geliştirmek için kullanılan süreç, farklı iş yeri ortamları arasında aktarılabilir olacaktır.

Tablo 13.1, orijinal kılavuzları göstermektedir. Bunlar bir değerlendirme sürecinin izlemesi gereken birtakım adımları ve değerlendirmenin ona harcanan çabaya değmesini garanti edecek birtakım prensipleri ana hatlarıyla belirtir. Süreç tekrarlanabilir, adımlar bir sırayla takip edilir ve amaçlanan ideal noktayı tanımlar. Uygulamada ise adımların yeniden değerlendirilmesi gerekebilir. Bu durum, değerlendiricilerin önemli bilgileri elde etmek veya sürece yeni işçi grupları dâhil etmek üzere takip edecekleri şekilde ardışık ilerlemeyi birtakım dinamik döngülere dönüştürür. Bu fasıl, orijinal kılavuzları temel alır ve çeşitli düşünce yapılarında üretildiklerinden bu yana görülen ilerlemeleri temsil eder.

**Tablo 13.1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programının Katılımcılarla Değerlendirilmesi:
Ana Eylemler, İlgili Eylemler ve Yorumlar**

Ana Eylemler	İlgili Faaliyetler	Yorumlar
1. Adım: Programın amaç ve hedeflerini açıkla.	Katılımcıları kurula davet et ve önerilen bir değerlendirme grubu kur. Gerçek sağlık probleminin ne olduğuna karar ver. Temel bilgiler oluşturun.	Bu temelde zaman harcanması abartılamaz. Doğru insanların katılımı bilginin kullanılmasına bağlılığı ve anketlere iyi yanıtlar verilmesini sağlar. Değerlendirme grubu (en az 3 kişi) ilgi alanı dağılımlarını yansıtmalıdır. Uygun açıklama değerlendirmeyi doğrudan amaca götürür.
2. Adım: Değerlendirme çerçevesini tasarla ve sorulacak soruları belirle.	Değerlendirmenin amacına ve bilgileri kimin kullanacağına karar ver. Hangi soruların amaç ve hedeflere ulaşmaya ilişkin faydalı olduğuna karar ver. Bilginin kimden toplanacağına karar ver. Sürecin veya sonuç bilgilerinin gerekip gerekmediğine karar ver.	Bu eylemi hangi ölçütlerin kullanılacağına karar vermeden önce yap. Hedefler açıkça belirtilirse, bu kolay olacaktır. Değerlendirmenin amaçlarında açık ol; bu hangi soruların sorulacağını etkiler. Esas amaç program faaliyetlerinin belirtilen hedeflere ulaşım sağlamasıdır. Süreçle beraber sonuca bakmaya çalış.
3. Adım: Değerlendirme çerçevesini tasarla ve değişikliğin nasıl ölçüleceğine karar ver.	Neyin ölçüleceğine ve hangi yöntemlerin kullanılacağına karar ver. Örneklem büyüklüğüne ve hedef topluluğa karar ver. Bilginin ne zaman toplanacağına karar ver.	İyi bir ölçüm konularda açık ve net olmaktır. Yöntemlerin sorulara uygun ve sayısal olması gerekir. Zaman ve para limitlerinde gerçekçi ve dürüst ol.

4. Adım: Veri toplama.	Veri toplama çalışmasının göze çarpmasını ve katılımcıların iş gücünü arttırmamasını, eğer artırırsa da, bunu yapmanın değerini görmelerini sağla. Katılımcıların hâlâ kurulda olduğundan emin ol. Katılımcıların düzenli geribildirimlerle bilgilendir. Verilerin bilgi olmadığını unutmama.	Güven ve önyargı problemleri olacaktır. Önyargı kişilerin bildirdiği en yaygın davranıştır. Tüm paydaşlar katılırsa sorunlar küçülür. Kilit nokta katılımdır.
5. Adım: Programın etkililiğini belirleyecek bulguları değerlendir.	Değerlendirme grubuyla ilişkili olarak verileri yorumla ve gerçekleştirenle bekleneni karşılaştır. Sayıların yalnızca dünyanın nasıl olduğuna dair göstergeler olduğunu unutmama.	Veriler yorumlanmadan önce bilgi değildir. Bu durum, en iyi müşteri bir süreçte yapılır; böylece katılımcılar bulguların nasıl elde edildiğini anlar. Sayısal yorumlanmayan esnek bilgilerin değerini her zaman hatırla ve bazı sağlık değişikliklerinin ortaya çıkmasının zaman aldığını unutmama.
6. Adım: Tavsiye et.	Faydalı olanı açıkla. Hemen uygulamak için pratik değişiklikleri gizle. Tavsiyeleri uygulamanın ve uygulamamanın maliyet ve kazançlarını belirt. Mevcut inanışları zorla. Şu anda gözle görülemeyen uzun vadedeki değişiklikleri ara.	Eğer katılımcılar sürece katılırsa, bulgulara bağlı kalacak ve sonuçları algılayacaktır.

Prensipler ise Patton (23) tarafından sosyal bilimsel metodolojiyi temel alıp eğitim ve sosyolojik araştırma tekniklerine dayandırılarak geliştirilmiş bir değerlendirme geleneğinden kaynaklanır. Bunlar, aynı zamanda endüstriyel ilişkilerde görülen karmaşık problemleri aydınlatmak ve değişikliğin yönetilmesine ilişkin karar alma sürecine katkıda bulunmak için işletme biliminde yaygın olarak kullanılan eylem araştırma tekniklerinden yararlanır. Bu sayede bu yaklaşım iş yerinde uygulanabilir durumda olup Kanada, Hollanda, İsveç ve ABD’de iş yerinde sağlığın geliştirilmesi için hâlâ kullanılmaktadır.

Burada temel nokta, değerlendirme amacının mümkün olan en pratik biçimde faydalı bilgi sağlamak olduğudur. Öte yandan değerlendirme, iş yerinde değişiklik eyleminin ayrılmaz bir parçası olan bir öğrenme sürecidir. Bu yüzden tek başına izole bir şekilde yapılmamalı; analize, planlamaya ve uygulamaya yönelik entegre bir yaklaşımın bir parçasını oluşturmalıdır. Kabul edilen yaklaşım, herkesin sürece katılmasının önemine dikkat çeker. Böylece sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tüketicileri veya kullanıcıları, süreci kendi hızlarına göre ilerletir. Bu durum, değerlendirme süreci bulgularının kullanılması ihtimalini artırır. Oluşturulan kılavuzlar, tüm değerlendirme sorularına kesin bir yanıt sunmaz. Ancak değerlendirmenin en iyi yapılabileceği süreci tanımlar. Bu sayede gereken bilginin oluşması için duruma en uygun araçlar seçilebilir. Kılavuzlardaki aşamaların izlenmesi, tüm katılımcıların masrafları, toplanan bilgilerin güvenilirliğini ve geçerliliğini anlamalarını sağlamalıdır. Bu çerçevede; formda olma testi ve sigarayı bırakma sınıfları gibi hem küçük hem de özel programlar ile belli çalışma uygulamaları veya yeniden yapılanma gibi kurumsal ve yönetsel değişikliklerin sağlığa etkisinin değerlendirilmesinde kullanmak üzere hazırlanmıştır.

En önemli husus ise orijinal raporun (42); değerlendirme süresinin çoğunun, sürecin ilk adımlarında harcadığına dikkat çekmiş olmasıdır. Araştırmaya göre, değişikliği uygulamada en başarılı olan şirketlerin zamanlarının %90’ını strateji oluşturma ve insanların katılımını sağlama, %10’unu uygulamaya harcadıkları görülmüştür (44).

İş Yerinde Sağlığın Geliştirilmesinin Değerlendirilmesinde Dikkat Edilecek İlkeler

Bu prensipler, orijinal kılavuzlarda belirlenenlere ilave edilir ve onları genişletir. Hem kılavuzlar hem de bu fasıl; hangi kaynaklar mevcut olursa olsun, şirket veya programın büyüklüğü ne olursa olsun, etkili bir değerlendirmeye erişmek için 5 temel prensibin izlenmesi gerektiğini ileri sürer.

Sağlık İhtiyaçları Analizi ile Biçimlendirici Değerlendirme Sürecinin Başlatılması

İlk olarak iyi planlanmış bir ihtiyaç analizi, bütün sürece yönelik kilit bir işarettir. İhtiyaç analizi, kullanıcı tarafından kullanılabilir olmalıdır. Böylece biçimlendirici değerlendirme ve müdahale planlaması tek bir ayrılmaz süreç hâline gelerek mevcut iş uygulamalarını artırsın ama engellemesin. Bu durum, aslında daha çok,

müdahalelerin özel ortamlara uygun hâle getirilmesine neden olur. Oluşturulan kesin müdahale, diğer ortamlara aktarılabilir durumda olmayabilir. Ancak müdahale ve değerlendirme tasarımı hakkında fikir ortaya koymak için kullanılan prensipler her yerde uygulanabilir. Bunu Hawe ve ark. (45), şöyle belirtir:

İlk etapta insanları dikkatli bir tanımlamaya, problemin anlaşılmasına, bunun nasıl ele alınacağına ve probleme neyin yanıt olabileceği hakkında tartışmayı ertelemeye yöneltmek daha iyi olur. Çünkü böyle bir tartışma problemin anlaşılabilir hâle gelmesine yol açabilir. İhtiyaç analizinin amacı, tam da bunu yapmaktır. Problemler anlaşıldıktan ve bir tanesi ilk öncelik olarak seçildikten sonra, birtakım muhtemel çözümler ortaya koyulabilir.

Yakın zamana ait sağlığın teşviki ve geliştirilmesi literatürü çok sayıda sağlıkta ihtiyaç değerlendirmesi modelini kapsar. Örneğin Harvey (46), geniş bir yelpazede bazıları zaten mevcut bulunan (epidemiyolojik veriler) ve bazıları toplanması gereken (toplumsal algılar) nicel ve nitel verileri kullanarak bir toplumsal teşhis modeli tanımlar. İş yerinde mevcut veri kaynakları; bütçe defterleri, hastalık/işe gelmeme verileri, iş ve işçi sağlığı bölümünden alınan tıbbi kayıtlar ve iş yeri anketlerini kapsayabilir. Mevcut veriler incelendikten sonra, katılımcılar sağlıkla ilgili ihtiyaç analizi süreci sırasında daha fazla veri toplanması gerekip gerekmediğine ve eğer öyleyse toplanması gereken diğer veri türlerine karar verebilir. İdeal olarak hepsi, iş gücünün farklı sektörlerinden gelen üyelerden oluşan bir çalışma grubu bu kararları verir.

Katılım ve Geri Bildirim

Yukarıda belirtildiği gibi değerlendirme süreci katılımcı olmalıdır. Bunun 2 sebebi vardır. İlk olarak bir değerlendirme, özellikle hem işletme hem de iş gücü bakımından daha az güçlü olanlar olmak üzere farklı çıkar gruplarının görüş ve bakış açılarını yansıtmalıdır. İnsanlar, bir değerlendirme neleri gerektirmelidir sorusuna karşı farklı algılara sahiptir. Görüşleri de önceliklere ve kurumsal yapılara bağlı olarak içeriğe göre farklılık gösterecektir. İkinci olarak katılımcıların neler olup bittiğini bilmeleri gerekir.

İyi bir geri bildirim almak her türlü veri toplama çalışmasında başarıya ulaşmanın kilit noktasıdır. Eğer kilit yöneticiler, veri toplama işine katılırsa değerlendirmeden kazanılan bilginin kullanılma olasılığı daha fazladır. İşçilerin buna dâhil edilmesi onların psikolojik sağlığını güçlendirerek müdahale stratejilerine bağlılıklarını artırır. İş yerleri ve barındırdıkları grupların farklı kültürel değerleri vardır. Örneğin Liverpool Şehir Konseyi, konut biriminde çalışan işçi grupları halkla temas düzeylerine göre değişen seviyelerde ilgili iş stresi çektiklerini ifade etmiştir (47). Daha önceleri yönetim; bunu işçiler için öncelikli bir sağlık sorunu olarak algılamamakta, yaşam tarzında değişikliklere ve fiziki çalışma ortamına odaklanmaktaydı. İşçilerin geniş bir yatay kesiti, ideal olarak ilgili sağlık konularını tespit etmek amacıyla ihtiyaç analizinde yer almalıdır.

Değerlendirme Amacının Netliği

Değerlendirme zaman birimi olarak çeşitlilik gösterir. Süreç değerlendirmesi, program planlama ve uygulama aşamasında neler olduğunu inceler. Liverpool konut bölümü, örneğin stresle ilişkili problemlere halkla bireysel temas süresini azaltmak gibi çözümler yaratarak çalışma uygulamalarını değiştirmek için farklı stratejiler geliştirmiştir. Etki değerlendirmesi, sağlık durumunda iyileşmeye dair rapor edilmiş bilgiler gibi bir programının anında görülebilen etkilerini ölçer. Sonuç değerlendirmesi ise 5 yıllık bir dönem içinde hastalık izninde azalma gibi daha uzun vadeli etkileri ölçer.

İdeal olarak planlanan sağlık hedeflerine yönelik ilerlemeyi değerlendirmek ve hangi sağlık faaliyetlerinin ve neden başarılı olduğunu anlamak üzere bir süreç, etki ve sonuç göstergeleri dengesinin bulunması gerekir. Bu şekilde program; eğer etkili biçimde değerlendirilecekse programın hedefi, yürüttüğü faaliyetlerle rasyonel bir uyum içinde olmalıdır. Örnek olarak eğer amaç stresi azaltmaksa sigara yasağı politikası getirilmesi insanlara bununla başa çıkma stratejileri bulmaları için yardım etmek üzere herhangi bir destek sağlanmadan bir işe yaramaz.

Ayrıca ilgili verilerin faaliyet yürütüldüğü sürece toplanmasını sağlamak için değerlendirmeye yönelik kararlar, iş yerinde sağlık faaliyetleri planlandığı zaman alınmalıdır. Temel bilgi örnekleri; hastalık izni sayısı ve sebeplerini, işçilerin iş sağlığı problemlerini nasıl tanımladığını, sigara kullanıcılarının sayısını, işe ulaşım imkânlarını, duşların kullanımını, sağlık konuları hakkında sahip olunan bilgileri, algılanan stres ve kendine saygı düzeylerini ve sorunlarla başa çıkma davranışını kapsayabilir.

Faydalı Bilgi Üretimi

Toplanan veri türlerinin faydalı bilgiler üretmesi, gereğinin yanı sıra değerlendirmenin kimin için yapıldığı ile ne tür bilgiler gerektiğine bağlı olacaktır. Büyük olasılıkla aşağıda belirtilen kişiler, katılan paydaşları oluşturacaktır: bir başkan, bölüm müdürleri, sendika temsilcileri, sağlık personeli, güvenlik personeli ve işçiler. Veriler farklı düzeylerde toplanabilir. Örnek olarak bireysel düzeyde düzenli sağlık testi (fizyolojik ölçütler kullanılarak), işçilere bir faaliyete katılırken sağlık durumlarının ne olduğu hakkında geri bildirim sağlamıştır. Bu durum, programın ileri aşamalarına katılımı teşvik etmiştir. Grup düzeyinde ise yapılan bir anket programdan önce, program sırasında ve programdan sonra oluşan tutum, inanış ve davranış değişikliklerine ilişkin bilgi sağlar. Şirket düzeyinde ise işe gelmeme oranlarını gösteren veriler, programın ne derece iyi işlediğine ve yatırıma devam etmenin zahmet veya masrafa değip değmeyeceğine dair bilgi verir.

Veri toplama zamanlaması, etkililiği ölçmek için önemli bir unsurdur. Bireylere odaklanan iş yeri programları, örneğin, zamana bağlılık derecesini dikkate almalıdır. Deneyimler şunu gösterir: Ölçümler, program bittikten sonra en azından 6. ve 12. aylarda olmak üzere 2 kere alınmalıdır. Buna karşın kurumsal değişiklik, çoğunlukla

bireysel değişikliğin gerisinde kalır. Gerçek etki yıllar sonra gözle görülebilir. Değerlendirme ise tüm faydaların tam olarak izlenebilmesi için bu sonraki tarihte takibe olanak sağlamalıdır.

Etik Konuların Önemi

Bilgi toplama; gizlilik, dâhil olma ve geri bildirim unsurları etrafında hassas etik konular ortaya çıkarır. Faydalı veriler, personel ve bütçe bilgileri gibi mevcut kayıtların bir parçası olarak toplanabilir. Bunlara erişilebilirlik durumu dikkatle düşünülmesini ve tüm katılanlarca mutabık kalınmasını gerektirir. Eğer işçiler, bilgiyi kendi zararlarına kullanılacağı yönünde algılsa (örneğin kimin işten çıkarılacağına karar vermek için) o zaman işçilerin iş birlikleri sınırlı olabilir ve verilere güvenilemeyebilir (47). Aynı zamanda, sağlık programına katılmayan işçiler hakkında bilgilerin karşılaştırma bakımından kullanılması gerekebilir Bu durum, işçilerin haklarının ihlali olarak değerlendirilebilir. Benzer şekilde değerlendirme, insanların katılım gerektiren bir süreçte yer almayı tercih etmeme haklarına saygılı olmalıdır. Yalnızca yazılı raporlara bağlı kalmadan kesintisiz ve uygun geri bildirim biçimleri kullanmak çok önemlidir.

İş Yerinde Bir Süreç Olarak Değerlendirme Uygulaması

Eylem araştırma yaklaşımları; genellenebilirlik konularına değinmediği için eleştirilebilir. Şirketler arasındaki büyük farklar, yine de şirketler arasında genelleme yapma girişimini hayali bir hedef hâline getirebilir. Daha önemlisi sağlğın teşviki ve geliştirilmesi programlarına yönelik bir kalite güvencesi kültürü oluşturmaktır. Düşünce biçimi, iyi değerlendirme uygulaması modellerine doğru kaymalıdır Bu sayede süreç içinde etkili çalışma prensipleri çerçevesi, önerilen birtakım eylemler menüsü ile yer değiştirebilir. Sonuç verileri, müdahale hedeflerine doğru bir ilerleme olduğu bilgisini verebilirse iş yeri ortamında doğrulanmış bir araç kullanılması akıllıcadır. Ancak eğer bu aracın kullanılması, işe yaramayan uygunsuz verilerin daha maliyetli biçimde toplanmasına neden olursa elbette bu pahalı bir hatadır. Değerlendirme süreci, eylem odaklı bir model izlerse katılan insanların amaçlarını, değerlerini, isteklerini ve onları motive eden dürtüleri gerçekten yansıtan birtakım ilgili ve uygun göstergeler oluşturmak üzere değerlendiricilerin süreç içinde kullanabilecekleri zaman vardır (48).

Eğer süreç doğru biçimde kurulursa bütün sağlğ faaliyetleri ve görevleri programının ayrılmaz bir parçası olarak doğal ve otomatik bir gözden geçirme faaliyetine dönüşür. Bir değerlendirmenin etkililiği bunun nasıl ele alındığına bağlıdır. Eğer süreç önerilen yöntemle yapılırsa kullanılan tasarım, metodoloji ve araçların seçimi değerlendirmenin yapıldığı şartlara dayalı olacak ve değerlendirme amacı netlik kazanacaktır. Eşit derecede mantıklı bir biçimde tanımlandığı zaman süreç, diğerlerince incelenebilir hâle gelecektir.

Değerlendirme, değişikliğin ölçülmesi ile ilgilidir. Değerlendirmenin değeri, elbette ne kadar yararlı olduğuna bağlıdır. Standartların geliştirilmesine yardım edecek temel

bir araştırmaya hâlâ ihtiyaç vardır. Aynı şekilde, değerlendirmenin kalitesini artırmak ve sağlık hakkında öğrenme ve düşünmeyi kurumsal kültürün bir parçası hâline getirmek için eğitim gereklidir. Burada taslağı verilen yaklaşım; sürece bağlılığı, daha iyi bilgi elde edilmesini ve o bilgiye dayalı etkili eylemler gerçekleştirilmesini teşvik edecektir. Bu yaklaşım değişiklik yönetiminde en iyi uygulamayı yansıtır (49).

İş Yerinde Değerlendirme Uygulamasının Geliştirilmesine Yönelik Öneriler

Bu kısım, değerlendiricilerin uygulamayı geliştirirken karşı karşıya kaldığı başlıca zorlukların altını çizer.

Değerlendirmenin Diğer İş Yeri Faaliyetleriyle Birleştirilmesi

Değerlendirme mekanizması [sağlık öncelikleri anlayışından (sağlık ihtiyaçları analizi) iş yerinde sağlık müdahaleleri geliştirilmesi ve bunların etkisinin değerlendirilmesine kadar], bütçe ve insan kaynakları planlaması gibi kurumların normal planlama döngülerine entegre edilmelidir. Bu durum; süreçlerin, etki ve sonuçların ihmal edilmeden sürekli ölçülmesini sağlar. Sonuç olarak değerlendirme faaliyetleri için bir kenara koyulmuş finansman bulunabilir. Bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeylerde program uygulama süreçlerinin değerlendirilmesine ise daha büyük önem verilmelidir.

Metodoloji Seçimi

Değerlendirme yöntemleri, katılımcı yöntemler olmalıdır. Böylece sorulan sorular sadece işletme değil tüm sektörlerle ilgili ve hepsi için geçerli olur. Katılım süreçleri sırasında ortaya çıkan çatışmaların ele alınması iş yeri değerlendiricisi tarafından sahip olunması gereken becerilerden biridir. İlgili sorular sorulmasının işçileri araştırma sürecinin devamına bağlama ihtimali yüksektir. Katılımcı yöntemler, işçilerin iş yerinde sağlık faaliyetleri planlamasını etkilemek ve kontrol etmek için olanak sağlar. Bu durum, bireylerin öz yeterlilik duygusunu artırır (kendine saygı duyma ve belli hedeflerin başarılmasına yönelik becerilerine güvenme). Dooner (50); öz yeterliliğin rolünü, işçilerin sağlığına katkısını ve sonuç olarak kurumun genel sağlık durumunu tartışır.

Birden Çok Tesis Arasında Köprü Kurulması

Daha önce bahsedildiği gibi değerlendirme tasarımının çok yönlü özelliği; üniversiteleri belediyeler ve çok uluslu girişimler gibi özellikle büyük kuruluşlarda iş yerinin değişen yüzünü göz önünde bulundurmak zorunda olacaktır. Böyle kuruluşlarda çalışan işçilerin sağlık ihtiyaçları; iş türüne, tesisin coğrafi konumuna ve kültürüne bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Değerlendirme tasarımı, çok tesisli iş yerlerinin gereklerine uymak ve evden çalışmaya yönelik eğilimleri dikkate almak için giderek daha fazla çeşitliliği yapısında barındırmalıdır.

İlgili Değerlendirme Göstergeleri

İdeal olarak müdahalenin etkililiğini ölçmek için birtakım göstergeler kullanılmalıdır.

Bunlar hem sağlık hem de iş göstergelerini kapsamalıdır. İş veya çalışma şartlarından memnuniyetin ifade edilmesi gibi kalite ltlerinin dâhil edilmesi bir öncelik olmalıdır. Anlamalı veriler sağlamak ve kuruluşu diyalogu sürdürmeye yöneltmek için değerlendirmenin, kuruluşun iş gündemini göz önünde bulundurması zorunludur. Değerlendirme göstergeleri, yalnızca bireysel sağlık konularına değil (davranış değişikliği gibi) aynı zamanda sağlığı etkileyebilecek kurumsal faktörlere (psikososyal evre gibi) odaklanmalıdır. Kaçınılmaz olan şey şudur: İşletme ihtiyaçları, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedefleri ile eşit önceliğe sahip olacaktır.

Arayüzlerin Geçilmesi

Müdahale ve bunun gelişimine bütünlük, sreklielik ve sürdürülebilirlik kazandırmak amacıyla hem iş yeri sağlık faaliyetleri hem de bunların ayrılmaz biçimde değerlendirilmesi; iş, ev yaşamı ve toplum arasındaki arayüzleri geçmeye çalışmalıdır. Bu tür müdahalelerin kariyer ve işçi rollerini dengelemek zorunda kalan kadınların karşı karşıya kaldığı bazı problemleri dikkate alma ihtimali daha yüksektir.

Sonuç

zet olarak iş yerinde sağlığın geliştirilmesi ve bunun değerlendirilmesi dinamik bir değişim sürecindedir. Bu konuya ilişkin literatür; yaklaşımların, daha çok eylem odaklı hâle gelmesi, değişikliğin llmesinde kullanılacak araçların tasarımında katılımcı teknikler kullanılması ve iş gündeminin kurula taşınması konusunda artan bilinç düzeyini yansıtmaktadır. Bu bölümün, bu hedeflere yönelik çalışanlara pratik bir ereve sağlamasını ve sağlıklı kuruluşlar yaratmaya yönelik katkı sağlamasını umuyoruz. Bu yaklaşım, literatürde değişiklik yönetimi hakkında bol miktarda metodoloji kullanır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının süreç ve sonuçlarını lme yolları henüz emekleme aşamasındadır. Ancak benzer karmaşık konularla ilgili eğitim ve işletme bilimi gibi sağlık dışı alanlarda yapılan değerlendirmelerden öğrenilecek çok şey vardır. Uygun araçların geliştirilmesi; daha yenilikçi bir yaklaşım benimsenmesini, diğer disiplinlerin değerlendirme yöntemlerinin göz önünde bulundurulmasını, gerektiği yerde değişimin llmesi için yeni araçların tasarımına yönelik becerilerin geliştirilmesini gerektirir.

Kaynaklar

1. PELLETIER, K.R. A review and analysis of the health and cost-effectiveness outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programmes at the worksite. *American journal of health promotion*, 10(5): 380-388 (1996).
2. GOETZELET, R.Z. ET AL. An evaluation of Duke University's Live for Life Health Promotion Program and its impact on employee health. *American journal of health promotion*, 10(5): 340-342 (1996).
3. LEWIS, C.E. Disease prevention and health promotion practices of primary care physicians in the United States. *American journal of preventive medicine*, 4(Suppl. 4): 9-16 (1988).
4. DEMMER, H. *Worksite health promotion: how to go about it*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (European Health Promotion Series, No. 4).
5. BERTERA, R. The effects of behavioural risks on absenteeism and healthcare costs in the workplace. *Journal of occupational medicine*, 33: 1119-1124(1991).
6. COOPER, C.L. & WILLIAMS, S., ED. *Creating healthy work organizations*. New York, Wiley, 1994.
7. GOLDBECK, W Preface. In: O'Donnell, M. & Ainsworth, T., ed. *Health promotion in the workplace*. New York, John Wiley, 1984.
8. O'DONNELL, M. Preface. In: O'Donnell, M. & Harris, J. *Health promotion in the workplace*. Albany, Delmar, 1994.
9. DEJOY, D.M. ET AL. Health behaviour change in the workplace. In: De-joy, D.M. & Wilson, M.G., ed. *Critical issues in worksite health promotion*. Boston, Allyn and Bacon, 1995.
10. DEJOY, D.M. & SOUTHERN, D.J. An integrative perspective on worksite health promotion. *Journal of occupational medicine*, 35: 1221-1230 (1993).
11. WILSON, M.G. ET AL. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *American journal of health promotion*, 10(6): 429-435 (1996).
12. SPRINGETT, J. & DUGDILL, L. Workplace health promotion programmes: towards a framework for evaluation. *Health education journal*, 54: 88-98 (1995).
13. DUGDILL, L. *NHS staff needs assessment: a practical guide*. London, Health Education Authority, 1996.
14. DUGDILL, L & SPRINGETT, J. Evaluation of workplace health promotion: a review. *Health education journal*, 53: 337-347 (1994).
15. SHEPHARD, P. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American journal of health promotion*, 10(6): 436-452(1996).
16. WYNNE, R. & CLARKIN, N. *Under construction: building for health in the EC workplace*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1992.
17. GUSTAVEN, B. Democratising occupational health: the Scandinavian experience of work reform. *International journal of health services*, 12(4): 675-688 (1988).

18. SHERMAN, J.B. ET AL. Evaluation of a worksite wellness programme: impact on exercise, weight, smoking and stress. *Public health nursing*, 6(3): 114-119(1988).
19. TUXWORTH, W. ET AL. Health, fitness, physical activity and morbidity of middle-aged male factory workers I. *British journal of industrial medicine*, 43: 733-753 (1986).
20. WILSON, M.G. ET AL. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *American journal of health promotion*, 10(6): 433 (1996).
21. ERFURT, J.C. ET AL. Worksite wellness programmes: incremental comparison of screening and referral alone, health education, follow-up counselling, and plant organization. *American journal of health promotion*, 5(6): 438-448 (1991).
22. BERTERA, R.L. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *American journal of public health*, 80(9): 1101-1105. (1990)
23. PATTON, M.Q. *Practical evaluation*. London, Sage, 1982.
24. OAKLEY, A. ET AL. *Workplace interventions - Does health promotion work?* London, Health Education Authority, 1994.
25. GOTTLIEB, N.H. & NELSON, A. A systematic effort to reduce smoking at the worksite. *Health education quarterly*, 17(1): 99-118 (1990).
26. EVERLY, G.S. ET AL. Evaluating health promotion in the workplace: behavioural models versus financial models. *Health education research*, 2: 61-67 (1987).
27. KATZMAN, M.S. & SMITH, KJ. Occupational health promotion programmes: evaluation efforts and measured cost savings. *Health values: achieving high level wellness*, 13(2): 3-10 (1989).
28. NASH, C. ET AL. An evaluation of cost-benefit analysis criteria. *Scottish journal of political economy*, 22(21): 121-134 (1975).
29. LICHFIELD, N. *Community impact evaluation*. London, UCL Press, 1996.
30. SPILLING, S. ET AL. Cost-benefit analysis of work environment investment at STK's telephone plant at Kongsvinger. In: Corlett, E.N. et al., ed. *The ergonomics of working postures*. London, Taylor and Francis, 1986, pp. 380-397.
31. WEINSTEIN, M. Lifestyle, stress and work: strategies for health promotion. *Health promotion international*, 1(3): 363-371 (1986).
32. KARASEK, R. & THEORELL, T. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.
33. WYNNE, R. *Action for health at work: the next steps*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1993.
34. DEAN, K. Double burdens of work: the female work and health paradox. *Health promotion international*, 7(1): 17-25 (1992).
35. PELLETIER, K.R. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programmes at the worksite: 1991-1993 update. *American journal of health promotion*, 8: 50-62 (1993).
36. CARTER, N. ET AL. *How organisations measure success: The use of performance*

indicators in government. London, Routledge, 1992.

37. HUGENTOBLE, M.K. ET AL. An action research approach to workplace health: integrating methods. *Health education quarterly*, 19(1): 55-76 (1992).

38. HOFSTEDE, G. *Cultures and organizations. Software of the mind*. New York, McGraw-Hill, 1989.

39. GLASGOW, R.E. ET AL. Implementing a year-long, worksite-based incentive programme for smoking cessation. *American journal of health promotion*, 5(3): 192-199(1991).

40. ISRAEL, B. ET AL. Action research on occupational stress: involving researchers. *International journal of health services*, 19(1): 135-155 (1989).

41. EKLUND, J.A.E. Organisation of assembly work: recent Swedish examples. In: Megaw, E.D., ed. *Contemporary ergonomics*. London, Taylor and Francis, 1988, pp. 351-356.

42. *Workplace Task Force report*. London, Department of Health, 1993.

43. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. *The health of the nation*. London, H.M.

Stationery

Office, 1992.

44. BURNES, B. *Managing change*. Belmont, Pitman, 1992.

45. HAWES, P. ET AL. *Evaluating health promotion: a health workers' guide*. Sydney, McLennan and Petty, 1990.

46. HARVEY, J. Promoting mental health: whose priorities? In: Trent, D.R., ed. *Promotion of mental health*. Aldershot, Avebury, 1991, vol. 1.

47. BRODIE, D.A. & DUGDILL, L. Health promotion in the workplace. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86: 694-696 (1993).

48. DE LEEUW, E. *Health policy: an exploratory enquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. Maastricht, Savannah, 1989.

49. WILSON, D.C. *A strategy of change*. London, Routledge, 1993.

50. DOONER, B. Achieving a healthier workplace: organisational action for individual health.

Health promotion, Winter edition, pp. 2-6, (1990).

Kent Yerleşimlerinde Değerlendirme: Sağlıklı Şehirler'deki Zorluklar

Lisa Curtice, Jane Springett ve Aine Kennedy

Giriş

Sağlıklı Şehirler Hareketi (Healthy Cities Movement), sağlığı artırıcı bir çevre yaratmak için belediye politikalarının değiştirilmesine odaklanır. Orijinal fikir, 1980'li yıllarda Hancock ve Perkins tarafından geliştirilmiş olan ve sağlığın 'mandala'sı (mistik çember anlamına gelen Hintçe bir terim) olarak adlandırdıkları olgu içindeki karşılıklı ilişkileri öne çıkaran bir modelden gelir. Buna göre, kentsel çevre birtakım etki düzeylerinin uyumlu hâle getirilebileceği bir yerdir (1). Daha yakın zamanda Labonte, bu modeli geliştirmiştir. Labonte; sağlıklı şehri sağlığı, çevreyi ve ekonomiyi yaşanabilir, eşitlikçi ve en önemlisi sürdürülebilir bir biçimde dengeleyen bir şehir olarak nitelendiren özellikler katmıştır (2). Bu da Yerel Gündem 21'in hedeflerini anımsatmaktadır (3,4). Sağlıklı Şehirler kavramının altında yatan kavram, eşitlik ve sosyal adaletin sağlanması ile güçsüzlüğün hastalıklar için nasıl bir risk faktörü olduğu gibi güçlendirmenin sağlık için önemli olduğu gerçeğinin farkında olmaktır (5). Bunun için hem toplumun hem de kaynakların tahsisi, eğitim, barındırma, su ve hava kirliliği ile yoksulluk hususlarındaki kararlarıyla sağlığın yaratılmasında (6) kilit role sahip (özellikle belediye yetkilileri) (diğer sağlık dışı sektörlerin sağlık konusunda karar verme aşamasına katılmasını gerekir. Sağlıklı şehirler, sağlıklı kamu politikasına yönelik uygulanabilir bir deney olarak amaçlanır. Sağlığın; karmaşık, bağımsız ve çok sektörel etkenlerine verilen kısıtlı, sektörel, etkisiz ve kısa vadeli politika yanıtlarını reddederek sağlığın artırılması ve eşitlikçi çevrelerin oluşturulması için insanların, aktif ve iş birliği içinde katılımlarını sağlamaya yönelik yollar arar (7). Birçok Sağlıklı Şehir'de uygulanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları, bu nedenle davranışçı bir modele karşıt olarak sağlığa ve bunun teşvik edilmesine bütünlükçü ve sosyoekolojik bir bakışı destekler (8).

Uluslararası Sağlıklı Şehirler girişimi; yerel düzeyde ve şehir gibi belirli bir çevrede tüm stratejiler için sağlığın uygulanmasını desteklemek ve katılımcı şehirlerden bir Avrupa ağı yaratarak gelişim ve öğrenmeye katkıda bulunmak amacıyla DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin küçük bir projesi olarak başlamıştır (9). Proje, sağlık politikasına ve sağlık programlarına yönelik çevresel yaklaşımlarının geliştirilmesinde büyük etkiye sahip olmuş ve çeşitli şekillerde bir sosyal hareket olarak dünya çapında köklemiştir. Küçük ölçekli girişimden şehir çapında sağlıklı kamu politikasının oluşturulmasına kadar geniş bir yelpaze içinde toplum temelli projeler ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmaları ortaya çıkmıştır (10). Bazıları Sağlıklı Şehirler kavramını, geniş tabanlı bir değişimi meydana getirmek için insanların görüş açılarını günlük gerçeklerin yukarısına doğru çekmeyi amaçlayan bir kavram olarak görür. Bu bakış açısından bakıldığında, bürokratik eğilimlere sahip olmakla birlikte sosyal bir hareketin bazı özelliklerine sahiptir (11,12). Bazıları "Sağlıklı Şehirler"i topluma odaklı olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi olarak görür (10). En gelişmiş hâliyle

Sağlıklı Şehirler, koordinasyonlu bir planlama ve sağlık temelli bir kamu politikası olabilir (13,14). Sağlıklı bir şehir süreç ve sonuç bakımından tanımlanır: Sağlıklı şehir, sağlığın ve gelişim çabası göstermenin bilincinde olan şehirdir.; Belli bir seviyede sağlığı başarmış olan şehir değildir. Bir şehrin bu harekete katılımı, sağlığa olan bağlılığına ve bunu başarmaya yönelik bir yapıya ve sürece sahip olmasına bağlıdır (15). Mevcut sağlık durumuna ise bağlı değildir.

Bu fasıl, Sağlıklı Şehirler girişimini değerlendirme bakımından kilit konulardan bazılarını belirleyerek şehirler ile toplumların bunları nasıl ele aldığını gösterir. Sorulacak kilit değerlendirme sorularının ve toplanacak verilerin belirlenmesi gibi temel sorulara verilen yanıtların değerlendirmenin seviyesine (yerel proje, şehir veya ulusal veya uluslararası ağ) ve çalışmanın odak noktasına (kapsamlı bir politika veya program olup olmadığı) bağlı olduğunu ileri sürüyoruz. Daha temel şekilde ifade edilirse Sağlıklı Şehirler girişiminin herhangi bir değerlendirmesinin, hareketin ilkeleri ile tutarlı bir şekilde yapılması ve sadece etki ve süreç etkenleri bakımından değil değerlendirme sürecinde minimum toplumsal katılım, sektörel iş birliği ve eşitlik gibi ana hedefleri kapsamaması gerekir. Şehir düzeyinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönelik çevresel bir yaklaşımın içinde yer alan çok sayıda girişimde sinerjik etkiyi ve sonucu yakalamak için aktif olarak çeşitli araçların geliştirilmesinin gerekmesi ile birlikte bunların, katılımcıların yerel düzeydeki değerlendirme unsurları ile mücadelesi sırasında ortaya çıkması muhtemeldir.

Sağlıklı Şehirler’in Değerlendirilmesi Zor Olan Özellikleri

Sağlıklı Şehirler’in 3 özelliğinin, değerlendirmede önemli bir yeri vardır: İlki, yukarı doğru ulusal ve uluslararası düzeyler ile aşağı doğru mahalle veya topluluk biçiminde oluşan geniş bir bağlantılar sistemi içinde bir birim olarak şehrin yeridir. Netlik sağlamak adına kent kavramına odaklanıldığı zaman, yine de kırsal toplumlar için karşılıklı bağımlılık hakkında paralel bir tartışma yapılabileceğini ve Sağlıklı Şehirler/Sağlıklı Topluluklar’ın hem kentsel hem de kırsal bir hareket olarak geliştiğini fark ediyoruz. Daha sonra, Sağlıklı Şehirler’i postmodernizm bağlamında düşünerek toplum kavramının canlandırıldığı farklı yolların altını çiziyoruz. Son olarak politika geliştirilmesi sürecindeki araştırma ve teoriyi tartışıyoruz. Çünkü bu Sağlıklı Şehirler’in öncelikli olarak etkilemeyi istediği husustur.

Geniş Bir Sistemin Bir Parçası Olarak Şehir

Kentsel çevre karmaşıktır ve pek çok toplum ve sistemi sürekli değişen bir etkileşim hâlinde barındırır. Kentsel değişimi etkileyen altta yatan birçok faktör yerel kontrolün ötesindedir. Şehrin çevresel analizi ve daha kapsamlı olarak şehirdeki girişimlerin analizi şehir düzeyine sınırlanamaz. Sosyal ve siyasi politikaları ile hem değişimi etkilemeye yönelik fırsatlara hem de değişim üzerindeki kısıtlamalara katkıda bulunacak süreçleri kapsamak zorundadır.

1960’lar ve 1970’lerdeki kent problemlerine yönelik toplumsal gelişim yaklaşımlarının değerlendirilmesi ile 1980’ler ve 1990’lardaki kentsel yenilenme

girişimleri ile ilgili İngiltere’den elde edilen örnekler, yararlı dersler verir. 1970’lerin başında İçişleri Bakanlığı Ulusal Toplumsal Kalkınma Projesi’nin katılımcıları, yenilikçi ulusal programlara yönelik yerel bir teknik için test tabanı sağlayarak kendilerine verilen rolü reddetmiştir. Bu katılımcılar, kalkınma süreçlerini sınırlayan geniş sosyal politikalara eleştirel olarak dâhil olmaları gerektiğini ifade etmiştir (16). Güçsüzlük ve yoksulluk gibi sosyal politika konularını ele almak için kurulan küçük ölçekli ve kaynak yetersizliği bulunan kentsel girişimlerin kısa vadede büyük ölçekli bir değişim gösterme olasılığı kısıtlıdır (17). Ayrıca kişiler; toplumsal kalkınma girişimlerinden elde edilen bulguların, örgütsel değişim veya politika değişimine yönelik dönüştürülmesindeki zorlukları kolayca azımsayabilir (18).

1970’li yıllardan beri İngiltere’deki kentsel programlar; yalnızca ekonomik büyümenin kentsel yoksunluk sorunlarına yeterli bir yanıt olmadığını, “yeni kamusal faaliyet biçimlerinin değerlendirilmesi” gerektiğini kabul etmiştir (19). Ulusal kentsel yenilenme girişimlerinin birbiri ardına değerlendirilmesi bu tür politikaların uygulanmasına karşı engeller ortaya çıkaran çatışmalar ve sınırlamaların dikkate alınmasının ne derece önemli olduğunu göstermiştir. İç bölgelerdeki şehirler için kentsel kalkınma hibe programı olan şehir faaliyetlerinin değerlendirilmesi, yalnızca hedeflere ulaşılmasına değil aynı zamanda farklı yerler arasındaki etkililik bakımından görülen farklılıkları etkileyen faktörlere değinmek için etki değerlendirmesi kullanır (20). Böylece şehirlerdeki sosyal sermaye, ulusal politikadan ayrı olarak ne iyileştirilebilir ne de analiz edilebilir. Uygulama; bölgesel, ulusal veya uluslararası hedeflere karşı basitçe yerel koşulların ortaya koyulması değil, karşılıklı etkileşimdir.

Postmodern Toplumda Şehrin Yeri

Şehir çevresini başlıca sosyal sorunları ele alma aracına dönüştürmek, tekrarlayan bir politika kaygısıdır. Şehirlerdeki topluluklar, çoğunlukla politik teorilerin aktif politik katılım olasılığını konumlandığı bir yer olmuştur. Buna göre, küçük mahallelerde insanlar arasındaki resmî olmayan ilişkiler daha önemlidir. Karşılıklı bağımlılık, daha belirgindir ve bireylerin endişeleri hakkında bir şeyler yapılması, toplu faaliyet, bazı kamu ve ortak yaşam alanlarında politik çekişme için fırsatlar vardır.

Topluma daha duygusal bir bakış açısı kapsamındaki çelişkiler çok tekrarlanmaktadır. Yerel özelliklerin, ortak çıkarları olan toplumları kapsadığı varsayılmaz. Bir toplum; sınıf, ırk, cinsiyet ve engellilik gibi boyutları içeren güç ilişkileri tarafından yapılandırılmış birtakım çıkarları içerir ve bu çıkarlar çatışabilir. Postmodern şehirdeki toplumlar, yalnızca mekânsal olarak değil aynı zamanda diğer özellikler ile tanımlanabilir. Bazı yerel çevreler, öte yandan, parçalanma ve yoksulluğun yıkıcı etkilerine karşı çıkacak bir toplum duygusu veya sosyal sermayeden yoksundur (21). Toplumlara kapsayıcı veya açık olması gerekmez. Bunlar kendi çıkarları üzerine kurulmuş olabilir ve marjinal olduğunu düşündüklerini dışarıda bırakmayı isteyebilir. Farklı toplumların rekabet hâlinde öncelikleri olabilir. Bir fabrikanın yapılması gibi birinin fayda sağladığı çözüm, diğeri için trafik kirliliği gibi sağlık

problemi oluşturabilir. Yenileme fonları gibi kentsel çevreyi geliştirmek için yapılan girişimler, fon elde etme çabası sonucunda önlenemez şekilde kazananlar ve kaybedenler yaratarak bu rekabeti artırabilir (22).

Parçalanma ve sosyal dışlanmanın nasıl önüne geçileceği hakkındaki tartışmalar (uyumlu bir toplum kavramının, günümüz kent yaşamının deneyim ve gerçeklerinin büyük bir kısmıyla çelişkili olduğunu kabul ederek); münferit kurum ve güçlendirme arasındaki ilişkilere, yerel düzeydeki sosyal bütünlüğe, ve ayrıca yerel yapılarla geniş politik ve ekonomik güçler arasındaki sınırların yönetilmesi hususları ile ilgili olmaya devam eder. Yerel sosyal yapılar, daha büyük sosyal ilişkilerden bağımsız olmayıp bariz bir şekilde karşılıklı olarak bağımlıdır. Ancak bu bireylerin güçsüz kılınması gerektiği anlamına gelmez. İnsanın etkinliğini destekleyen kolektif uyumluluk da bir seçenektir (23). Sağlıklı Şehirler’le doğrudan ilişkili 4 hedef, sosyal adalete yönelik yürütülen geniş çaplı faaliyetlerin bir parçası olarak bu toplumsal keşiflerin altında yatan hedeflerdir. Bu hedefler; yerel demokrasi, yaşam ve kentsel çevre kalitesinin iyileştirilmesi, sosyal dayanışmanın gelişmesi ve sosyal dışlanmanın üstesinden gelinmesidir.

Yönetim konusunda yazan yazarlar; yerel politika faaliyetlerinin, yalnızca merkezî yönetimin idari güçlerinin yerel düzeyde dağıtılması yerine, gerçek bir yerel katılım biçimini temsil eden (24) yeni toplumsal yönetim şekillerine nasıl dönüştürülebileceğini belirlemeyi ve Duhl’un “çeşitliliğin yönetişimi” (25) olarak adlandırdığı birtakım paydaşların faaliyetlerini desteklemeyi amaçlar. Örneğin toplumsal sermayenin geliştirilmesi amacıyla Atkinson (26); eğitim kaynaklarının yeniden yönlendirilmesi, mahalli düzeyde (hiyerarşik ve dikey fonksiyonel modelden merkezde birleşecek fakat mahalle temsilcileri için dışa doğru da bağlantılı bir tekerlek modeline doğru yerel yönetim yapısının yeniden organize edilmesi ile desteklenen) daha güçlü politik teşkilatlanma ve aşağıdan yukarı yerel planlama (yerel insanlar ve toplum temelli planlayıcılar arasındaki ortaklıkları kapsar) yapılması yoluyla “kentsel rönesans” yapılması gerektiğini öne sürer.

Günümüzdeki politika konusu, yaşam kalitesinin artırılması için yerel ortaklıkların geliştirilmesindeki zorluktur. Seed ve Lloyd (27), yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik birtakım değerleri belirler ve ortak değerlerin önce yaşam kalitesi gündemi tanımının temelini oluşturması (farklı sosyal gruplarca yönetilen kaynaklardan bağımsız olarak), sonra yeni standartlara temel sağlaması gerektiğini öne sürer. Yaşam kalitesi değerlerinin, baskı ve sosyal dışlanma gibi karşıt değerlerce nitelendirilen çevrelerin ürünü olduğunu iddia eder. Benevelo (28), modern sosyal ihtiyaçlar bakımından uygun olan fiziki ortamı sağlamak için Avrupa şehirlerinin Aristo tarafından idealize edildiği gibi uyumlu ve bütünsel fiziki çevrelerin yaratılması için hâlâ bir faaliyet alanı sunduğunu belirtir.

Toplum hakkındaki düşünceler, sadece mekânlar üzerine değil ortak kaygılar üzerine artarak odaklandığı için dayanışma ve toplum ilişkisi daha açıkça ortaya koyulur.

Ortak kimlik duygusu, farklılığa tolerans gösterilmesi ve eşitlikçi dağıtım arasındaki bağ güçlenmektedir. Cattell (29), bu düşünceyi sağlıklı toplumlar sorununa ilişkin düşünceye uygular ve eşitsizliklerin uyumlu toplulukları yoksun bıraktığını iddia eder: “sağlıksız topluluklar ...bölünmüş toplumlarda bölünmüş topluluklardır.” Pozitif, sinerjik topluluk; tüm düzeylerde bağlar kurulmasını gerektirir: Özellikle mahallede, ortak çıkarların geliştirilebileceği ve birliklerin oluşabileceği bir grubun üyeleri aracılığıyla ve dışarıya dönük bağları olan demokratik yapılarda yerel toplum duygusunu güçlendirmek amacıyla bağlar kurulabilir. Ancak toplumlarda sadece açık yapılar ve değerler, sosyal bütünlüğün artmasına ve yeniden dağıtım için durumun tanınmasına katkı sağlayacaktır.

Yakın zamanlı sosyal analizlerin çoğu; sosyal dışlanma kurbanlarını şehrin unutulmuş kısımlarına yerleştirerek onları sorumlu tutmak için hâlâ 19. yüzyıl tabirleri kullanmaktadır. Ancak liberal ve sosyal demokratik analistler; şehir imajını, organik büyüme ve toplumsal sorumluluk ile çeşitli insani ihtiyaçlarını karşılayacak sürdürülebilir çevrelerin beslenmesi için gereken bir toprak olarak göstererek buna karşı bir imaj ortaya koymuştur. Bu kavramı romantikleştirilmiş olarak adlandıran eleştirmenler, toplumların içinde ve arasındaki çatışmalar ile yoksullaştırılmış ekonomik ve sosyal altyapılarca yerel dayanışma üzerine empoze edilen sınırlamaları vurgular. Biz bu sorunun bir çözümünün; şehrin daha geniş siyasi, sosyal ve ekonomik güçlerle karşılıklı bağımlılığın ve bunları ele almak için aranan politikaların kabul edilmesinde yattığını öngörüyoruz. Özellikle eşitlik ve sürdürülebilir yaşam kalitesini teşvik etmek için şehirlerin sahip olması zorunlu olan özelliklerin belirlenmesi, daha ayrımcı ve faaliyet odaklı bir yaklaşıma yol açar. Bu yaklaşım, demokratik ve kapsayıcı bir toplum içinde şehirleri aktif ajanlar hâline getirmek için gereken değerler, koşullar ve süreçlere odaklanır. Bunlar Sağlıklı Şehirler’in tam kalbindedir.

Politika Yapma Sürecinin Doğası

Politika yapma sürecinin teorileştirilmesi, Sağlıklı Şehirler sürecinin değerlendirilmesinin zorluklarını anlamak için kilit noktadır. Politika oluşturulması; bir faaliyet, karar ve motivasyon ağı ile birbirine bağlı olan birtakım aktörleri içeren karşılıklı etkileşim içinde ve dinamik bir süreçtir (30,31). Politika spesifik bir karar veya müdahale değil (32,33), katılımcılar arasında sağlanan uzlaşma ile üretilir. Böylece, pratikte politika oluşturulması ve uygulanması arasında çoğunlukla hiçbir ayrım yoktur. Politika, uygulama sırasında oluşturulur (34). Kamu politikasının değiştirilmesi oldukça zordur (35); politikanın korunması ise bir kuraldır (36). Ancak politika değişiklikleri meydana geldiği zaman, özellikle yerel düzeyde, bu değişiklikler genellikle çoğalarak eskilerin yerini alır (37).

Bu nedenle politikanın gerçekten nasıl meydana geldiği yerel şartlara bağlıdır. Böylece bunun kalitesi ve etkililiğinin değerlendirilmesi, yerel önceliklere ve kısıtlamalara, paydaşların görüşlerine ve çıkarlarına bağlı olacaktır. Her ikisi de ilgililer için paralel ve acil öğrenme süreçleridir. Politik durum ve kişisel tercihler de

değerlendirme sürecinin yönünü ve kullanımını etkiler (38). Herhangi bir politikanın altında yatan teori, neyin nasıl değerlendirilebileceğini ve yanıt olarak hangi faaliyetin yürütüleceğini etkiler (39,40). Örneğin, verilerin yorumlanması ve bunun için seçilen faaliyet; politika yapıcılarının kötü sağlığın, bireylerin yaşam biçimleriyle mi (kurbanı suçlama) yoksa bireysel kontrolün dışında gelişen faktörlerle mi (yoksulluk gibi) daha yakından ilişkili olduğunu kabul etmesine göre farklılaşır. Politika ve değerlendirme süreçleri üzerindeki diğer etkenler, politikaların arkasındaki hikâyelerdir. Bunlar; güç mücadeleleri, kişilik çatışmaları ve karşılıklı güvensizlik duygularıdır.

Ayrıca, değerlendirme kriterlerinin seçilmesi politika hakkında yukarıdan aşağıya mı yoksa aşağıdan yukarıya bir bakış açısının mı benimsendiğine bağlıdır. Bunun örneği, ortak çalışma veya sektörler arası iş birliği ile gösterilir. Yukarıdan aşağıya bir bakış açısı izleyen bir planlamacı; süreci iyi yönetim yapısı, mükemmel koordinasyon ve ölçülebilir performans bakımından değerlendirebilir (41). Bunları yerel siyasi ve ekonomik durumun ve etkili ortak çalışmaya yönelik fırsatlarla ilgili olan ulusal hükümet politikasının etkisi bağlamında görür. Tipik olarak böyle bir değerlendirme, ortak çalışma için uyumlu ve tutarlı hedefler koyulmasının önemini vurgulayacaktır.

Aşağıdan yukarıya bir bakış açısını izleyen insanlar ise ortak çalışmayı buna dâhil olan insanların inanç ve değerlerini paylaşabileceği bir uzlaşma süreci olarak kabul eder. Bu bakış açısından, açık ve net hedefler ile yeterli kontrole odaklanılması; etkili bir ortak çalışmayı etkileyen altta yatan süreçlerin analiz edilmesini ihmal eder (41). *Sağlık Eğitimi Yetkili Makamı* (Health Education Authority HEA) daha sağlıklı birliklerin planlanması, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için birtakım göstergeler oluşturmak üzere bu ikinci bakış açısını ele alır (42). HEA; sonuçta ortaya çıkan sadeleştirilmiş aracı (43), 5 süreç göstergesini (bağlılık, toplumsal katılım, iletişim, ortak çalışma ve hesap verebilirlik) ve 6 çıktı gösterge kategorisini (politika değişimi, hizmet sunumu ve çevresel değişim, becerilerin geliştirilmesi, tanıtım, temas ve bilgi, tutum ve davranış değişiklikleri) tanımlayan bir paket tabanına yerleştirmiştir. Göstergelerin seçimi, bunları yaratan çalıştayların katılımcılarının bilgi ve algılarını yansıtır. Bu göstergelerin çoğu, tüm koordinatörlerin sağlığı ile ilişkili düzenlenmiştir (44,45).

İnsanlar, etkililiğin değerlendirilmesi sırasında ortaya çıkan bulguları anladıkları ve elde ettikleri zaman, kazanılan bilgiye daha fazla güven duyar ve bunların değerlendirme sürecine katılımları, sahiplenme duygusunu güçlendirir (38). Toplumsal katılım, bu yüzden, politika yapıcılarının katılımı kadar önemlidir. Bir politika girişiminden etkilenen insanlar, problemi yakından tanır ve buna karşı nasıl hareket edeceğini bilir. Ancak uygulamada, değerlendirme sürecinde şehir sakinlerinin yer alması, bu kişilerin politika yapımına dâhil edilmesi kadar zordur. İnsanlar, yalnızca bir çözüm ışığı gördükleri veya güçlendirildiklerini hissettikleri zaman katılım gösterecektir. Katılımın sağlanması, Sağlıklı Şehirler hareketinin politika oluşumu konusunda büyük olasılıkla en büyük zorluk alanıdır. Geleneksel bürokratik yapılar demokratik katılıma kolayca yanaşmaz.

Değerlendirmede Uzlaşma ve Uyuşmazlıklar

Bu kısım, Sağlıklı Şehirler'in değerlendirilmesine ilişkin spesifik konuları, değerlendirmede karşılaşılan daha genel uyuşmazlıklarla bağlar. Biz 6 adet tartışma alanı tespit ettik: değerlendirmenin amacı, değerlendirilen sürecin altında yatan ilkeler ve değerler, değerlendirmenin kendisi ile değerlendirme süreci, yöntemler, başarı göstergeleri ve değerlendirmenin hedef kitlesi. Değerlendirmenin amacının faaliyetin odak noktasını kısmen belirlediğini öne sürüyoruz. Ayrıca, Sağlıklı Şehirler'in değerleri ile değerlendirmenin değerleri arasındaki ilişki açık ve net olmalıdır. Değerlendirme süreci, bilgiyi geliştirmeye yardımcı olma potansiyeli ışığında dikkate alınmalıdır. Çalışmamızda biz, hayal kırıklığının sebebi olarak tamamen pozitivist metodolojilere işaret ediyoruz. Gösterge seçiminin siyasi bir doğası olduğunu vurguluyoruz ve yine yerelde duyarlı yaklaşımlara olan gereğin altını çiziyoruz.

Odak Noktası ve Amaç

Sağlıklı Şehirler hareketi, değerlendirmeye yönelik pek çok beklenti doğurur. Bazıları yerel düzeydeki yeni halk sağlığı yaklaşımlarının etkililiğini sergilemek için bu hareketi teşvik eder (46). Biyomedikal bilim topluluğu, hastalıkların önlenmesine yönelik yapılan bir müdahalenin ve bunun etkisini sistematik biçimde analiz etmeye çalışır (47). Sosyal bilimciler, olgunun kendisini bir bağlam çerçevesinde ele almak ve anlamak için daha kritik analitik bir bakış açısı kullanmak ister (örneğin, sosyal akım veya bürokratik müdahale). Uygulayıcılar ise yaklaşımı harekete geçirmeye yönelik pratik rehberlerin bulunmasını ister (48). Bu nedenle değerlendirme soruları, katılımcıların teorik ve kavramsal bakış açıları altında yatar. Bu modeller, kavramsal gelişim değiştiği sürece değişkenlik gösterir.

Değerlendirmenin izlemesi gereken yön hakkındaki görüşlerin çeşitliliği (örneğin, neden ve nasıl sorularının vurgulanması gerekip gerekmediği), muhtemelen Sağlıklı Şehirler değerlendirmesi için farklı hedef kitlelerinin sayısından ve aynı zamanda strateji hakkında farklılaşan görüşlerden kaynaklanır. Öncelik, Sağlık Şehirler kavramına açıklık getirilmesi ve değişiklik yapılmasındaki rolünün anlaşılması mıdır? Benzer faaliyetler yürütmek isteyenlere pratik bir rehber sağlamak mıdır? Karar alıcılara ve finansman kurumlarına Sağlıklı Şehirler'in faaliyetlerinin etkililiğini göstermek midir? İlki, modelin farklı ortamlarda nasıl anlaşıldığını ve nasıl uygulandığını; ikincisi süreç ve çıktıların nasıl analiz edildiğini; üçüncüsü ise sonuç ve bunları ölçmenin uygun yollarını tanımlama çabalarını vurgular.

Bunlar arasında büyük olasılıkla uzlaşma sağlanmıştır. En önemli değerlendirme görevi; Sağlıklı Şehirler yaklaşımlarının altında yatan modellerin netleştirilmesi, bunların etkili ve sürdürülebilir olup olmadığını neyin belirlediğinin daha çok anlaşılması ve hangi yaklaşım veya yaklaşım bileşiminin sistemler düzeyinde bir değişikliğe yol açma olasılığının yüksek olduğudur. Kilit bir gösterge, sağlık etkenlerinin değiştiğinin bir kanıtı olacaktır. Çünkü araştırma literatürünün giderek büyüyen bir kısmı, örneğin, kötü sağlık ve işsizlik düzeyleri veya göreceli eşitsizlik arasındaki bazı kilit bağlantıları destekler (49).

İlkeler ve Değerler

Sağlıklı Şehirler'in temel ilkeleri, iş birliği ve katılımdır. Karşılaşılan bazı zorluklar, böyle süreçlerin değerlendirilmesini zorlaştırır. İlk olarak bir birliğin üyeleri ortak amaçlarını anlama hususunda büyük ölçüde farklılık gösterebilir. Müşterek çalışmanın sonuçları dağınık olabilir ve belli sonuçların Sağlıklı Şehirler girişimi ile ilgili olup olmadığının belirlenmesi zorlaşabilir. Çünkü bu çalışma, diğerlerince yürütülmesi gereken faaliyetleri desteklemeyi amaçlar. Son olarak da katılımcı ve müşterek modeller, bazı yaklaşımlara yönelik zor bir test zemini hâline gelebilir. Çünkü süreç uygulanan modeli kaçınılmaz biçimde değiştirir. Bunlar toplumsal kalkınma yaklaşımlarının değerlendirmesinde karşılaşılan ortak sorunlardır (50). Farklı paydaşlarca elde edilen başarı kriterlerini aktif olarak açığa çıkaran ve çok sayıda kaynaktan değerlendirici verileri bulmaya çalışan çoğulcu bir değerlendirme modeli, bu sorunların bazılarının çözülmesi için sağlam bir metodolojidir.

Sağlıklı Şehirler gibi girişimlerin değerlendirmesine ait başka bir özellik de gelişmelerin yorumlanabilmesi için katılımcıların ilkelerinin ve değerlerinin dile getirilmesi gereğidir. Sağlığa ilişkin bir politikaya dayanak oluşturan sağlık teorileri, uygulama ve değerlendirme süreçlerini yürütebilir (39). Sosyal hareket değerlendircilerinin değerlendirdikleri hareketlerin, değerler temelini paylaşımları gerekip gerekmediği hâlâ tartışılan bir durumdur. Sağlıklı Şehirler hareketi kapsamında, farklı değerlendirme açıları arasında istenen dengenin (gözlemci/kritik, katılımcı veya müttefik) ne olduğu da tartışılmaktadır. Bu pozisyonlar, bazen Sağlıklı Şehirler ile birlikte veya Sağlıklı Şehirler için yapılan değerlendirme bakımından karakterize edilir.

Tamamen katılımcıların ilkelerini veya katılımcıların elde ettiği ilkeleri (iç değerlendirme) temel alan bir değerlendirme, yeteri kadar eleştirel veya objektif olmamakla suçlanabilir. Kennedy (52), ilkeler önderliğinde bir iç değerlendirmenin, özellikle katılımcı bir yaklaşım benimsendiği zaman, uygulamaya müsait değerlendirme sorularına ve yöntemlerine yol açabileceğini belirtir. Poland (53) ise Sağlıklı Şehirler değerlendirmesi kapsamında katılımcılardan kaynaklanan ilkelerin eleştirel bir tutumla birleştirilerek doğrudan kullanılması gerektiğini iddia eder. Springett ve arkadaşlarının (54) çalışmasında ise yazar; katılımcı bir faaliyet araştırma yönteminin katılımcıların aktif ve pratik bilgisinin en iyi nasıl elde edilebileceği ve tüm hareket için sağlığın kilit ilkelerine nasıl bağlı kalınacağını gösterir. Yazar, örneğin teori ve pratik arasındaki güç ve karşılıklı konuları hakkında eleştirel karar alınmasını teşvik eden bir sürecin değerlendirme içinde yer almasını tavsiye eder.

Süreç

DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi'nin başlangıç aşamalarından itibaren, değerlendirmenin ideal olarak disiplinler arası olması gerektiğinin ve bunun sadece proje çalışmasına potansiyel olarak dâhil olan sektörlerin sayısından kaynaklanan bir durum olmadığının farkına varılmıştır. Bunun uygulamada tanımlanması zor bir durum olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer bir zorluk da ulus çapında araştırma süreçleri geliştirilmesidir. Bu

hedeflerin ikisi de sonunda, içinde uygulama modelleri ve bunların bileşenlerinin açıklanabildiği ve belirtilebildiği daha bütünsel bir değerlendirme çerçevesi oluşmasını sağlar. Böyle bir çerçeve olmaksızın, değerlendirme herhangi bir bağımsız alana (örneğin, çevre) uygulandığı zaman basit veya yüzeysel görünebilir veya Sağlıklı Şehirler hareketi kapsamındaki çeşitli kültürel bakış açılarını yansıtmayabilir.

Sağlıklı Şehirler'in karmaşıklığına, sürekli gelişim gösteren doğasına ve siyasi boyutuna bakıldığı zaman ise değerlendirme sürecinin ve yöntemin; değişikliği hesaba katacak şekilde esnek olması gerekir. Sağlıklı Şehirler, belli bir ortamda çalışma şekli gibidir. Diğer toplum sağlığı müdahaleleri ile ortak olarak katılan şehirlerin özel amaç ve hedefleri ile bunları takip eden faaliyetler ve sonuçlar yerel önceliklere, siyasi yapılara ve kapasitelere bağlıdır (55). Her bir proje, bu nedenle kendi amaç ve hedeflerine karşı yargılanmalıdır. Bu sayede bilginin gelişiminde faydalı olan kalite ve etkililik önlemleri geliştirilebilir (53). Katılımcı bir değerlendirme modeli; yerel olarak ilgili, girişim geliştikçe değiştirilebilir ve revize edilebilir bir değerlendirme çerçevesinin türetilmesine imkân verir.

Politika yapıcılar, çözmeleri beklenen sorunlara ilişkin çoğunlukla ilk elden bilgi eksikliği yaşar. Ancak böyle bilgiye sahip uygulayıcılar da politikayı uygun hâle getirme ve geliştirme gücüne sahip değildir. Aynı şekilde, politikanın faydalanicıları kilit bilgiye sahip olabilir ve çözüm bulma konusunda kaynak oluşturabilirken aynı zamanda politikanın değerlendirilmesi hususunda da kilit bir unsur teşkil edebilirler (56). Değerlendirme ile planlama ve faaliyet arasında sürekli geri bildirim olmadan kalitenin gelişmesi pek mümkün değildir. Çünkü ilgililerin bilgi ve süreçlere hâkim olmaları gerekir. Uzun vadeli bir değişiklik için amaçlanan çok seviyeli bir sürecin değerlendirildiği bir durumda bu özellikle önemlidir (57). Kısa vadeli sonuçların ölçülmesine yönelik gerçekçi olmayan taleplerin, karar verme sürecine sadece insanları alarak ve sorulacak sorularla bunların etkili bir şekilde nasıl yanıtlanacağı belirlenerek ılımlılaştırılması mümkündür. Bilginin gelişimi, sürecin önemli bir özelliğidir; çünkü politika süreci içindeki iletişim kanallarını açar (58-60).

Yöntemler

Sağlıklı Şehirler'i en uygun şekilde değerlendirme yaklaşımı, bunu bir politika değerlendirmesi olarak ele almaktır. Birçok diğer sektörde, politika değerlendirmesi katı bilimsel metodolojilere güvenmekten uzaklaşarak daha yorumlanabilir ve öğrenmeye vurgu yapılarak süreç odaklı yöntemlere doğru yönelir (61,62). ABD'de örneğin kent politikasının değerlendirmesine ilişkin pozitivist yaklaşımlarla ilgili hayal kırıklığı artmıştır. 1970'ler ve 1980'lerin başlarındaki değerlendirici çalışmaların birçoğunun politika veya uygulama üzerinde hemen hemen hiçbir etkisi yoktur. Bunun sonucu olarak da niceliksel çalışmalardan çekilip niteliksel değerlendirmelere doğru gidilerek değerlendirme yöntemlerinin derlenmiş bir karışımının kullanılması ve paydaşların aktif katılımı ön plana çıkmıştır (63).

Bu hayal kırıklığı kısmen veri toplanması konusunda benimsenen pozitivist yaklaşımın sonuçlarını yansıtır. Buna göre veriler, katılan kişilerin içinde bulundukları

durumu değiştirmeden veya karşılığında onlara bir şey vermeden toplanır (64). Burada amaç, bu konuda çalışmış olanların bilmediği bir hipotezi incelemektir. nyargıyı engellemek için değerlendiriciler değerlendirmenin amacına ilişkin bilgi vermezler. Bu hem yetkisiz kılar hem de değişikliğe yol açmaz. Titizlikle tasarlanmış değerlendirmeler politika sürecini etkilemeyecektir. Çünkü bu değerlendirmeler bilimsel, objektif veya geçerlidir. Rist (65), faaliyete yönelik böyle bir lineer ilişkinin var olduğunu reddeder. Gerçek dünyada, politika yapımı ve uygulaması, çoğunlukla pozitivist yöntemlere direnen şartlar doğurur. Çünkü politika sistemleri pek çok alt kültür ve değerleri içeren politik öğrenme için karmaşık yapılardır (66,67). llemez değerlerin, katılan insanların isteklerinin ve güdülerinin dikkate alınması gerekir (68,69). Kent sağlığı kamu politikasının değerlendirmesine yönelik esnek, uzlaşılmış ve srec odaklı bir yaklaşımın politika sürecinin doğasını koruyarak sağlanması gerekmektedir. Bunun anlamı, sonuç ölçülerinin, niteliksel veya niceliksel olarak terk edilmesi değildir. Ancak katılımcıların uygun ve mümkün olanın tartışılması için sürece teşvik edilmesidir. Bu da mevcut bakış açısı ve öğretiler üzerinde düşünülmesini teşvik eder.

Teori gelişimi ile birleştirildiğinde, niceliksel metodolojilerin Sağlıklı şehirler'deki sreciler ve sonuçlar arasındaki ilişkileri aydınlatma konusunda bir rolü olabilir. Bu yaklaşım özellikle birden çok seviyeli ve sinerjik bir değişim üretmeye çalışır. Söz konusu modellerin karmaşıklığı ile varyasyon ve etkileşim kaynaklarının sayısı istatistiksel modelleme çalışmasının değerli olabileceğini gösterir. Ayrıca beklenen değişim düzeyinin değerlendirilmesinde zaman skalasının kilit önemi, veri toplanması ve analizine yönelik niceliksel bir boyuta duyulan ihtiyaa işaret eder. Yine de dikkat edilmesi uygun olur. Siyasi sreciler, örgütsel yapılar ve benzeri diğer konularla ilgili gerçekçi biçimde beklenecek değişikliklerin türü, eğer zaman içinde büyük miktarda önlem alınmazsa, sadece uzun vadeli değil aynı zamanda istatistiksel bakımdan gözle görülür durumda olmayabilir.

Göstergeler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin yapılan araştırmalar, bütün olarak toplumsal müdahalelerden kaynaklanan değişikliğe dair nelerin yeterli kanıt içerdiği hakkında bir uzlaşmaya varmamıştır. Değerlendiriciler, toplumsal uyumun gelişimi gibi aracı veya temsili etki göstergelerini kullanabilir mi, yoksa risk faktörlerinin değiştiğini sergilemek zorunda mıdır? (70-72) Sağlık durumunun doğrudan önlemlerinin etkililiği hakkında kanıt arayanlar ile ara göstergeleri kabul edenler arasındaki tansiyon devam etmesine rağmen, Sağlıklı şehirler temelde bireysel yaşam biçimlerini değiştirmekle ilgili olmadığı için bu uyuşmazlığın en kötüsünden kurtulabilir. Kuzey İrlanda için son zamanlarda yapılan çalışmalar toplumsal düzeydeki girişimleri değerlendirmeye yönelik bir ereve sağlamaya çalışır. Yaşam kalitesinin güvenlik ve srekliyet bakımından geliştirildiği bir toplumun, farklı yönlerine ait kriterleri yansıtan temsili gösterge setleri önerir (73,74).

Bazıları; bir şehrin durumunun, rutin verileri temel alabilen ve Sağlıklı şehirler girişimlerinin göreceli etkisine ilişkin karşılaştırmalara imkân verecek siyasi, sağlık

ve çevre boyutları çerçevesi içinde belirlenmesini ister. Deneyim ile siyasi, sosyal ve kültürel bağlamdaki geniş çaplı çeşitliliğe, kavramlar üzerinde görüş birliği olmamasına ve verilerin elde edilmesi konusundaki değişkenliğe bakıldığı zaman, bu imkânsız istemek gibidir. Bir göstergenin tek gerçek değeri, bunun zaman içindeki değişikliği gösterme kapasitesidir. Ancak, bu da hem tanım hem de veri toplama bakımından süreklilik olmasını gerektirir (75). Kanada'daki bir deneyim; güvenilir ve evrensel olarak faydalı, sihirli bir gösterge seti olmadığını ortaya koymuştur. Göstergeler, yerelde oluştukları ve yerel politika yapıcılarla bir konunun ortaya atılması amacıyla başlangıç biçimlendirici bilgilerin toplanması için kullanıldıkları yerde en faydalı olarak kabul edilir.

Katılımcı faaliyet araştırması, faaliyet ve değişikliği bilgi gelişimi ve öğrenme ile birleştirir. Bunun değerlendirmeye yönelik benimsenmesi göstergelerin gelişimi bakımından anlamlıdır. Şehirlerin kaynakların izin verdiği ölçüde özel ihtiyaçlarını karşılamak için bireysel olarak kendi gösterge setlerini oluşturmaları gerektiğini ifade eder. Göstergeler sağlığa ilişkin özel bir politikanın siyasi ve felsefi tabanından veya bunun amaç ve hedeflerinden ayrı olarak oluşturulamaz. Göstergeler; kimler tarafından talep edildiklerine, seçilmeleri için kimin ödeme yaptığına, kimin kullandığına ve gündemlerinin ne olduğuna göre değişecektir (76). Şehirlerdeki sağlıklı halk politikasını değerlendirmek için gösterge oluşturulması ve kullanılması süreci, bu yüzden, teknik bir problem olmaktan çok siyasi bir problem olup dünya görüşlerine ve belli görüşleri diğerlerine empoze etme gücü dâhil güç yapılarına bağlıdır (77). Bir kişinin sağlığa ilişkin politika kavramlarının hemen hemen her türlü boyutunu ölçecek biçimdeki mevcut göstergeleri kullanabilmesi ile beraber yine de göstergeler bilgi ve politika geliştirme süreçlerinin dışında oluşturulamaz. Göstergeler konusu, sonuç standartlarının geliştirilmesi hakkındaki tartışmayı belirsizleştirmiş olabilir. Bilgi oluşturma yaklaşımları hedefler ve kriterler veya bunların ne kadarının başarıldığının ortaya koyulması için uygulanacak standartlar üzerinde bir uzlaşma sağlamak için kullanılabilir. Başarıya yönelik böylesine uzlaşmış kriterler şehir projeleri arasındaki diyalogu destekleyebilir ve şehir girişimlerini gerçek dışı değerlendirme kriterlerinden koruyabilir. Sağlıklı Şehirler'in kilit süreçlerinin birçoğu ilerlemeye ilişkin ara sonuç önlemleri sağlar. Böylece örneğin sağlığa ilişkin politikalar ve uygulamalarla ilgili olan kilit sektörler ve kurumlar arasındaki ortak çalışmanın kapsamı, önceki bir başlangıçla karşılaştırıldığında projenin etkililiğine dair bir ölçüt olabilir. Kent yöneticileri, Sağlıklı Şehirler yaklaşımlarına yapılacak yatırımın diğer seçeneklere göre paranın karşılığını daha fazla verip vermeyeceğini bilmek ister. Sağlıklı Şehirler projelerinin etkinleştirici veya imkân sağlayıcı mekanizmalar olarak rollerine ve bunların işlevlerinin çeşitliliğine bakıldığı zaman, bu çözülmesi zor bir sorudur.

Sağlıklı Şehirler faaliyetlerine ait sonuç ölçütlerinin tespit edilmesi karmaşık bir durumdur. Etkiler ise sağlığın teşviki ve geliştirilmesi fırsatlarının geliştirilmesi veya sağlığa zarar verici faaliyetlerin önlenmesi ile ilgili çevresel gelişimler veya gözle görülebilir başarılar olarak ölçülebilir biçimde olabilir. Doğu Avrupa'da bir şehir,

örneğin vatandaşlarının ekonomik, sağliksal ve kültürel bakımdan sömürülmesini engellemek için kaynakları harekete geçirmedeki başarısını sergilemek için toplu taşıma araçları üzerinde bütün reklamlarının olmamasını kullanabilir. Görsel kanıt gibi bazı ara sonuç ölçütlerinin belirtilmesi, daha resmî istatistik yaklaşımları etkili bir şekilde tamamlayabilir.

Hedef Kitle

Genel olarak 2 grup insanın Sağlıklı Şehirler değerlendirmesinde payı vardır. İlki hareketin dışındakileri kapsar. Bunlar, yatırım yaptıkları paranın karşılığını bekleyen belediye ve ağ düzeyindeki finansman kurumları ile Sağlıklı Şehirler deneyiminden bir şeyler öğrenmeye çalışan ve yeni halk sağlığı politikası ile ilgilenen kişilerdir. İkinci grup ise hareketin içinde yer alıp uygunsuz değerlendirme kriterleri ve yöntemlerinin empoze edilme riskini önlemek için kendi kendini değerlendirmeyi geliştirmek isteyenlerden oluşan bir gruptur.

Yukarıda ifade edildiği gibi bu 2 grubun değerlendirme bakımından çıkışan öncelikleri olabilir. Mevcut sınırlı kaynaklara bakıldığı zaman, bazı durumlarda paranın karşılığı yaklaşımına, bazılarında ise derin vaka çalışması yaklaşımına ayrıcalık verilerek bazı öncelikler kullanılan değerlendirme yöntemi seçimlerini etkileyecektir. Bu seçmecilik (eclecticism), büyük resmi matlaştırma riski taşır. Bu yüzden gözlemciler buzdağının ucunu mu, buz kütesinin hepsini mi gördüklerini merak eder (78). Bu ikilemden kurtulmanın yaratıcı bir yolu da bilgi gelişimi sürecinin kent düzeyinde sınırlı kalmamasını sağlamaktır. Sağlıklı Şehirler hareketindeki tüm seviyelerde yansıma ve geri bildirim gereklidir. Böylece acil farkındalıklar ve yeni yanıtlar çeşitli deneyimleri temel alır.

Sonuç

Şimdiye kadar bu fasıl, Sağlıklı Şehirler değerlendirmesini bu hareketin çeşitli özelliklerinin ortaya koyduğu zorluklar açısından alarak bunun nasıl değerlendirilmesi gerektiği tartışmasını incelemiştir. Biz altta yatan varsayım ve hedeflerdeki farklılıkların değerlendirme stratejileri ile ilgili seçimleri nasıl etkilediğini göstermeye çalıştık. Sağlıklı Şehirler'in merkezinde olan birleştirici tema, politikanın değişmesi isteğidir. Buradan pek çok değerlendirme ihtiyacı doğar. Eğer değerlendirme; yararlı ve bu istekle uyumlu olacaksa faaliyet odaklı bir yaklaşım kabul ederek, değerlendirme sürecinin tüm aşamalarına katılımcıları dâhil ederek ve değerlendirme kriterlerinin yerel ilkeler ve öncelikler bakımından anlamlı olmasını sağlayarak bilgi gelişimine katkıda bulunmak zorundadır.

Sağlıklı Şehirler hareketinin değerlendirme hedefleri ve süreçleri için ortaya koyduğu yaratıcı gerilimlerin bazılarına ışık tuttuk. Sağlıklı Şehirler girişimleri; uyumlu, sağlığı artırıcı yerel politikaların geliştirilmesini desteklemeyi hedefler. Bunlar gibi öncelikleri ve altta yatan varsayımları farklı olabilen paydaşları içermek zorundadır. Sağlıklı Şehirler girişimleri tüm seviyelerde karşılıklı bağlılık ile özdeşleştirilen bir ortam içinde hareket etmeye ve gelişimsel olan bir politika sürecini etkilemeye

çalışır. Biz; etkili ve uygun değerlendirme stratejileri sunma olasılığı en yüksek bir mekanizma olarak yerel önceliklere, yapılara ve süreçlere duyarlı olabilen yerel olarak geliştirilmiş değerlendirme çerçeveleri önerdik. Ancak, farklı çalışma modellerinin ve bunların etkilerinin tam anlamlarını aydınlatmak için Sağlıklı Şehirler'e ilişkin kurulan iletişim ağı ile şehir ve mahalle düzeyinde yer alanlar arasında öğrenmeye imkân veren bağların kurulması büyük önem taşır.

Kent Düzeyinde Değerlendirme

Fas'ın bu kısmı, kent düzeyinde Sağlıklı Şehirler politikası sürecinin değerlendirilmesini tartışır. Daha önce ortaya çıkan konuları araştırmaya devam eder ve kentsel değerlendirmenin uluslararası iletişim ağı düzeyindeki değerlendirme ile ilişkisini inceler. Bu kısımda, mahalle faaliyetinin ve bunun şehir çapında bir strateji ile ilişkisini yansıtmak amacıyla Sağlıklı Şehirler değerlendirmesine olan gereksinimi göstermek için bir toplum projesine katılımcı bir değerlendirmenin nasıl olduğunu tanımladık.

Sağlıklı Şehirler Değerlendirmesine İlişkin Bir Örnek: Liverpool

Liverpool, İngiltere'de yaklaşık 477.000 yerel halkı olan bir şehirdir. Bu şehir, son yirmi yıldır liman ticaretinde ve ilgili endüstrilerde meydana gelmiş olan düşüş nedeniyle yaşanan ekonomik durgunluğun sonuçları ile uğraşmaktadır. Liverpool, DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi'nin 1987 yılındaki ilk başlangıcından beri bu projede yer almaktadır (79). Proje'nin ilk 5 yılında, diğer şehirlerle ortak olarak bir model proje ile ilişkilendirilen küçük çaplı gelişimin ötesine geçmeyi başaramayarak daha temel sağlıklı kamu politikalarına erişememiştir. Ancak, ikinci fazda daha etkin bir koalisyon çalışması için altyapı hazırlanmıştır (80). Personel değişiklikleri ile yerel otoriteler ve sağlık otoritelerinin daha yakın çalışmaya yönelik bir bağlılık göstermesi, 1993'te yeni bir gelişim fazının habercisi olmuştur. Liverpool'da başlıca halk sağlığı sorunları ile ilgili faaliyetleri yönlendirmek için Ortak Halk Sağlığı Ekibi kurulmuştur. Bu ekip, bölgedeki yetkili sağlık otoritesi ve yerel belediye üyelerinden oluşan bir siyasi yapı olan Ortak İstişare Komitesi'ne hesap vermekle yükümlüdür. Ayrıca Sağlıklı Şehir Birimi, şehir ve toplumdaki kurumlar arasındaki ortak çalışmaya yönelik yönetim ve destek sağlar. Bu yeni fazın merkezi dayanağı, kentsel sağlık planı veya stratejisinin geliştirilmesidir. Bu da DSÖ projesinin ikinci fazına üyeliğin kilit koşuludur.

Bu kısımda kentsel sağlığa ilişkin politikalar hakkında bir Avrupa araştırma projesinin bir parçası olarak geliştirilmiş bir çerçeve kullanılmış (81) ve Liverpool'un kentsel sağlık planı değerlendirmesini nasıl ele aldığı taslak hâlinde ortaya konulmuştur. Böylece kentsel politika bağlamında değerlendirme konularını ele alan deneyimler belgelenmiştir. Bu plan (82), sağlık otoritesinin 5 yıllık stratejisidir ve Liverpool Kent Konseyi'nin ortak önceliğidir. Değerlendirme süreci tartışmaları, Rist'in politika döngüsünü organizasyon çerçevesi olarak kullanır (65) ve politika sürecinin 3 fazını tanımlar: formülasyon, uygulama ve sonuç.

Politika Formülasyonu

Planı formüle etmek ve stratejiler yazmak için hükümetin *Ulusun Sağlığı* modeli kapsamında kilit öneme sahip alanlarda (kalp hastalıkları, kanser, cinsel sağlık ve kazalar) çalışacak 4 görev grubu ile birlikte sağlık için barınma konusunda çalışacak bir görev grubu kurulmuştur. İlgili taraflar zaten sağlık ve işsizlik arasındaki ilişkiye dair mevcut teoriler üzerine sıkı sıkıya inşa edilmiş bir sosyoekolojik değişim modeline oturtulmuş benzer bir sağlık teorisini ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorisini paylaşmıştır. Bu model, öncelikleriyle birlikte planın orijinal gelişimini yürütmüştür. Ancak şartlar katılımcıları çok daha dar bir model izlemeye mecbur etmiştir. Görev gruplarının üyeleri, hizmeti satın alanlar ve tüketenlerden oluşmuştur. Fakat toplam 160 kişi kentsel sağlık planının ortaya koyulması için çalışmıştır. Bu yaklaşım, kırsal bölgedeki ihtiyaç değerlendirmesi ile başlamış olan Sheffield'de kabul edilmiş yaklaşıma zıttır (84). Bunun açıklaması ise kısmen planı üretmek için oluşturulan zaman çizelgesinde, kısmen Liverpool'daki bürokrasi geleneğinde yatar.

Bu başlangıç fazında, değerlendirme geniş çapta kilit sağlık konularının anlaşılması ve tanımlanmasını da içermiş, verilerin toplanması ise sezgisel kavrayışa, deneyime ve kolektif bilgiye, aynı zamanda mevcut araştırmalara dayanmıştır (85). Ayrıca mevcut politikalar ve programlar incelenmiş, politikalar arasında koordinasyonun gerekli olduğu yerler vurgulanmıştır. Sonuç olarak amaç ve hedefler modifiye edilmiştir. Taslak kentsel sağlık planı; Ocak 1995'te başlatılmıştır. Daha sonra da 5 aylık bir istişare sürecinin ardından planın revizyonu ile devam eden süreç sonunda 1996'da plan ortaya çıkmıştır (82).

Plan gelişimi hakkındaki karar alma sürecine katılım görev gruplarını ve istişare sürecini içermiştir. Her 2 süreç, 2 yerel üniversiteden elde edilen kaynaklar kullanılarak harici olarak değerlendirilmiştir (86,87). İstişare süreci, Ocak 1995'te halka tanıtımla başlatılmış; ardından gazete ekleri, posterler, radyo yayınları yoluyla ve Liverpool'daki tüm ev hanelerine planın kısaltılmış bir versiyonu postalanarak bu konuda yorum yapılması teşvik edilmiştir. Ana yöntem olarak ise yasal ve gönüllü sektörlerden 53 eğitimli yönetici; grup toplantıları yapmak üzere bulunmuş, bunlar destek olarak video kullanmıştır. İstişare sürecinin değerlendirilmesi sırasında final planın buna katılım gösteren toplum üyelerinin endişelerini karşılayıp karşılamadığını göz önünde bulundurulmamıştır.

Değerlendirmeye sistematik olarak bakılmaması, değerlendirilmesi gerekenin tespit edilmemesi ve bunun süreç içine nasıl yerleştirileceğinin belirlenmemesi; başlangıç aşamasında sürecin önemli bir özelliğidir. Ortak çalışmaya dair bilgiler hemen sürece katılmış, bu da ortak bakım planlamasının gözden geçirilmesini sağlamıştır. Ancak hiçbir spesifik faaliyet ortaya çıkmamıştır. İstişare süreci, ancak bir süre sonra incelenmiştir. Toplantılarla ilgili raporlara referans yapılmasına rağmen spesifik süreç değişikliklerinin tespit edilmesi zordur. Değerlendirme sorularının tanımlanması aşamasına kilit paydaşların katılmaması, bulguların neden sahiplenilmediğini açıklayabilir.

Nihai plan, kısmen formülasyonu sırasında kazanılan bilgilerden ortaya çıkmıştır. Fakat aynı zamanda belli bazı paydaşların karar alma sürecindeki hâkimiyetini yansıtmıştır. En geniş şekliyle bu plan Liverpool’da satın alma, hizmet ve iş planlaması sürecini etkilemeyi, koordine etmeyi ve birleştirmeyi amaçlar. Kentteki ekonomik ve sosyal yenilenmeye yönelik diğer girişimlerle güçlü bağlar kurar. *Kötü sağlığın (ill health)* altta yatan sebeplerini açıkça ele alır. Bunlar çevre, ekonomi (yoksulluk ve işsizlik dâhil), barınma eğitimi, suç ve ulaşım konularıdır (84). Sigara tüketimi, beslenme ve fiziksel aktivite ile özel insan gruplarına yönelik spesifik faaliyetler yürütülmesi hedeflenir. Bunlar; çocuklar ve genç insanlar, etnik azınlık grupları ile yaşlı insanlardır. Kalp hastalıkları, kanser, akıl sağlığı, cinsel sağlık ve kazalar gibi ulusal sağlık stratejisi alanlarında da hedefleri vardır (85). Nihai plan, kötü sağlığın altta yatan belirleyicilerine dönmüştür. Çünkü görev grupları yaptıkları planlanmalarda tespit ettikleri sorunlarla örtüşen çözümler önermişlerdir. İstisare sürecinin sonuçları, bu görüşü güçlendirmiştir. Daha sonra elde edilen bilgiler, planın yenilenmesine ve çevre konusunun gündeme taşınmasına imkân vermiştir. Çevre, yalnızca esas otoriteler için değil; toplum için bir öncelik olmuştur (84).

Politikanın Uygulanması

Politika döngüsünün ikinci fazı “yeni bir politikaya hayat vermenin gün be gün ortaya çıkan gerçeklikleri” noktasına odaklanır (66). Sektörler arası politikaların uygulanamaması nedeniyle kötü bir şöreti vardır (88). Bu fazın temel özelliklerinin değerlendirilmesi, erken uyarı olarak rol oynayabilir ve değişim sürecini aktif olarak teşvik edebilir.

Plan oluşturulduktan sonra görev grupları feshedilmiştir. Uygulama ise artık mevcut organizasyonların ve bunların bölüm müdürlerinin görev alanındadır. Ortak Halk Sağlığı Ekibi; gelişmelerin genel olarak gözden geçirilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesini devam ettirir. Sağlıklı Şehir Birimi’nin rolü ise o süreçte ekibi desteklemek ve uygulamayı kolaylaştırmaktır. Kilit stratejik paydaşlar, sadece planın başlatılmasını takip eden bir yıl için aktif olarak sistematik değerlendirmeye katılmama konusunu ele almıştır. Bu hata hâlâ tartışılmaktadır. Bir süre için ekip, görev hedefli hâle gelmiş ve bunun stratejik rolü belirsiz kalmıştır. Değerlendirme sorunu ekiple birçok kez gündeme getirilmiş ve değerlendirme sürecinin hem karar alma aşamasına hem de planın oluşturulmasına katılmamış olan, fakat yine de bunun içeriklerini temin etmesi beklenen orta düzey yöneticilere uygulanması bakımından katılımı genişletmek için kullanılması önerilmiştir. Tartışmayı bir adım ileriye götürmek gerekirse öncelikler, göstergeler ve toplumsal katılım hakkında birtakım çalıştaylar düzenlenmiştir. Sonunda değerlendirme ve izleme sürecini yürüten bir çerçeve ortaya çıkmıştır. Belirgin şekilde elde edilen bir başarı da sağlık konularının, ortaklık alanlarının değerlendirilmesi ile ilgili gündemlere alınmasıdır. Sağlıklı Şehir Birimi, bunun başarılmasında kilit bir oyuncudur. 1997’de daha sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu sonunda kabul edilmiş ve plan geçici bir değerlendirmenin yerine açık ve net amaç ve hedefleri olan bir süreç getirmek için geliştirilmiştir.

Politikanın Sonucu

Değerlendirmeye yönelik geniş ve sistematik bir yaklaşım benimsenmesi konusuna yavaş değinilmesinin bir diğer sebebi, kilit paydaşların politika sonucunu ölçmeye büyük merak duymaları olmuştur. “Bir fark yarattığımızı nasıl bileceğiz?” Ortak Halk Sağlığı Ekibi için yapılan ilk çalıştaylardan çıkan kilit sorudur. Sonuç olarak da kilit ölçülebilir göstergelerin geliştirilmesi konusunda önemli bir zaman, enerji ve fon harcanmıştır. Yüksek kaliteli, düşük kaynaklı ölçülebilir göstergeler bulmak için yapılan diğer çabalar gibi elde edilen bulgular umut verici olmamıştır.

Bu sonuç ise neyin iyi göstergeler ortaya çıkarması gerektiği hakkındaki varsayımları zorlamıştır. Bu durum da;

- 1) Ölçülebilir göstergeleri nitel göstergelerle dengeleme kararına,
- 2) Şehir sağlık planının ele almaya çalıştığı nedensellik ağını gerçekten yansıtacak göstergelerin oluşturulmasının ne kadar zor olduğunun anlaşılmasına,
- 3) Planın amaç ve hedeflerinin başarıma şansını gerçekten azaltabilen yerel kontrolün dışındaki faktörlerin kabul edilmesine,
- 4) Sağlığın kazanımı ve sağlığın etkileri kavramlarına ilişkin yeni yaklaşımların araştırılmasına,
- 5) İlerleme ölçümü yapılırken planın amaç ve hedefleri ile hemen hemen hiç benzeşmeyen göstergelere dayanılamayacağının giderek artan bir şekilde kabul edilmesine,
- 6) Sürecin yanı sıra sonuca da bakılması ihtiyacının kabul edilmesine,
- 7) “Ortak Halk Sağlığı Ekibi”nin bağlantıları yapma, uygulama sürecini değerlendirme ve izlemedeki kilit rolünün kabul edilmesine yol açmıştır.

Ekibin öğrenme sürecini gözden geçirmesi gerekmiştir. Sonuç olarak da değerlendirmeye yönelik sistematik bir yaklaşımın başarılmaması için plan başladıktan sonra 18 ay geçmiştir.

Liverpool Şehir Sağlığı Planı’nın değerlendirme sürecine bir örnekte, sistematik bir değerlendirmenin desteklenmesi için faydacı bir yaklaşım ve sabır gerekebileceği görülmüştür. Politika sürecine ait bilgi sahibi olmak yeterli olmamıştır Katılımcıların iş yerlerini bilgilendirmek amacıyla değerlendirmeye ihtiyaçları olduğunu keşfetmeleri gerekmiştir. Liverpool’da istişare konusunda iyi desteklenmiş çabalar gösterilmiş ama bu sadece yerel deneyimi politika oluşumuna katmak için yapılmış oldukça gayriresmî bir girişim olmuştur. Yerel düzeydeki aşağıdan yukarıya ve katılımcı süreçlerin daha bütünsel yönleriyle geliştirilmesini beklemek gerçekçi bir yaklaşım mıdır? Avrupa’da DSÖ’nün Sağlıklı Şehirler Projesi’nin birinci fazından alınmış olan sağlık önlemlerine ilişkin yapılmış 49 olgu çalışmasının analizinde, yerel faaliyetlerdeki artı değer ve kalitenin en iyi biçimiyle önlemin uygulandığı yöntemdeki iş birliği ve katılım ile ifade edildiği ortaya çıkmıştır (89). Ten Dam tarafından Kanada, Hollanda ve ABD’de yapılan kapsamlı bir topluluk/mahalle projeleri anketi böyle proje stratejileri ve hedeflerini ortaya çıkarmıştır. Ancak anket,

belirtilen hedeflerin ne derece başarıldığı hakkındaki bilgiyi tespit edememiştir (90). Aynı ayrı yapılan değerlendirmelerin verimliliğe ilişkin kesin sonuçlar çıkarmak için yeteri kadar kıyaslanabilir ölçüde olmadığı sonucuna varmıştır. Topladığı ampirik (deneysel) verilerden Hollanda'nın Amsterdam, Rotterdam ve Hague kentlerinde 11 mahallede yapılmış olan sağlık projelerini analiz etmek için kullandığı bir çerçeve oluşturmuştur. Bulgular, halkın katılımı ve sonuçta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedefi hariç çerçeve içindeki tüm alanlarda pozitif değerler ortaya çıkmıştır. Buna göre standart verilerle ölçülen sağlık, projenin kısa ömrü sırasında da gelişme göstermemiştir.

Başka bir çalışmadan elde edilen deneyimler, insanların girişimlerin değerlendirilmesinde merkezî rol oynamaları için toplum temelindeki girişimlere katılımlarını artırmak amacıyla uygulanabilecek ilke ve yöntemleri gösterir.

Toplum Düzeyinde Sağlıklı Şehirlerin Değerlendirilmesi: Drumchapel

İngiltere'nin Glasgow kentinde yürütülen Drumchapel Sağlıklı Şehirler Projesi'nin değerlendirilmesi sırasında, Kennedy (52), toplum düzeyinde katılım sağlanan bir değerlendirme modeli geliştirmiştir. Drumchapel Projesi; Glasgow kentinin dışında birçok şeyden mahrum kalmış bir toplulukta toplumsal katılım, güçlendirme ve iş birliği ilkelerinin uygunluğunu test etmek için hazırlanmıştır. Glasgow'daki Sağlıklı Şehirler'e üye kurumlar arasında yeni çalışma yöntemlerinin etkinleştirilmesi ve eğitim, istihdam ve toplum sağlığı gönüllülerinin dağıtılması yoluyla yerel halkın güçlendirilmesi ve katılımına yönelik yenilikçi yaklaşımların pilot çalışmasının denenmesi hedeflemiştir. Proje'nin örgütsel yapısı ve yönetim tarzı katılım, güçlendirme ve iş birliğini en yüksek seviyeye çıkaracak şekilde tasarlanmıştır.

İki yıllık pilot çalışma döneminin sonunda değerlendirme yapılmış ve projenin ilkelerini yansıtabilecek ve değerlendirme sürecinin bu ilkeleri yansıtacak kapasitede bir değerlendirme yönteminin pilot testinin yapılması için büyük ölçüde katılımcıların çabasıyla yürütülmüştür. Katılımcılar; değerlendirmenin test edilmesinin, uygulamanın test edilmesi kadar önemli olduğunu düşünerek değerlendirmenin projeye katkı sağlamasını, aksi yönde bir etkisi olmamasını istemiştir. Değerlendirmeden yeni beceriler, proje hakkında daha iyi bilgilendirilmiş bir bakış açısı, daha güçlü bir yön bulma hissi, ortak bir vizyona ve daha fazla nasıl gelişim gösterilebileceğine ilişkin bilgi edinmeye daha çok bağlılık gösterilmesi gibi çıktılar kazanabilmeyi umut etmişlerdir. Ayrıca uygulamayı yaymak amacıyla proje yaklaşımı ve başarılanları kayıt altına alarak dışa da yansıtmayı istemişlerdir. Böylece kendileri ve diğerleri bundan ders alabilirler. Ne var ki uygulamanın başlangıcında birçok katılımcı, değerlendirmeye karşı büyük korku ve şüphe duymuştur. Bu durum da değerlendirmenin dış kaynaklı uzmanlarca uzaktan incelenmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Bu değerlendirmede, katılımcıların gündemi öncelik taşımıştır. Değerlendirmenin amaçları;

- Drumchapel Sağlıklı Şehirler Projesi'nin değerlendirilmesine ilişkin çeşitli yaklaşımları incelemek,
- Bazı katılımcıların projenin başarısına ilişkin göstergeler hakkındaki görüşlerini almak,
- Katılım, güçlendirme ve iş birliği ilkelerinin dışı yansıması bakımından ne kadar uygulanabilir olduğunu değerlendirmektir.

Değerlendirme süreci, Kasım 1991 ve 1992 arasında yaklaşık bir yıl boyunca sürmüştür. Geniş bir yelpaze çerçevesinde birçok sesin duyulabilmesine imkân vermek ve katılımcılara farklı yöntemleri deneme fırsatı sunmak amacıyla veri toplanmasında çok çeşitli yaklaşımlar denenmiştir. Proje katılımcıları, değerlendirmeye yönelik tutumlarına ilişkin başlangıç verileri sağlamak için bir anket doldurmuştur. Bunlar değerlendirme konularını incelemek ve bazı nitel yöntemleri öğrenmek için eğitim çalıştaylarına katılmıştır. Üç ay içinde değerlendirme ile ilgili bir dizi grup toplantısı düzenlenmiştir. Bu toplantılar, sürece katılım ile neyin nasıl değerlendirilmesi gerektiği hakkındaki kilit karar alma noktaları için ana araçlar olmuştur. Katılımcılar; toplantıların projeyi inceleme, diğer gruplarla fikir alışverişinde bulunma ve bu ortamı projenin ilerleme sürecine yansıtmaya fırsatını büyük takdirle karşılamıştır. Bu da değerlendirmenin sadece veri toplamak için değil aynı zamanda becerilerin, katılım ve iş birliğinin geliştirilmesi için kullanıldığını gösterir. Proje içindeki çeşitli grupların temsilcileriyle 6 aylık dönem içinde grup görüşmeleri düzenlenerek seçilmiş bazı katılımcılarla da yapılan bireysel görüşmelerle tamamlanmıştır. Toplum sağlığı gönüllülerine kendi deneyimlerini anlatmaları için fırsat vermek amacıyla Mayıs ve Haziran 1992 arasında olgu çalışmaları hazırlanmıştır.

Katılımcılar, değerlendirme deneyimine ilişkin çıkarılan dersleri paylaşmak için birtakım yaratıcı yöntemler kullanmıştır. Bu yöntemler arasında, halk sağlığı ihtiyaçlarının değerlendirilmesine yönelik katılımcı bir yaklaşım yürütülmesine ilişkin deneyimle ilgili bir rapor ve sonradan projede halk sağlığı gönüllüsü olmuş bazı kişilerin katıldığı bu deneyimin videoya kaydedilmesi yer almıştır. Grup Sanat Projesi, Drumchapel Projesi için bir ağaç sembolü tasarlamıştır. Bu sembol, öğretim ve sunumlarda geniş ölçüde kullanılmış olan bu proje hakkındaki bir serginin mihenk taşı hâline gelmiştir. O zamandan beri bu sembol, o bölgede projenin temelini atıldığı yeni sağlık merkezindeki seramik mozaığında yer alarak sürekli hâle gelmiştir. Katılımcıların deneyimini gösteren bir diğer araç ise dramadır. Bir gönüllü; kendi deneyimini anlattığı, halka açık günler ve diğer toplumsal olaylarda bir grup gönüllü tarafından gerçekleştirilen bir oyun yazmıştır. Proje'nin nereye ulaştığına bakılacak olursa halk sağlığı gönüllüleri, proje görevlileri ile birlikte projenin toplumdaki profilini araştırmak için bir tanıtım anketi yapmıştır. Sonunda, proje katılımcıları arasında değerlendirmeye katılım düzeyleri ile deneyim sonucu olarak tanımlayabilecekleri tutum ve becerilerindeki herhangi bir değişikliği belirlemek için bir takip anketi yapılmıştır.

En popüler değerlendirme yöntemleri; yaratıcı, gayriresmî ve tehdit edici nitelikte olmayan yöntemler ile proje içindeki farklı gruplara fikir alışverişi imkânı veren

yöntemler olmuştur. Ağaç sembolünün oluşturulması gibi grup toplantıları ve alıştırmalar, katılımcıların projeyi sadece kendi avantaj noktalarına göre değil bir bütün olarak da görmeleri ve takdir etmelerinde yardımcı olan mükemmel yöntemlerdir. Değerlendirmenin katılımcı bir faaliyet olması hedefiyle mümkün olduğu kadar çok proje katılımcısına hitap etme olasılığını en üst seviyeye çıkarmak için birtakım yaklaşımlar benimsenmelidir. Videolar, sergiler ve drama hem değerlendirme katılımcıları hem de nihai tüketicileri için yazılı metinlere karşı hayal ürünü ve çekici alternatiflerdir. Dahası, video çekimi yapılması veya oyun sergilenmesi; rapor yazılması veya okunma yöntemlerinin başaramayacağı kolektif bir faaliyet olabilir. Değerlendiriciler, önceden hemen hemen hiçbir şeye karar vermemiştir. Bu nedenle değerlendirme süreci katılımcılarla uzlaşma hâlinde serbestçe evrim gösterebilir. Bu süreç; katılımcıların projeye yeni bakış açıları getirmelerine, örgütsel yapısını ve yönünü açıkça ifade etmesine ve geliştirmesine, bunları artırmak için güçsüz yanları ve stratejileri tespit etmesine yardım etmiştir. Değerlendirme öncesi ve sonrası verilen anketler (neredeyse tamamen gözden kaybolan esas korku ve tüm katılımcı kategorilerinin değerlendirmeye çok büyük değer vermesi gibi) tutumlardaki belirgin değişimi göstermiştir. Sürekli ifade edilen tek kaygı ise sürdürülen uygulamanın zararına olacak şekilde değerlendirme üzerinde zaman harcanmaması olmuştur. Değerlendirmeye yönelik kapasite geliştirilmesi, sürecin kilit özelliği olup diğer aşamada daha sonuca odaklı bir yaklaşıma imkân vermiştir. Proje katılımcıları, artık değerlendirmeden korkmaz ve değerlendirmenin uygulamayla bütünleşmesini sağlamak için beceri ve güvene sahip olur.

Sonuç

Sağlıklı Şehir değerlendirmelerine ait bu örnekler, kent çapında bir politika süreci ile toplum düzeyinde katılımcıların buna dâhil olduğunu göstermiştir. Örnekler farklı şehirlerden gelmekle birlikte, bu 2 düzey birbiriyle bağlantılıdır. Liverpool'daki kent politikası süreci, toplumla çok açık iletişim kanalları açmamış olmakla birlikte politika uygulaması kısmen yereldeki ortaklıklara bağlı olmuştur. Drumchapel Projesi, hem yerel halkın faydalanmasını hem de Drumchapel'de sağlığı etkileyen daha büyük yapı ve süreçleri yönlendirmek için şehirdeki kurumlara katılımcı ve müşterek bir çalışma modeli olmayı hedeflemiştir.

Ayrıca, her 2 değerlendirmenin açıklamaları uluslararası bir iletişim ağı olarak Sağlıklı Şehirler'in gelişimi ve bu kapsamdaki değerlendirmeye yönelik beklentilerle bağlantılıdır. Kentsel sağlık planı uluslararası projeye katılım için bir gerekliliktir. Tüm harekete yönelik daha geniş çaplı sağlık çalışmalarıyla ilişkileri nedeniyle hem Liverpool hem de Glasgow'daki değerlendiriciler, müşterek ve katılımcı çalışmaların değerlendirilmesi için uygun yöntemler bulunması, politika ile uygulamaya ilişkin bilgi gelişimi süreci içine değerlendirme bulgularının katılabileceği yöntemlerin test edilmesi konularıyla ilgilenmiştir.

Sonuçlar

Genel Bakış

Sağlıklı Şehirler girişimlerinin değerlendirilmesi, Sağlıklı Şehirler kavramının uygulanmasında olduğu gibi gelişme göstermektedir. Ancak çok yakın bir zamanda, tüm değerlendirme konusu toplu olarak ele alınmıştır. Geçmişte değerlendirme, sürecin ayrılmaz bir parçası olmak yerine gerçeklerden sonra gelirdi. DSÖ Projesi'nin üçüncü fazı, katılım koşullarının değerlendirilmesini içerir ve ilk defa faz başlamadan önce değerlendirme soruları hakkında görüş birliğine varmaya çalışır. Kanada ve ABD'deki deneyimler, bilgi gelişimi yaklaşımının hem bu hareketin idealleri hem de yeniliğin yayılması süreci ile tutarlı olduğunu gösterir. Şu anda gereken, değişikliği etkileme konusunda değerlendirmenin değerinin genel olarak kabul görmesidir. Bu olursa değerlendirmenin etkili, verimli ve yaratıcı bir şekilde meydana gelmesini sağlamak için yeterli kaynaklar ayrılabilir. Kilit sonuçlara götüren farklı süreçlerin sinerjik etkisini görebilmek için yeni metodolojilerin geliştirilmesi gerekir.

Kılavuz ve Öneriler

Sağlıklı Şehirler'i değerlendirmeye ilişkin her türlü girişim, büyük zaman ve kaynak gerektirir. Bu fasıldan çıkacak ilk fikir, katılımcıların Sağlıklı Şehirler'in ana ilkelerini değerlendirme faaliyetlerine uygularken güven duymaları gerektiğidir. Çünkü büyük çaptaki değerlendirmelerin bile Sağlıklı Şehirler'in aradığı değişiklik türlerine uygun değilse etkisiz olduğu ortaya çıkabilir. Sağlıklı Şehirler'in değerlendirmesi, bu akımın kendisi gibi sadece bir grup paydaş tarafından ele alınamaz. Çünkü böyle bir durumda sonuç çerçevesi (ve bulgular) kaçınılmaz şekilde dar olur. Kaynaklar, biçim, stil ve faaliyet alanlarındaki projelerin çeşitliliğine bakıldığında şehirlerin uygun araştırma ve değerlendirme konularını kendisinin tespit ettiği bir değerlendirmenin üzerinde uzlaşmış olan biçimine karşı hiçbir alternatif yok gibi görünür. O zaman şehirler ve araştırma kaynakları, konular, yöntemler ve sorular arasında ortak bağlar oluşur. Her türlü yaklaşım müşterek olmalıdır. Sadece disiplinler arası değil aynı zamanda farklı ülkelerdeki araştırmacılar ve proje katılımcıları arasında iş birliğinin şart koşulması sağlanmalıdır. Böylece literatür paylaşılabılır, ortak araştırma araçlarını benimsenebilir ve ülkeler arası işbirliği kolaylaşabilir.

Proje şehirleri, her şeyi kanıtlama gücüne sahip olamayabilir veya hiçbir şey göstermeme riski alabilir. Değerlendirme, Sağlıklı Şehirler'in ne olduğuna odaklanmalıdır. Bunun anlamı belli bir şehrin kendi koyduğu hedeflere odaklanmasını seçmek gerektiği olabilir ki bu da uygun soruların, yaklaşımların ve değerlendirmeyi destekleyecek kaynakların belirlenmesini kolaylaştıracaktır. Öte yandan bu durum değerlendirmelerin, etkinin gösterilebileceği alanlara odaklanması gerektiği anlamına gelmez. Tam aksine, bir öğrenme çerçevesinde, başarısızlık ve hata öyküleri ve açıklamaları en azından başarıya dair açıklamalar kadar önemli olabilir. Ayrıca, bu yaklaşım Sağlıklı Şehirler girişimlerinde ortak olan özelliklerin değerlendirilmesinin imkânsız olduğu anlamına da gelmez. Dahası, hangi yaklaşımların daha geniş çapta uygulanabilir olduğuna dair anlayışın yerel fırsatlar ve engeller bağlamını göz

önünde bulunduran detaylı açıklamalardan elde edilme olasılığı; yerel farklılıklara duyarlı olamayacak kadar genel ifade edilmiş özetlerden elde edilme olasılığından daha yüksektir.

Bu fasıl, Sağlıklı Şehirler değerlendirmesi tarafından ortaya koyulan karmaşık soruları yanıtlamak için bilimsel (fakat çoğu zaman da teknolojik) araçlar kullanma konusunda aşırı dikkat gerektiğini önemle belirtmektedir. Göstergelerin aranması sırasında belirtildiği gibi sağlam ölçüm araçlarına ulaşma çabaları, hayal kırıklığı yaşatabilir ve aslında işleyen süreçleri yakalayamayabilir. Sağlıklı Şehirler değerlendirmesindeki gelişim aşaması, en önemlisidir. Eğer değerlendiriciler; hedefleri, tüm uygun paydaşların dâhil olduğu müşterek ve katılımcı bir süreç içinde oluşturmaya çalışırsa o zaman sonraki çalışmaların projenin doğasına çok daha uygun olma, desteklenme ve sürdürülebilme olasılığı yüksektir. Değerlendirme hakkında kimlerin karar verdiği, hangi metotların kabul edildiğinden sonuçta çok daha önemlidir. Sağlıklı Şehirler değerlendirmesinin gerekçesi, sürekli biçimde bilgi ve politika gelişimine katkıda bulunulması gerektiğidir. Bunun gerçekleşmesi için Sağlıklı Şehirler gelişimleri hakkında alınan kararları alan ve bunlardan etkilenen insanların sürecin tüm aşamalarında yer alması gerekir.

Değerlendirme süreci, hedefin aydınlatılmasına, kapasitenin artırılmasına, iş birliğine ve becerilerin paylaşılmasına katkıda bulunabilir. Bu da değerlendiricilerin değerlendirme sürecinde kullanılan yaklaşımların etkilerine dikkat göstermelerini gerektirir. Soruların formülasyonu ve bilgi; insanların zaten alışıktığı toplantılar, grup çalışması veya diğer aktivite modelleriyle entegre edilebilir. Sanat veya drama içeren yaklaşımlar gibi yaratıcı yeni yaklaşımlar, süreci aydınlatıcı açıklamalarda bulunmak ve katılımcılar arasında becerileri kullanarak geliştirmek için fırsat yaratabilir. Sağlıklı Şehirler değerlendirmesinde yer alanların önemli ve tartışmasız bir sorumluluğu da geri bildirimdir. Bu olmadan, katılım ve bağlılık bir süre sonra yavaş yavaş azalır ve bilgi gelişimi süreci başarısız bir şekilde sona erer. Geri bildirim, değerlendirmeye zaman ve beceri sarf eden kişilere bunun karşılığının verilmesini sağlar ve değerlendirmeyi desteklemek için gereken kaynakların yeteri kadar analiz edildiğini gösterir. Sağlıklı Şehirler girişiminin çatışan değerlendirme gündemlerinden ve farklı değerlendirme yaklaşımlarının altında yatan felsefeleri destekleyenlerden kaynaklanabilecek potansiyel gerilim noktaları da hafife alınamaz. Katılımcıların, örnek olarak sonuç odaklı veya daha sürece yönelik bir yaklaşım seçmenin politik önemini anlaması gerekmektedir.

Bilimsel metodolojiler, politika oluşturma ve kent politikalarının karmaşık dünyasında yaşanan neden-sonuç ilişkisini aydınlatan anahtar elinde bulundurmaz. Bu nedenle sorunların karmaşıklığına rağmen değerlendirme; Sağlıklı Şehirler katılımcılarını yaptıkları faaliyetlerin arkasındaki teoriyi, deneyimlerinden çıkarılan dersleri ve kentsel çevreyi iyileştirme çabalarının sonuçlarını anlatan öyküleri açıklamakta kullanabilecekleri gerçek bir kavram alanı sunar. Bu tür açıklamalar (özellikle önemli kentsel sorunlara odaklananlar), akademik araştırmalarla

karşılaştırıldığında diğer sektörlerle diyalogu başlatma ve iş birliği olasılığı gösterme konusunda daha etkili olabilir. Ancak bu durum, değerlendirme sürecini desteklemekte gelişmiş analitik becerilerin değerini reddetmek için değil, bu kaynakların katılımcıların endişelerini belirgin ve doğru yansıttığını kabul ettiği modelleri ortaya çıkarmak için kullanılmalıdır. Sağlıklı Şehirler girişimlerini değerlendiren insanlara toplumsal faaliyet ve katılım teorisini dinlemesini ve üzerinde dikkatle düşünmesini, açık öğrenme süreçlerine götürmesi olası ilkeleri takip etmesini ve süreç ile yöntem üzerinde uzlaşmış kararlar arayan ilkeleri kullanmasını tavsiye ediyoruz.

Kaynaklar

1. HANCOCK, T. The healthy city from concept to application: implications for research. In: Kelly, M. & Davies, J., ed. *Healthy Cities: research and practice*. London, Routledge, 1994.
2. LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health education quarterly*, 21(2): 253-268 (1994).
3. HAUGHTON, G. & HUNTER, C. *Sustainable cities*. London, Jessica Kings-ley, 1994.
4. MAESSEN, M. *Sustainable development/environmental health policy in cities: indicators*. Maastricht, WHO Collaborating Centre for Research on Healthy Cities, University of Maastricht, 1995 (World Health Organization Collaborating Centre for Research on Healthy Cities Monograph Series, No. 9).
5. WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*, 6: 197-205 (1992).
6. BLACKMAN, T. *Urban policy in practice*. London, Routledge, 1995.
7. MULLEN, K. & CURTICE, L. The disadvantaged - Their health needs and public health initiatives. In: Detels, R. et al., ed. *Oxford textbook of public health. Volume 3. The practice of public health*, 3rd ed. New York, Oxford University Press, 1997.
8. BRUCE, N. ET AL., ED. *Research and change in urban community health*. Avebury, Aldershot, 1995.
9. CURTICE, L. & McQUEEN, D. *The WHO Healthy Cities project: an analysis of progress*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, 1990.
10. POLAND, B. Knowledge development in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles. *Health promotion international*, 11: 237-247 (1996).
11. STEVENSON, H. & BURKE, M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion. *Health promotion international*, 6: 281-91 (1991).
12. BAUM, F. Healthy cities and change: social movement or bureaucratic tool? *Health promotion international*, 8: 31-40 (1993).
13. GOUMANS, M. *Innovations in a fuzzy domain. Healthy Cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom* [Thesis]. Maastricht, University of Maastricht, 1998.
14. GOUMANS, M. & SPRINGETT, J. From projects to policy: 'Healthy Cities' as a mechanism for policy change for health? *Health promotion international*, 12(4): 311-322(1997).
15. TSOUROS, A.D., ED. *World Health Organization Healthy Cities project: a project becomes a movement: review of progress 1987 to 1990*. Milan, Sogess, 1991.
16. LEES, R. & SMITH, G. *Action research in community development*. London, Routledge and Kegan Paul, 1975.
17. POLLIT, C. *An evaluation of the community health projects at Walker, North Kenton and Riverside*. Newcastle, Riverside Child Health Project, 1984.
18. SMITHIES, J. & ADAMS, L. Walking the tightrope: issues in evaluation and

- community participation for health for all. In: Kelly, M. & Davies, J., ed. *Healthy Cities: research and practice*. London, Routledge, 1994, pp. 55-70.
19. MACGREGOR, S. & PIMLOTT, B. *Tackling the inner cities: the 1980s reviewed, prospects for the 1990s*. Oxford, Clarendon Press, 1990.
 20. PUBLIC SECTOR MANAGEMENT RESEARCH UNIT AND DEPARTMENT OF ENVIRONMENT INNER CITIES DIRECTORATE. *An evaluation of the urban development grant programme, Action for Cities*. London, H.M. Stationery Office, 1988.
 21. JACOBS, J. *Edge of empire: postcolonialism and the city*. London, Routledge, 1996.
 22. DE GROOT, L. City Challenge: competing in the urban regeneration game. *Local economy*, 7: 196-209 (1992).
 23. COX, K. & MAIR, A. From localised social structures to localities as agents. *Environment and planning*, A23: 197-213 (1991).
 24. STOKER, G. *From local action to community government*. London, Fabian Society, 1988 (Fabian Research Series, No. 351).
 25. DUHL, L. *The social entrepreneurship of change*. New York, Pace University Press, 1990.
 26. ATKINSON, D. *Radical urban solutions: urban renaissance for city, schools and communities*. London, Cassell, 1994.
 27. SEED, P. & LLOYD, G. *Quality of life*. London, Jessica Kingsley, 1997.
 28. BENEVELO, L. *The European city*. Oxford, Blackwell, 1993.
 29. CATTELL, V. Community, equality and health: positive communities for positive health and well being? *Contested Cities: Social Processes and Spatial Form, British Sociological Association, University of Leicester, 10-13 April 1995*.
 30. KLIJN, E. *Policy communities, subsystems and networks, an examination and reformulation of some concepts for analyzing complex policy processes*. Rotterdam, Department of Political Science, Erasmus University, Rotterdam, Leiden, University of Leiden, 1992 (Research Programme: 'Policy and Governance in Complex Networks' Working Paper No. 4).
 31. CONSIDINE, M. *Public policy, a critical approach*. London, Macmillan, 1995.
 32. ALLISON, G. *The essence of decision: explaining the Cuban missile crisis*. Boston, Little, Brown and Company, 1971.
 33. HOGWOOD, B. & GUNN, L. *Policy analysis for the real world*. Oxford, Oxford University Press, 1984.
 34. LIPSKY, M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York, Russell Sage Foundation, 1980.
 35. SILER-WELLS, G. An implementation model for health system reform. *Social science and medicine*, 24(10): 821-832 (1987).
 36. PETTIGREW, A. ET AL. *Shaping strategic change*. London, Sage, 1992.
 37. NOCON, A. Making a reality of joint planning. *Local government studies*, 16(2): 55-67 (1990).
 38. PATTON, M.Q. *Practical evaluation*. London, Sage, 1982.
 39. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.

40. DOWNIE, R.S. ET AL. *Health promotion, models and values*. Oxford, Oxford University Press, 1990.
41. SANDERSON, I. *Effective intersectoral collaboration: the theoretical issues*. Leeds, Health Education Unit, Leeds Metropolitan University, 1990.
42. SPELLER, V. ET AL. Multisectoral collaboration for health: evaluative project. In: Bruce, N. et al., ed. *Research and change in urban community health*. Avebury, Aldershot, 1995.
43. FUNNELL, R. ET AL. *Towards healthier alliances: a tool for planning, evaluating and developing healthier alliances*. London, Health Education Authority, 1995.
44. FRIEND, J. ET AL. *Public planning: the intercorporate dimension*. London, Tavistock, 1974.
45. HANF, K. & O'TOOLE, L. Revisiting old friends: networks, implementation structures and the management of organisational relations. *European journal of political research*, 2: 163-180 (1992).
46. MILIO, N. *Promoting health through public policy*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.
47. *Report of the Evaluation Advisory Committee of the WHO Healthy Cities project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997
48. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document ICP/HCC 644).
49. WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. New York, Routledge, 1996.
50. CRUICKSHANK, J. The consequences of our actions: a value issue in community development. *Community development journal*, 29(1): 75-79 (1994).
51. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.
52. KENNEDY, A. Measuring health for all - A feasibility study in a local community. In: Bruce, N. et al., ed. *Research and change in urban community health*. Avebury, Aldershot, 1995, pp. 199-217.
53. POLAND, B. Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part II: potential content foci. *Health promotion international*, 11: 341-349 (1996).
54. SPRINGETT, J. ET AL. Towards a framework for evaluation in health promotion: the importance of the process. *Journal of contemporary health*, 2: 61-65 (1995).
55. FAWCETT, S.B. ET AL. *Evaluation handbook for the Project Freedom replication initiative*. Lawrence, Work Group on Health Promotion and Community Development, University of Kansas, 1993.
56. DE KONIG, K. & MARTIN, M. *Participatory research in health*. London, Zen Books, 1996.
57. GOODMAN, R. ET AL. An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion - Approaches to measuring community coalitions. *American journal of community psychology*, 24: 33-61 (1996).
58. SARRI, R.C. & SARRI, CM. Organisational and community change through

- participatory action. *Administration in social work*, 16(3-4): 99-122 (1992).
59. COUSINS, J. ET AL. The case for participatory evaluation. *Educational evaluation and policy analysis*, 14(4): 397-418 (1992).
 60. WINJE, G. & HEWELL, H. Influencing public health policy through action research. *Journal of drug issues*, 22: 169-178 (1992).
 61. FETTERMAN, D.M. ET AL., ED. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment & accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
 62. BARNEKOV, T. ET AL. *US experience in evaluating urban regeneration*. London, H.M. Stationery Office, 1990.
 63. HART, D. US urban policy evaluation in the 1980s: lessons from practice. *Regional studies*, 25: 255-265 (1992).
 64. REASON, P. Three approaches to participative inquiry. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 324-339.
 65. RIST, R.C. Influencing the policy process with qualitative research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, Sage, 1994.
 66. CONSIDINE, M. *Public policy: a critical approach*. Melbourne, Macmillan, 1994.
 67. WEISS, C.H. Evaluation for decisions. Is there anybody there? Does anybody care? *Education practice*, 9: 15-20 (1988).
 68. DE LEEUW, E. *Health policy: an exploratory inquiry into the development of policy for the new public health in the Netherlands*. Maastricht, Savannah Press, 1989.
 69. ZIGLIO, E. Indicators of health promotion policy: directions for research. In: Badura, B. & Kickbusch, I., ed. *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 37).
 70. HIGGINS, J.W & GREEN, L.W The ALPHA criteria for development of health promotion programs applied to four Healthy Community projects in British Colombia. *Health promotion international*, 9: 311-320 (1994).
 71. DEFRIESE, G.H. & CROSSLAND, C.L. Strategies, guidelines, policies and standards: the search for direction in community health promotion. *Health promotion international*, 10: 69-74 (1995).
 72. GREEN, L.W. & HIGGINS, J.W. Rejoinder by Green and Higgins. *Health promotion international*, 10: 75-76 (1995).
 73. BARR, A. ET AL. *Monitoring and evaluation of community development in Northern Ireland*. Belfast, Voluntary Activity Unit, Department of Health and Social Services (Northern Ireland), 1997.
 74. BARR, A. ET AL. *Measuring community development in Northern Ireland: a handbook for practitioners*. Belfast, Voluntary Activity Unit, Department of Health and Social Services (Northern Ireland), 1997.
 75. *Urban environmental indicators*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 1978.

76. O'NEILL, M. Building bridges between knowledge and action: the Canadian process of healthy communities indicators. *In: Kelly, M. & Davies, J., ed. Healthy Cities: research and practice.* London, Routledge, 1994.
77. BAUM, F. Research and policy to promote health: what's the relationship? *In: Bruce, N. et al., ed. Research and change in urban community health.* Aldershot, Avebury, 1995, pp. 11-31.
78. *Action for health in cities.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/HSC 669).
79. ASHTON, J. & SEYMOUR, H. *The new public health: the Liverpool experience.* Milton Keynes, Open University, 1988.
80. GOUMANS, M. & SPRINGETT, J. From projects to policy: 'Healthy Cities' as a mechanism for policy change for health? *Health promotion international*, 12(4): 311-322(1997).
81. COSTONGS, C. & SPRINGETT, J.A. *Conceptual evaluation framework for health related policies in the urban context.* Liverpool, Institute for Health, Liverpool John Moores University, 1995 (Occasional Paper 2).
82. *Liverpool health plan.* Liverpool, Liverpool Healthy City 2000, 1996.
83. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. *The health of the nation.* London, H.M. Stationery Office, 1992.
84. HALLIDAY, M. *Our city our health: ideas for improving public health in Sheffield.* Sheffield, Healthy Sheffield Planning Team, 1992.
85. TAYLOR, J. *Progress report to the Joint Public Health Team on the Liverpool city health plan.* Liverpool, Healthy City Liverpool, 1997.
86. COSTONGS, C. & SPRINGETT, J.A. *City health plan: the effectiveness of joint working.* Liverpool, Institute for Health, Liverpool John Moores University, 1995.
87. STROBL, J. & BRUCE, N. *Report on the evaluation of the consultation phase of Liverpool's draft city health plan.* Liverpool, Urban Health Research and Resource Unit, Liverpool University, 1997.
88. HUDSON, B. Collaboration in social welfare: a framework for analysis. *Policy and politics*, 15: 175-182 (1987).
89. *National Healthy Cities networks in Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/HSC 644).
90. TEN DAM, J. *Gezonde stadsgezichten.* [Healthy Cities vistas - Thesis]. Amsterdam, University of Amsterdam, 1998 (in Dutch).

Bölüm 4

Politika ve Sistemler

Kitabın bu bölümünde sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin başlıca özelliklerinden biri olan ‘karmaşıklık’ (complexity) vurgulanmakta ve pekiştirilmektedir. Bu alandaki araştırmacılar; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin birden fazla disiplini barındırdığını, sektörler arası olduğunu, değerlendirmeye yönelik zorluklar taşıdığını ve sağlam bir teori temeli gerektirdiğini unutmamalıdır. Politika ve sistemleri anlama ve değerlendirmeye yönelik teşebbüsler, bu özelliklerin hepsini çok iyi yansıtmaktadır. Bundan dolayı sistem düzeyindeki bu değerlendirmenin ve temel değerlendirme kavramlarının, oldukça sınırlanmış alanlardaki davranış müdahalelerinin değerlendirilmesinden daha az anlaşılması veya daha az yerleşmiş olması şaşırtıcı değildir. Bu eylemin, politika ve sistemler alanında, kanıt doğası daha karmaşık olmaktadır. Randomize kontrollü deneyler ve deneysel yaklaşım, değerlendirmenin ihtiyaçlarından çok daha uzakta görünmektedir. Bu bölümdeki fasıllar; değerlendirmenin nasıl uygun olabileceğini anlamak amaçlı, yenilikçi ve yaratıcı çabaları sunarken politika ve sistemlerin değerlendirilmesinin karmaşıklığını yansıtmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’nde belirtildiği gibi sağlık günlük hayatta yaratılır. Aynı zamanda çeşitli düzeylerde birçok farklı faktör arasındaki etkileşim vasıtasıyla da yaratılır ve teşvik edilir. Bundan dolayı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin yapıldığı ortam üzerinde bir derece kontrolün olduğu demonstrasyon projelerinden çok şey öğrenilse de birçok sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyeti karmaşık, dinamik sistemlerde yerleşmiştir. Bu sebeple nasıl tanımlanırsa tanımlansın başarı, farklı düzeylerde birden fazla müdahale arasındaki sinerjiye bağlıdır. Bir ortam, müdahale amaçları için sınırları yapay olarak belirlenmiş bir sistem olsa da insanların çoğu açık; büyüklük ve bağlam açısından farklılık gösteren sistemlerde çalışmaktadır. Bölüm 4’te yer alan fasılların hepsinde karmaşık, etkileşimli sistemleri değerlendirme metodolojilerinin henüz başlangıç evresinde olduğu gösterilmektedir. Metodolojileri kontrollü çevrelerde birden fazla müdahaleyi değerlendirmek için yetersiz olan yazarların, sağlık bilimlerinin baskın paradigması tarafından empoze edilen kısıtlamalardan duyduğu hayal kırıklığı da açıktır. Bunun sonucunda süreçten fedakârlık etmek pahasına kısıtlı bir şekilde sonuçlara odaklanılmakta (bu yüzden insanlar neyin işe yaradığı ve neden işe yaradığı konusunu çok iyi anlamamakta); bağlam ve ilişkilerin önemi takdir edilmemektedir.

Rütten’in Almanya’nın bir bölgesindeki sağlıklı halk politikalarının değerlendirilmesine ilişkin makalesi, bağlamın takdir edildiğini açıkça göstermektedir. Fasil 15’te sağlık yatırımı kavramı etrafında oluşturulan bir politikanın, bir topluluk veya bölgede nasıl uygulanabileceğinin değerlendirilmesine yönelik kapsamlı bir şema sunulmaktadır. Bu projenin gelişiminin dikkate değer özelliği, girişim boyunca değerlendirmenin rolüdür. Proje, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından

oluşturulan, çerçevesi çizilen ve Fasil 22’de detayları verilen yatırım modelinin etkisi, ölçülmesi ve değerlendirilmesiyle ilgilidir. Ayrıca, projeye yönelik planlama sürecini değerlendirirken odaklı ve katılımcı bir değerlendirme yaklaşımı dikkate alınmaktadır. Böylece bu tür bir çalışmada, bu kitapta sunulan tasarım sorunlarının çoğunu toplayan bir değerlendirme modeli sunulmaktadır.

Fasil 16’da Milio, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarının değerlendirilmesinde ele alınması gereken konulara genel bir bakış sunmaktadır. Bu alanda seçkin bir araştırmacı olan Milio, bir değerlendirmecinin sorması gereken temel soruları belirlemek için tecrübeleri kullanmaktadır. Milio, politika değerlendirmesinin politik bir çevrede meydana geldiğini ve sonuçta bunun politik bir süreç olduğunu üstü kapalı bir şekilde söylemektedir. Bu durum, değerlendiriciler ve çeşitli paydaşlar arasındaki ilişkiye ve bunun ne ölçüde açık hâle getirilebileceğine ilişkin sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikasının dinamik boyutu ve politikaya yönelik değerlendirme stratejisinin içindeki karmaşıklıklar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili değerlendirme alanının diğerlerine göre neden daha az gelişmiş olduğunu açıklamaya yardımcı olabilir.

Fasil 17’de Warren ve ark., bir değerlendirme çerçevesi ve göstergelerinin oluşturulmasına katılımcı yaklaşım uygulanması gerektiğini Kanada’dan örneklerle açıklamaktadır. Yazarlar, paydaşların kilit kararların alınmasına katılmasının, toplum projeleri gibi geniş çaplı çok düzlemli programlar için gerekli olduğunu göstermektedir. Yazarlar, 1978 yılında başlatılan Kanada Federal Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı’nın değerlendirme çalışmasını ve edinilen tecrübeleri belgelemektedirler. Ayrıca yazarlar; ne aşağıdan yukarı ne de yukarıdan aşağı olan, kullanıcı tarafından izleme yaklaşımının uygulandığı Ontario Tütün Stratejisi’nin değerlendirilmesine yönelik, daha yapılandırılmış bir yaklaşımı incelemektedir. Yazarlar özellikle program etkililiği hakkında yalnızca uzman değerlendirmesine dayanmak yerine, fikir birliğine dayanan yargılar üretme ihtiyacını ve geri bildirim vasıtasıyla katılımcıların bilginin yayılması aşamasına dâhil edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Böylece sürekli iyileşme konusunda taahhüt verilir. Yazarlar program amaçlarının, değerlendirmenin farklı unsur ve amaçları arasındaki bağlantıların tanımlanmasında mantık modelinin değerini vurgulamaktadır. Burada 2 temel konu ortaya çıkmaktadır. İlk olarak değerlendirmenin dinamik bağlamının olması; program, politika ve müdahalelerin değiştiği ve böylece değerlendirmenin hareket eden bir hedefin etkili bir şekilde izlenmesi olduğu anlamına gelir. İkinci olarak, değerlendirmenin bilgi dizileri olmalı ve yönetim bilimi ve sistem analizi ile geleneksel değerlendirme araştırması kavram, metot ve teknikleri kullanılmalıdır. Örneğin Fasil 18’de Frankish ve ark.; sağlık etki değerlendirmesini, sistem ve politikaların sağlık üzerindeki etkisini değerlendirmenin bir aracı olarak ele almaktadır.

Fasil 19’da Kreuter ve ark., toplum temelli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin başarısı için sosyal ve politik bağlamın önemine dikkat çekmektedir.

Sosyal sermayeyi bir hedef olarak değil, ilişkisel bir terim olarak görmektedirler. Münferit topluluklar, sosyal sermayeyi büyük ölçüde yok saymaktadır. Çünkü her bireyin payına düşen fayda azdır. Bununla birlikte kamu yararı için bütün, parçaların toplamından daha büyüktür. Kreuter ve ark., sosyal sermayeyi 4 kilit yapıda tanımlamaktadır: güven, vatandaş katılımı, sosyal yükümlülük ve karşılıklı olma. Bunların ölçülmesine yönelik çeşitli potansiyel yolları incelemekte ve hem topluluk düzeyinde hem de bireysel düzeyde ölçüm ihtiyacını vurgulamaktadır. Daha sonra ABD’de, sosyal sermayeyi bağımsız bir değişken olarak analiz eden bir projenin ana hatlarını vermektedirler. Bu kavramların tanımlanmasında ve ölçülmesinde kültürel özgüllük sorununu ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne ölçüde sosyal sermaye yaratabileceğinin belirlenmesine yönelik potansiyellerini ele almaktadırlar. (Fasıl 11’de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinin kapasite oluşturmaya ilişkin başka bir tartışma yer almaktadır.)

Sağlık, büyük ölçüde sağlık sektörü dışında yaratılsa da sağlık hizmeti sistemleri; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi veya daha spesifik olarak hastalık önlemenin kendi alanlarında olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte sağlık sektöründeki müdahalelerin çoğu, sağlık çalışanı ve tüketici arasında bireysel etkileşimlere dayalı olma eğilimindedir. Bu tür bir bağlamda değerlendirmeye klinik açıdan yaklaşılması uygun olsa da kapsamlı yaklaşımlar ve birden fazla sonucu olan müdahaleler için farklı bir yaklaşım gerekmektedir. Ancak bu tür programların değerlendirilmesine ilişkin literatür sınırlıdır. Fasıl 20’de Stachenko; koroner kalp hastalığının önlenmesi için kapasite oluşturulması amacıyla birçok düzeyde işleyen iyi planlanmış ve araştırması iyi yapılmış girişime güzel bir örnek teşkil eden Kanada Kalp Sağlığı Girişimi’nin değerlendirmesini tanımlayarak bu eksiğin kapatılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu değerlendirme stratejisinde yansıtıcı ve nitel unsurlar ve düzeylerin her birinde yerleşik izleme sistemleri bulunmaktadır. Ancak farklı bileşenlerin uygun bir karışımına da yer bırakılmıştır. Süreç ve sonuç göstergeleri, 2 yılda katılımcı bir şekilde geliştirilmiştir. Değerlendirme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önlemeye ilişkin entegre yaklaşımlar uygulamak için uygulamalı bilgi edinmeye odaklanmış olmakla birlikte mevcut metodolojilerdeki boşlukları belirlemiştir.

İletişim, beşeri sistemin temel bir bileşenidir ve Freimuth ve ark., Fasıl 21’de sağlık iletişimi kampanyalarına odaklanmaktadır. Bu tür kampanyalar, ulusal düzeyde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalesinin geleneksel bir özelliğidir. Davranış değişikliği oluşturmak amacıyla, bireysel kararlara ve topluluk kararlarına bilgi desteği sağlamaya yönelik çalışmada çoklu mesaj ve çoklu kanallar ile çok düzlemli stratejiler kullanılmaktadırlar. Kampanyalar, değerlendirmeye yönelik iyi tanımlanmış ve iyi oluşturulmuş çerçeveler geliştirmiştir. İdeal olarak formel değerlendirme (belli bir kitle için en iyi karışımı ve okuyucu kitlesi bölüm ve profilini belirlemek) bu tür kampanyaları desteklemelidir. Geleneksel özetleyici değerlendirme gibi süreç değerlendirme de nasıl hareket edileceği hakkında bilgi sağlamak için yürütülmelidir. Diğer fasıllarda olduğu gibi yazarlar, temel eylem teorisinin açıkça anlaşılmasının değerlendirme çerçevesi hakkında bilgi vermesi gerektiğini tartışmakta; bazı nitel ve

nicel metotların uygun şekilde kullanımı ve farklı nitel yaklaşımları kullanamama gibi bu kitapta anlatılan temel konuları hatırlatmaktadırlar. Genel olarak Freimuth ve ark., sağlık bilimi araştırmasının kısıtlayıcı ortamının, diğer alanlardan (özellikle sağlık biliminin bilimsel görmediği reklamcılık alanından) başka metotların alınamamasına yol açtığını düşünmektedir. Bu durum, neyin etkili olduğunun gerçekten anlaşılmasının potansiyelini azaltmıştır.

Ziglio ve ark., DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin sağlığın teşviki ve geliştirilmesine bir sağlık yatırımı olarak yaklaşımını ele almaktadır. Bir değerlendirme stratejisi önermek yerine Fası 22'de, sağlığın sosyal ve ekonomik gelişimi hakkındaki kamu politikalarının etkisini inceleme odaklı değerlendirme unsurları önerilmektedir. Yazarlar, değerlendirmede çok katmanlı bir değerlendirme kullanılması gerektiğini söylemektedir. Ayrıca, sağlık yaklaşımına yönelik yatırımın çok yeni olmasından dolayı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temelindeki teori ve değerlendirme stratejisi veya yaklaşımının kendisi açısından, değerlendirmenin derinlemesine yeniden düşünülmesi gerektiğini de savunmaktadırlar. Değerlendirme stratejisi, sağlık yatırımı stratejisinin gelişmesini beklemektedir.

Politika ve sistemler hakkındaki fasıllar, okuyucunun dikkatini değerlendirme üzerindeki tartışmalara çekmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sayısız değerlendirme yolu olduğu görülmektedir. Sağlık yatırımı gibi bazı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejileri bile kendi kendilerinin değerlendirme stratejileri olmaktadır. Tüm düzeylerdeki girişimlerin, özellikle de makro düzeydekilerin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin karmaşık olmasını ve dinamizmini ortaya çıkardığı sonucuna varıyoruz. Bu özellikleri dikkate almayan değerlendirme, riskler ve belirsizliklere rağmen her zaman cevaplanmamış sorular bırakmaktadır.

Sağlıklı Halk Politikalarının Topluluk Bağlamlarında ve Bölgesel Bağlamlarda Değerlendirilmesi

Alfred Rütten

Sağlıklı Halk Politikalarını Değerlendirmede Temel Konular

Değerlendirme yaklaşımları uygulandıkları alana uygun olmalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ve özellikle de sağlıklı halk politikası yapılmasının karmaşıklığı ve özgüllüğünden dolayı, oldukça basit ve genellenmiş girdi-çıkı modellerine dayalı geleneksel değerlendirme kavramlarının bu alan için uygun olmadığı kabul edilmeye başlanmıştır (bk. Fası 1 ve 22). Bununla birlikte incelenen karmaşık fenomenin kapsamlı bir modelini uygulamaya koymak ve tanımlamak söylenildiği kadar kolay değildir (1). Özellikle sağlıklı halk politikalarının etkisini değerlendirmeye yönelik bilgi boşluklarına değinilmelidir (2-5). Sağlıklı halk politikaları için bir değerlendirme çerçevesi belirlemek amacıyla bu fasılda 5 soru tartışılmaktadır:

1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlıklı halk politikalarından ne kastedilmektedir?
2. Hangi genel kavramsal faktörler dikkate alınmalıdır?
3. Sağlıklı halk politikalarına yönelik bir strateji nasıl işler?
4. Sağlıklı halk politikalarının etkisi nedir?
5. Bunların etkisi nasıl ölçülebilir?

Sağlıklı Halk Politikalarının Tanımlanması

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (6) sağlıklı halk politikaları belirlemenin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eyleminin çekirdek stratejisi olduğunu belirtmektedir. Sözleşme, tüm sektörler ve düzeylerde politika yapıcılarının gündemine sağlığı koymayı amaçlamaktadır. Eş güdümlü ortak eylem ile çoklu yaklaşımların kombinasyonunun sağlıklı mal, hizmet ve çevreye katkıda bulunduğunu ve eşitliği teşvik ettiğini vurgulamaktadır. Ayrıca, sağlık dışı sektörlerde sağlıklı halk politikalarının uyarlanması önündeki engellerin ve bunların nasıl kaldırılacağına belirlenmesi gerektiğini ele almaktadır.

Bu genel kavrama uygun olarak bu fasılda, sağlık sektörü dışında sağlıklı halk politikalarının yapılmasına ve özellikle sektörler arası politika yapma süreçlerine odaklanılmaktadır. Sağlıklı halk politikalarını geliştirmek için uzlaşma sağlanmasının farklı, ilave metotları gösterilmekte ve hem yapısal kısıtlamaların hem de bunlarla başa çıkma stratejilerinin çerçevesi çizilmektedir. Bu fasıl, sağlıklı halk politikalarının bilimsel araştırmasının Ottawa Sözleşmesi'nin ötesinde olması gerektiği hipotezi ile başlayıp bitmektedir. Bu tür araştırmalar politik analize daha

spesifik olarak odaklanmalı ve politika yapma sürecinin yapısı ve dinamiğine ilişkin teoriden haberdar olmalıdır. Sağlıklı halk politikalarının değerlendirilmesi için çok karmaşık şartlarda araştırmayı yönlendirebilecek teori odaklı yaklaşımlara ihtiyaç vardır (7-10).

Bu fasılda politika yapma mantığına böyle bir yaklaşım (1,11) kavramsal referans çerçevesi olarak kullanılmaktadır. Bu yaklaşım, sağlıklı halk politikaları girişimlerinin sınırlı başarı şansını incelemeye yardımcı olur. Bu girişimler, yalnızca geçmişte yapılanlara bağlı kalmayı tercih eden politika yapıcılarının (12-14) “sınırlı rasyonelliği” (12) ile mücadele etmek zorunda kalmaz; aynı zamanda çekirdek kavramlara güçlü bir şekilde bağlı kalan destek koalisyonları ve yerleşik politika konusu ağlarının bazı algıları ile karşı karşıya kalır (15-17). Ayrıca, iş birliği yerine rekabeti teşvik eden veya yeni paydaş veya politikaların alana girmesini engelleyen politika alanları ve diğer kurumsal düzenlemeler bu girişimlerde ele alınmalıdır (18,19). Sağlıklı halk politikası girişimi bir halk sağlığı gündemine eklense (20) ve politika yapma sürecinin tüm adımlarında mevcut olsa bile sonunda idari yapı içindeki bürokrasi labirentinde kaybolabilir (21-23). Bundan dolayı yerleşik politika çevrelerinin çok düzeyli engellerinin üstesinden gelmek için sağlıklı halk politika girişimlerinin, sofistike bir bakış açısına ve çok boyutlu müdahale stratejisine ihtiyacı vardır. Çok boyutlu politika değerlendirme kavramı oluşturulmasının nedeni budur.

Genel Kavramsal Faktörler

Ottawa Sözleşmesi (6), sağlıklı halk politikası kavramının genel çerçevesini çizmiş olsa da gelişmiş ülkelerde bu tür politikanın yapılmasında bazı genel zorluklarla karşılaşılır. Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ve SSCB’den ayrılan yeni bağımsız devletler gibi gelişmekte olan veya geçiş sürecindeki ülkeler farklı zorluk ve yapılarla karşı karşıya kalabilir. Politika yapılmasında, özel kültürel ve politik bağlamlar (24,25) ve ulusal ve uluslararası düzeyden farklı olan yerel düzeydeki kavramsal faktörler dikkate alınmalıdır. Örneğin, vatandaşların bilgi ve bakış açılarının sağlıklı halk politikalarını şekillendirmede çok büyük önem taşıdığı yerel düzeyde, topluluk katılımı konusu önemli görülmektedir.

Bundan dolayı sağlıklı halk politikalarının değerlendirilmesi, bağlamın bilincinde olmalıdır (26). Diğer yandan, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde teori geliştirmek ve bu alanda teoriden hareket eden değerlendirme hazırlamak için genellenebilir kavramsal özellikler ve benzer bağlamlara uyarlanabilir program başarı hikâyeleri araştırılmalıdır (27). Bu fasılda, Doğu Almanya’daki geçişe ilişkin bağlam ve spesifik sorunlar ele alınmaktadır. Bu ortamda, sağlıklı halk politikalarının yerel ve bölgesel düzeyde uygulanmasına ve değerlendirilmesine odaklanıyorum. Ancak diğer düzeylerde sağlıklı bölgesel gelişim ve kamu politikaları kavramları arasındaki ilişkiyi ve bir örneğin genellenebilirliğini ele alıyorum.

Sağlıklı Halk Politikaları Stratejisini İşe Yarar Hâle Getirmek

Gerçek politika etkisini elde etmek için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımları

“uygulama sorumluluğu” geliştirmelidir (28). Bu fasılda uygulama çekirdek bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bu fasıl, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımlarının hem uygulanması hem de değerlendirilmesi için önemli bir konuyu açığa çıkarmaktadır: Uygulama süreci nasıl tanımlanır ve yapılandırılır? Örneğin, müdahaleler çeşitli kurumlar tarafından farklı konulara ayrı ölçekler uygulanarak yukardan aşağı veya aşağıdan yukarıya düzenlenebilir.

Bu bölümde altı çizilen örnek, sağlıklı halk politikaları uygulamanın farklı yollarını göstermektedir. Yerel düzeyde, müşterek bir planlama yaklaşımı; sağlıklı halk politikaları oluşturanın sektörler arası ve katılımcı bir yöntemidir. Burada, bölgesel bir araştırma merkezi, uygulama için temel sorumluluğu almıştır. Ayrıca, sağlık yaratmak ve sürdürülebilir yatırımı sağlamak amacıyla yeni ortaklıklar ve uzlaşmalar kurmak için farklı sektörler ve topluluklardaki kilit paydaşlardan bir grup oluşturulmuştur. Uluslararası bir uzman grubu ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisi’nden bir proje ekibi, kolaylaştırıcı olarak kilit rol oynamıştır.

Etkinin Tanımlanması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde uygulaması süreci, politika yapma ve nüfus düzeyinde temel unsurlarla ilgilidir (I, II). Sağlıklı halk politikalarının etkisini değerlendirmek, bu unsurların dikkatle araştırılması demektir. Politika yapma düzeyindeki temel unsurlar, belli bir politik arena oluşturan spesifik kurumsal düzenlemeler ve etkinlikler ile bunlara ilişkin politik etkileşimler ve idari süreçlerdir. Bu düzeydeki değişkenler; anayasal kurallar, resmî/kanuni ve idari prosedürler, politika ağları, destek koalisyonları ve bürokratik prosedürler ve organizasyon şekilleridir (bk. Fasıl 22). Nüfus düzeyinde temel unsurlar; davranış, sosyal ağlar ve kaynakları yansıtan spesifik yaşam tarzı modellerine ilişkindir. Bu düzeydeki değişkenler; sağlık davranışı ve tutumları, kişisel kapasite ve yükümlülükler ile sosyal, ekonomik ve fiziksel yaşam şartlarıdır. Bu bölümde sağlıklı halk politikalarının etkilerine örnekler verilmekte; bu tür politikaların yerel ve diğer düzeylerde politika yapma süreçlerine nasıl etki edebileceğine odaklanılmaktadır.

Elbette sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının girdisi oldukça çeşitlidir ve bunlar değerlendirme amacıyla açıklığa kavuşturulmalıdır. Diğer yandan *sağlığın teşviki ve geliştirilmesi* çeşitli strateji ve konuları kapsayan bir terim olarak kullanılmaktadır. Buna, bazı ülkelerde hastalık tarama, risk faktörlerinin önlenmesi, sağlıklı yaşam biçiminin teşvik edilmesi ve geliştirilmesi ve çevrenin korunması dâhildir. Diğer yandan Ottawa Sözleşmesi (6); sağlığın teşviki ve geliştirilmesini, önceki yaklaşımların, özellikle de bireysel sağlık ve davranışa odaklanan yaklaşımların yetersizliklerini ortadan kaldırmak için stratejik bir kavram olarak tanımlamaktadır. Böylece sağlıklı halk politikaları ve sağlıklı çevre oluşturmaya vurgulamaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinden beklenen sonuçlar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki anlamlar kadar çeşitlidir. Geleneksel halk sağlığı bakış açısı hâlen mortalite ve morbidite hızlarını azaltmaya veya sağlık bakım masraflarını

kontrol altına almaya odaklanma eğilimi göstermektedir. Yeni halk sağlığı ise hem yaşam kalitesinde iyileştirme hem de sağlıklı halk politikası, sosyoekonomik gelişme ve toplum sağlığı unsurlarının birleşmesini beklemektedir. Aşağıdaki örnek ikinci yaklaşımı desteklemektedir.

Etkinin Ölçülmesi

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmasında ideolojik önyargıdan kaçınmaya özellikle dikkat edilmelidir (29). Metodolojiler, metotlar ve ölçümlerin gizli değerlerinin ortaya çıkardığı araştırma problemleri ile başa çıkmanın yolu; bu değerler hakkında açık ve kesin olmaktır (30-32). Bu fasılda tarif edilen değerlendirme ölçeği yaklaşımları, büyük ölçüde katılımcı eylem araştırma metotlarına dayalıdır (33-40) (bk. Fasil 4). Özellikle sağlıklı halk politikaları oluşturmaya bilimin katılımı ve bunların değerlendirilmesine kilit paydaşların katılımı vurgulanmaktadır. Bundan dolayı bilgi sağlanması ve bunun kullanım süreçleri, birbiriyle oldukça ilişkilidir.

Geleneksel araştırma metotlarının değeri hafife alınmamalıdır; ancak bunlar amaç değildir. Mevcut yaklaşım; bir dizi müdahale düzeyinde, değerlendirme süreçlerini ve bu süreçlere dâhil olan farklı paydaşları bilgilendirmek için ek verilerin toplanmasına yönelik çeşitli araştırma metotları kullanmaktadır.

Değerlendirme Konularına Yanıt Seçenekleri: Bir Örnek

Yukarıda genel hatları verilen değerlendirme konularına somut seçenekler sunmak için Batı Saksonya'da (Alman topraklarındaki Özgür Saksonya Eyaleti'nin bir bölgesi) DSÖ'nün bir sağlık yatırımı Demonstrasyon Projesi'ne odaklanıyorum. İlk olarak politika ortamı ve başlıca kavramsal unsurlarının genel hatlarını çiziyorum. Daha sonra Demonstrasyon Projesi'nin mevcut politikaları etkileyen mantığı ve somut stratejilerinin ana hatlarını çiziyorum ve son olarak değerlendirme süreçleri, tasarımı ve ölçekleri tanımlıyorum.

Politika Ortamı

Bu fasılda tartışılan Batı Saksonya örneğinin genellenebilirliği tartışmalı görünebilir. Batı Almanya'da başlıca mali yatırımın, başka bir yerde tekrarlanması mümkün olmayan yapay bir çevre yarattığı öne sürülebilir. Bu yatırım işe yaramakla birlikte sağlık problemleri gibi bir dizi problem yaratmıştır. Bu problemler, geçiş sürecindeki toplumlarda tipik olarak görülmektedir:

- Dar kapsamlı, piyasa odaklı ekonomik kalkınmaya odaklanan ve nüfusun sosyal ve kültürel sorunlarını fazla dikkate almayan yatırım politikalarından kaynaklanan artan sektörel ayrılık,
- Toplumda eşitsizliklerin artması ve negatif halk sağlığı etkisine yönelik önemli kanıtlar olması (41),
- İşsizlik oranının giderek büyümesi, sosyal desteğin azalması, uyumluluk duygusunun azalması, belirsizlik ve psikososyal stresin artması,
- Beklenen yaşam süresi ve morbidite-mortalite hızları gibi geleneksel halk sağlığı göstergelerinde değişiklikler olması (42).

Batı Almanya'daki göstergelerde meydana gelen değişiklikler, geçiş sürecinde olan diğer Avrupa ülkelerindekilere benzerdir. Örneğin Batı Almanya'daki "mortalite krizinin" güncel bir analizinde, "geçiş süreciyle nedensel olarak ilişkili olduğu öne sürülebilen" negatif sağlık ve mortalite etkilerine ilişkin kanıt bulunmaktadır (43).

Batı Saksonya'da hızlı ve sürdürülebilir olmayan ekonomik yatırım stratejilerinden kaynaklanan politik çevre çeşitliliği; sektörlerde, sektörler arasında ve düzeyler arasında gözle görülür olmuştur. Örneğin şehir dışındaki ticaret alanlarının gelişimine yapılan büyük bir yatırım, şehir içini canlandırmak amaçlı politikalarla çalışmıştır. Yeni, küçük ve orta ölçekli işletmelerin gelişimi desteklemek amaçlı ekonomik kalkınma politikalar, devlet tarafından finanse edilen ikincil iş gücü piyasasına dayalı olarak yeni işletmeleri teşvik eden işsizlik politikaları ile çalışmıştır. Buna ek olarak topluluklar arası rekabeti teşvik eden kamu yatırımları ve özel yatırımlar, kazanan ve kaybeden topluluklar arasında bölgesel farklılıklara yol açmış; bölgesel uyumu desteklemek ve yapısal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amaçlı politikalarla çalışmıştır. Bu politika ortamının istemeden ortaya çıkan sonuçları çok önemli olmuştur:

- Ekonomik açıdan, kaynak israfı ile etkisiz ve verimsiz çalışılması,
- Sosyal açıdan, belki de sosyal ve siyasi kargaşanın tohumlarının ekilmesi,
- Sağlık açısından, politika odaklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisi tarafından ele alınması gereken sağlıksız politika ortamına tipik bir örnek teşkil edilmesi.

Sağlıklı Halk Politikası İçin Müdahale Mantığı

1994 yılında Chemnitz Teknik Üniversitesi, bölgesel kalkınmaya yönelik sektörler arası bir strateji yaratmaya yönelik DSÖ sağlık yatırımı fikrini (bk. Fası 22) kullanmak amacıyla bir proje başlatmıştır. 2000 yılına kadar devam eden projenin; kamu kurumları ile toplulukların ve özel işletmeler ile sivil toplum örgütlerinin politikalarının, nüfusun sağlığına daha fazla yardımcı olacak şekilde değişmesini desteklemesi amaçlanmıştır. Proje, özellikle yaşam ve çalışma koşullarını iyileştirebilecek ve yerel halkı güçlendirebilecek politikaların geliştirilmesini desteklemiştir. Bu tür politikalardan 2 çeşit fayda beklenmektedir: nüfusa yönelik doğrudan sağlık kazanımı ve negatif sağlık etkisi ile nüfusun sağlığına dolaylı yoldan fayda ederek politikalarda mevcut uyumsuzluğun ortadan kaldırılması.

İlk adım olarak topluluklar, özel işletmeler, sendikalar, çeşitli sosyal, kültürel kuruluşlar ve çevre kuruluşları ve çeşitli bilimsel disiplinleri içeren bir iletişim ağı kurulmuştur. 1995 yılında yapılan bir konferansta yerel projeler planlanmış ve tartışılmıştır. Şubat 1996'da, projelerin uygulanmasını desteklemek amacıyla Batı Saksonya'da Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölgesel Araştırma Merkezi kurulmuştur.

Bölgenin asıl problemlerine dayalı olarak projeler; örneğin kent kalkınması, sanayi

atık alanlarının yeni yönetimi ve kırsal alanlarda sürdürülebilir turizmin gelişimine hitap etmiştir. Projeler, hedefleri açısından çeşitlilik göstermekle beraber sağlık kazanımı için çalışmış ve sektörler arası iş birliğine dayalı olarak benzer planlama ve uygulama yaklaşımını paylaşmıştır.

Her yerel proje için etkilenen vatandaşlar, politika yapıcılar, bilim insanları ve uzmanların bakış açılarını entegre eden bir müşterek planlama grubu kurulmuştur. Grup, her birinden elde edilen spesifik bilgileri entegre etmiş ve bu ortak öğrenme süreci, ortak değerler ve ortak anlayışı desteklemiştir. Planlama grupları, birbiriyle ilişkili 3 zorluğu ele almıştır. Bunlar:

- Uygulamalı Bilim: Bilim ve kamu politikası arasındaki açığın kapanması,
- Politika Odağı: Uygulamaya yönelik odak,
- Güçlendirme: Etkilenen vatandaşların katılımı ve vatandaşlara uygunluğun sağlanmasıdır.

Planlama ve uygulama yaklaşımı; yukardan aşağı ve aşağıdan yukarı müdahaleleri entegre etmiş, kurumsal gelişim sağlamış ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin uygulanması için sektörler arası iletişim ağlarının kurulmasını ve sürdürülebilir altyapı oluşturulmasını sağlamıştır.

Araştırma Merkezi, planlama süreçlerinin düzenlenmesinden sorumluydu. Merkez, müşterek planlamanın organize edilmesi ve değerlendirilmesi için ekipleri görevlendirmiş; bu ekiplere eğitim vermiş ve onların denetlemesini yapmıştır. Dış siyasi yapılar ve finansman kaynakları gibi dış bilgi ve uzmanlık sahipleri ve diğer ortaklarla bağlantı sağlamıştır. Ayrıca Merkez, halkla ilişkilerden sorumlu olmuştur.

İkinci bir adım olarak Batı Saksonya Bölgesi, DSÖ Avrupa Bölgesi Sağlık Yatırımı Stratejisi'ni (3), yerel politikalara entegre bir şekilde bakmanın uygun bir aracı olarak kabul etmiştir. Bölgenin iş birliğiyle DSÖ proje ekibi projeler arası dinamiklere, iletişime ve sinerjiye odaklanmıştır. Politika yapıcılar ve proje yöneticileri arasındaki boşluğun kapatılmasına ve çeşitli projelerin sağlık sonuçlarını belirlemesine, böylece sağlığın, bölgenin sosyal ve ekonomik gelişimi için bir yatırım kaynağı olmasına yardımcı olmuştur. DSÖ ayrıca Demonstrasyon Projesi'nin tanınırlığının artırılmasını sağlamıştır.

Bölgesel düzeyde iş birliğinin merkezinde bir Şemsiye Grubu'nun oluşturulması ve çalışması bulunmaktadır. Bu grup, her yerel projenin tasarımından ve yönetiminden sorumlu bir veya 2 kişi ile katılımcı paydaş grupların temsilcilerinden oluşmuştur. Bu grubun başlıca görevi, sağlığın bölgesel gelişimin merkezine konması için projeleri birbirine bağlı bir program hâline getirmek olmuştur. Böylece, diğer çıkarları müzakere etme gücü elde edilmiştir. DSÖ proje ekibinin temel amacı, bu grubu desteklemek olmuştur. Araştırma Merkezi, bölgede günlük koordinasyonu sağlamıştır.

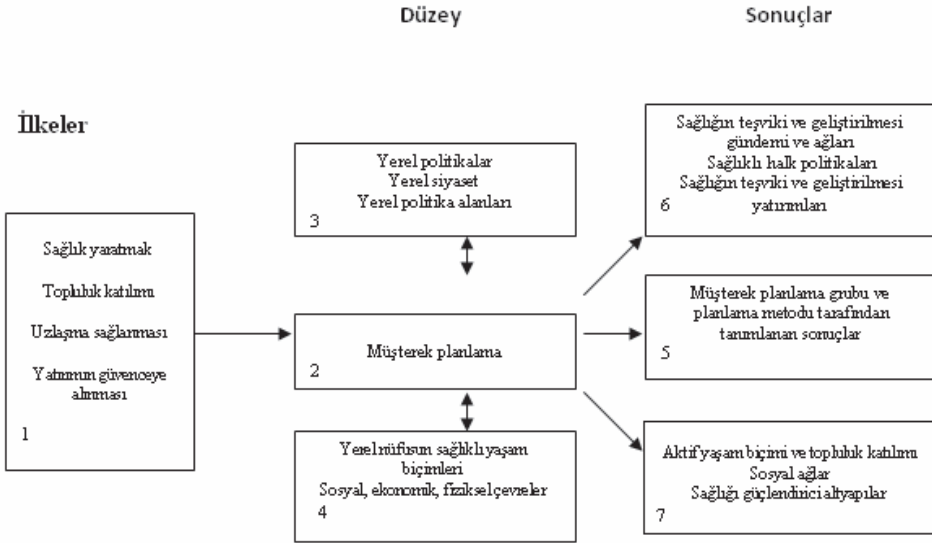
Yerel Düzeyde Sağlıklı Halk Politikalarının Değerlendirilmesi

Yerel düzeyde sağlıklı halk politikalarının değerlendirilmesine yönelik seçeneklere örnek olması açısından Batı Saksonya’da sağlık yatırımı konusunda DSÖ Demonstrasyon Projesi’nin yerel projelerinden biri kullanılmaktadır: Limbach-Oberfrohna’da entegre bir eğlence ve spor altyapısının geliştirilmesi için Space Pro Motion Projesi. Burada uygulama modelinin temel unsurları tanımlanmakta; bunların projede nasıl kullanıldıkları anlatılmakta; farklı süreç ve sonuçları ölçme ve değerlendirme metotları tartışılmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konuları

Şekil 15.1’de (Kutu 1) gösterildiği gibi Batı Saksonya’daki DSÖ Sağlık Yatırımı Demonstrasyon Projesi’nin amacı; sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ait 4 ilkenin uygulanması olmuştur: sağlık yaratılması, topluluk katılımı, uzlaşma sağlanması ve yatırımın güvenceye alınması.

Şekil 15.1. Yerel Düzeyde Sağlıklı Halk Politikaları Uygulama Yapısının Temel Unsurları



Sosyoekonomik kalkınma ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi birbirine bağlıdır. Örneğin destekleyici çevrelerle sağlık yaratılması, hem yaşam kalitesine hem de sosyoekonomik faktörlere yatırım yapılması anlamına gelir. Ayrıca bu eylem, farklı sektörlerin bir araya gelmesini destekler (3). Space Pro Motion Projesi’nde, kentin eğlence ve fiziksel faaliyet altyapısını iyileştirmek için harekete geçilmiştir.

İkinci olarak toplumun spesifik bilgi ve desteğinin sağlıklı halk politikalarına entegre edilmesi gerekmektedir. Yerel proje içinde bunun anlamı, toplumun kendi

şehirlerinin eğlence altyapısına yönelik sorumluluğu alması için güçlendirilmesi ve elbette politika yapımcıların toplumun cesaretini kırmasına engel olunmasıdır.

Üçüncü olarak uzlaşma sağlanması, toplumda ve yerel politika yapma süreçlerinde, kamu politikasının farklı düzeylerinde (bölgesel düzey, eyalet düzeyi, ulusal ve uluslararası düzey) ve kamu sektörü ile özel sektörler arasında iş birliği oluşturulması demektir. Space Pro Motion Projesi'nde uzlaşma sağlanması; halk sağlığı ve diğer sektörlerin iş birliğine (spor ve eğlence ve şehir planlama gibi) ve spor-eğlence tesis ve programlarının tedarikçileri ile kullanıcıları arasında müzakereye ilişkindir. Ayrıca sağlığı güçlendirici rekreasyonel altyapının gelişimi için bölgesel düzeyde farklı topluluklar arasında uzlaşma sağlanması önemli olmuştur.

Yatırımın güvence altına alınması diğer 3 konuyla yakından ilgilidir ve uzlaşma sağlanması çok önemli bir ön koşul olarak görülmektedir. Elbette temel odak noktalarından biri, ulusal düzey veya eyalet düzeyinde kamu bütçesinden fonların tahsis edilmesidir. Bununla birlikte sürdürülebilir kalkınmanın güvence altına alınmasına yönelik programlar, özel ve gönüllü sektörlerden ve topluluklardan yatırım arayışına girilmesini de dikkate almalıdır. Sağlığı güçlendirici fiziksel aktivite için tesislerin kurulması veya yenilenmesi amacıyla, kamu sektörünün yanında, özel sektörden ve gönüllü kuruluşlardan mali destek alınması gerekebilir.

Uygulama Süreci

Şekil 15.1'de (Kutu 2) görüldüğü gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularının ele alınması için müşterek planlama, kilit bir müdahale stratejisidir. Space Pro Motion Projesi'nde müşterek planlama grubu; topluluk paydaşları, spor kuruluşlarının temsilcileri, yerel politika yapımcılar (yasama ve yürütme düzeyinde), spor ve sağlık alanındaki bilim adamları, şehir planlamacıları ve mimarlardan oluşmuştur. Planlama süreci; beyin fırtınası oturumu ile başlamış, önceliklerin belirlenmesi ile devam etmiş ve uygulanacak tedbirlerin somut bir listesi ile sona ermiştir. İkinci aşamada, planlama grubu, tedbirlerin uygulanmasını adım adım idare etmiştir.

Politika Yapma Düzeyi

Uygulama sürecine ilişkin temel bir konu, müşterek planlama grubunun çalışmasının yerel düzeydeki ilgili politika yapma süreçleri ile etkileşim biçimi olmuştur. Şekil 15.1'de (Kutu 3) görüldüğü üzere planlama grubu; yerel makamlar veya özel kuruluşlar tarafından oluşturulan kararlar, programlar ve tedbirlere dikkat etmelidir. Ayrıca Grup, yerel politika alanlarının birleşimine duyarlı olmalıdır. “Spor ve eğlenceden sorumlu bir meclis kurulu var mıydı? Politika gündeminde sağlığı güçlendirici fiziksel aktiviteler ne ölçüde ele alındı? Hangi paydaş gruplar en güçlü etkiye sahipti? Kitle iletişim araçları ne tür bir rol oynadı?”

Bir uygulama altyapısı oluştururken planlama grubu; yerel siyasi partiler, menfaat grupları ve politika ağlarının stratejilerinden etkilenebilir. Bunun ötesinde diğer düzeylerdeki politikaların, hem yerel politika yapma hem de uygulama süreci

üzerinde büyük etkileri vardır. Örneğin yeni uzlaşmalar kurmak ve yatırımı güvence altına almak amacıyla sağlığı güçlendirici fiziksel aktiviteleri teşvik etmek için yerel aktörler eyalet politikalarını veya özel yaklaşımları kullanabilir.

Nüfus Düzeyi

Sağlık yaratmanın önemli bir bölümü, nüfusun sağlığını iyileştirmektir ve daha sağlıklı yaşam biçimlerinin gelişimini desteklemek bu amaca ulaşmanın başlıca yoludur (bk. şekil 15.1, Kutu 4). Yerleşik yaşam biçimleri, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesiyle önlenebilecek bir dizi sağlık riski ve hastalıkla ilişkilidir. Yerel çevre, fiziksel aktiviteye yardımcı olabilir; çünkü nüfus yakınlardaki bir spor ve eğlence altyapısına ve çeşitli programlara erişim sağlayabilir. Diğer bir şekilde mevcut tesisler yarışma etkinliklerine veya pahalı özel spor merkezlerine ayrılmış olabilir. Çevre, aynı zamanda topluluk demektir. Tesisleri kim kullanabilir veya kimin kullanmasına izin verilmektedir? Pozitif ve negatif açıdan aktivitelerden kimler etkilenmektedir (örneğin spor etkinliklerinin gürültüsünden)?

Bundan dolayı Space Pro Motion Projesi'nin uygulama sürecinin önemli bir kısmı, yerel nüfusun sağlığı iyileştirici fiziksel faaliyetlere katılım olanaklarının iyileştirilmesi olmuştur (bk. Şekil 15.1, Kutu 4).

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sonuçları

Uygulama yapısının 3 düzeyine göre (müşterek planlama, politika yapma ve nüfus), yerel projenin 3 çeşit sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sonucu elde etmesi beklenmiştir (bk. Şekil 15.1, Kutu 5-7). Bunlardan biri, müşterek planlama sürecine ilişkindir ve müşterek planlama grubu tarafından tanımlanan somut tedbirlerin uygulanması (sağlık yaratmak ve yatırımı güvence altına almak) ve planlama metodunun temel amaçlarına yönelik eylem (uzlaşmalar sağlanması ve planlama grubuna toplum katılımının artırılması) anlamına gelmiştir. Politika yapma düzeyinde sonuçlar; fiziksel aktivite ve eğlenceye yönelik entegre bir altyapının geliştirilmesine odaklanan yeni politika gündemi veya bu gelişimi destekleyen yeni politika konusu iletişim ağları gibi yukarıda bahsedilen yapısal konular ve süreçlere ilişkindir. Toplum düzeyinde sonuçlar; davranış modelleri (daha fazla sağlığı iyileştirici fiziksel aktivite gibi), sosyal ağlar ve topluluk katılımı (daha fazla sosyal bağlantı ve fiziksel aktiviteye yönelik yeni fırsatların kolaylaştırdığı etkinlikler gibi) ve sağlığı iyileştirici altyapılar (aile dostu spor tesisleri gibi) ile ilgilidir.

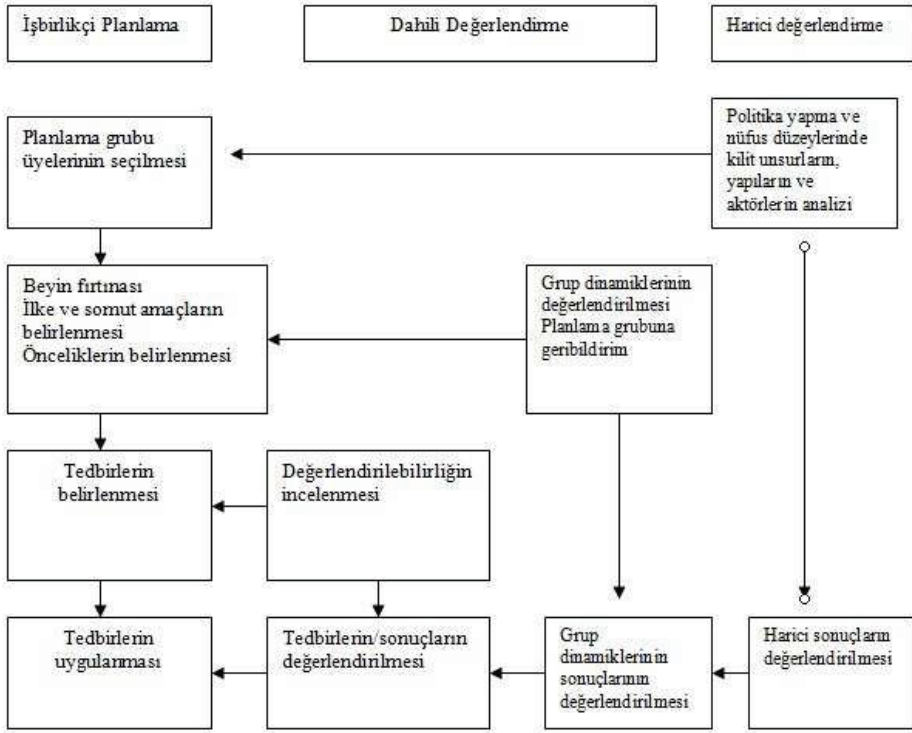
Değerlendirme Tasarımı

Yerel projelerin değerlendirme tasarımı, Şekil 15.1'de ana hatları çizilen uygulama modelini takip etmiştir. Özellikle değerlendirme süreci (Şekil 15.2), uygulama yapısına odaklanmıştır. Değerlendirme süreci; politika yapma ve nüfus düzeylerinde, planlama süreciyle ilişkili dâhilî müşterek planlama sürecine ve dış unsurlara, yapılara ve aktörlere değinmiştir.

Şekil 15.2. Yerel Düzeyde Sağlık Halk Politikalarının Değerlendirilmesine Yönelik Tasarım

Uygulama Süreci

Değerlendirme Süreci



Müşterek planlamanın değerlendirilmesinde, sürecin şekli ve içeriği önemlidir. Değerlendirme ekibi, bir yandan üyelerin planlama grubu tartışmalarına nasıl katıldığını, planlama süreci ilkelerini nasıl ele aldıklarını (eşitlik gibi) ve birbirleriyle nasıl iletişim kurduklarını gözlemler. Diğer yandan değerlendirme, uygulanacak tedbirlerin oluşturulmasında atılan adımları araştırır. Her durumda, değerlendirme yaklaşımı, süreç odaklı ve katılımcı olmuştur. Değerlendirme ekibi, gözlemler hakkında organizasyon ekibine ve planlama grubuna geri bildirimde bulunur. Ekip ve grup, grup dinamiklerinin nasıl en iyi hâle getirileceği ve öz düzenleme (self-regulation) kapasitelerinin nasıl iyileştirileceğini tartışır (örneğin, öz değerlendirme (self-evaluation) yaparak). Buna ek olarak değerlendirme ekibi, grubun tanımladığı tedbirlerin değerlendirilebilirlik durumunu değerlendirerek planlama grubu ile etkileşimde bulunur. Örneğin, ekip ve grup uygulamagöstergelerini ve sonuçölçeklerini birlikte tanımlar. Böylece nihai sonuç değerlendirmesi, müşterek planlama grubunun tanımladığı ölçek ve sonuçlarla ilgili olmuştur. Bundan başka, grup dinamiklerinin sonuç analizi (planlama süreci esnasında sağlanan yeni uzlaşmalar gibi) müşterek planlama metodunun etkililiğini değerlendirmeye yardımcı olmuştur.

Müşterek planlama grubunun üyeleri olan paydaşlar, hem yerel kamu politikalarındaki hem de yaşam biçimlerindeki değişiklikleri ve dış yapıları değerlendirmeye yönelik bilgi kaynağı olmuştur (Şekil 15.2). Bir başka kaynak, örneğin Araştırma Merkezi tarafından yapılan araştırmalar olmuştur. Planlama grubu ayrıca, grup tartışmaları ve sosyal etkinlikler düzenleyerek ve kitle iletişim araçlarını kullanarak hedef gruplarla veya yerel nüfusun tümüyle etkileşime geçmiştir. Bu veriler, süreç odaklı ve katılımcı bir şekilde kullanılmak üzere toplanmıştır (44). Buna ek olarak müşterek planlama süreci, değerlendirme politikası ve yaşam tarzı dinamikleriyle bağlantılıydı. Örneğin, planlama grubu tartışmaları, politika yapmak ve nüfus düzeylerinde odak gruplarında tartışılmak üzere bilgi sağlayıcı olmuştur.

Nicel Verilerin Kullanımı

Eylem araştırması yaklaşımını takiben, sağlıklı halk politikalarının etkisini ölçmek için iletişim çok önemlidir. Metotlar ve veri kaynakları büyük ölçüde farklılık gösterebilir. Ancak hem araştırmacılar hem de paydaşlar tarafından geçerli ve güvenilir kabul edilmelidir.

Space Pro Motion Projesi'nde, yerel düzeyde müşterek planlama grubu ve odak grup tartışmalarına bilgi sağlamak için Araştırma Merkezi'nin Saksonya'daki nüfusun sağlık davranışı ve fiziksel aktivite modelleri hakkındaki araştırma verileri kullanılmıştır. Bu araştırmanın geliştirilmesinde paydaşlar tarafından yöneltilen sorular verilere eklenmiştir. Benzer şekilde, yerel ve diğer düzeylerde politika süreçlerinin analizlerinden elde edilen veriler, yerel proje içinde ve DSÖ Demonstrasyon Projesi'nin bütününde planlama ve karar alma süreçlerine bilgi sağlamak için kullanılmıştır.

Müşterek planlama sürecinin ilk aşamasının sonunda, her projede o zamana kadar neye ulaşıldığını belirlemek için büyük bir sonuç değerlendirmesi yapılmıştır. Planlama grubunun tüm üyeleri ile görüşülmüştür. Sorular özellikle politika, toplum ve sağlığa ilişkin çalışmaların etkisini nasıl değerlendirdiklerine odaklanmıştır. Örneğin yerel politika yapıcılarının hissedilen katılımı ve kamu kaynaklarının sağlanmasındaki başarı, politika etkisine yönelik göstergeler olarak kullanılmıştır. Yeni ortaklıkların kurulması, diğer sosyal bağlamlardaki etkiler (komşular, çalışma arkadaşları ve iş ortakları ile iletişim biçimi), sosyal etki göstergeleri, psikososyal refahın farklı ölçekleri; sağlık etkisinin göstergeleri olmuştur. Sonuç değerlendirmesinin sonuçları, planlama grubu tartışmalarına yönelik geri bildirimle dönüştürülmüştür. Bu sonuçlar; belli topluluklarda sonraki uygulama süreci için amaç ve tedbirler belirlenmesi (somut etki göstergeleri dâhil) ve ayrıca katılan tüm topluluklardan somut destek gerektiren amaç ve tedbirlerin belirlenmesi konusundaki kararları desteklemiştir. Bunlardan ikincisi, aşağıda belirtildiği üzere, Şemsiye Grubu'nun çalışması için çok önemli bilgiler sağlamıştır.

Yerel Düzeyin Dışında Sağlıklı Halk Politikalarının Değerlendirilmesi

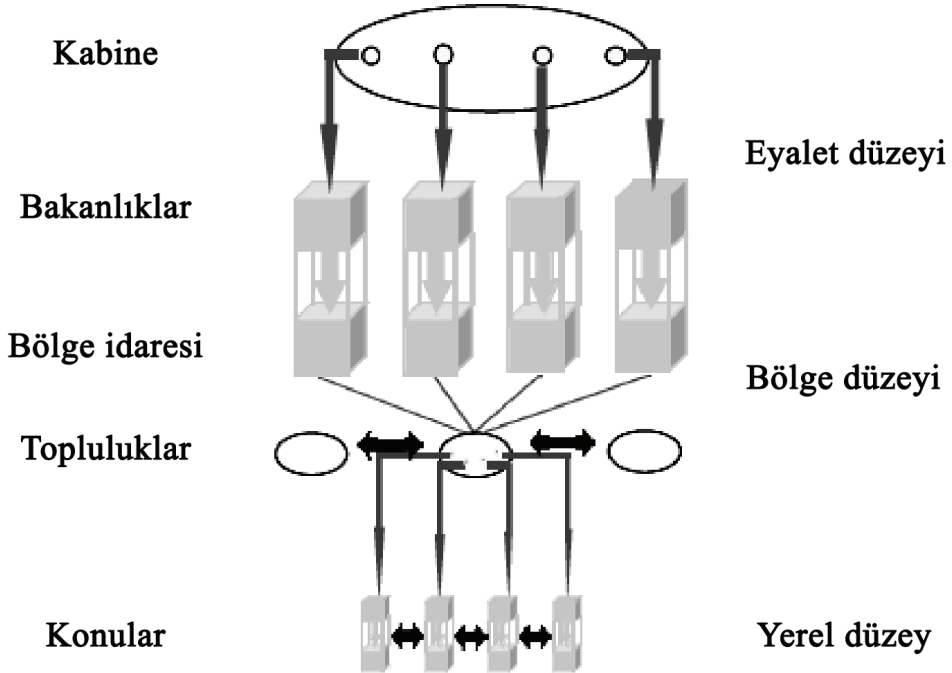
Yerel düzeyin dışında sağlıklı halk politikalarını değerlendirmeye yönelik

seçenekleri göstermek için aşağıdaki kısımda, Batı Saksonya’da DSÖ Sağık Yatırımı Demonstrasyon Projesi, tümüyle ele alınmaktadır. Bu kısımda, Batı Saksonya’daki projenin temel sağık teşviki ve geliştirilmesi ilkelerinin uygulanmasına ilişkin kısıtlamalara, bu kısıtlamalarla başa çıkmak için geliştirilen sağık halk politikası stratejilerine ve bu stratejilerin etkisini değerlendirmek için geliştirilen değerlendirme tasarılarına yoğunlaşılmaktadır.

Uygulama Süreci

Sağık halk politikalarının geliştirilmesinin önündeki engellerin belirlenmesi ve bunları ortadan kaldırma yolları hâlen sağık teşviki ve geliştirilmesi uygulamasının temel şartıdır. Batı Saksonya rneğinde görüldüğü gibi bu özellikle geçiş dönemindeki toplumlar için önemlidir. Örneğin Saksonya Devlet Başkanı ve Kabinesi, DSÖ Demonstrasyon Projesi’nden başlangıç aşamasında haberdar edilmiş ve ilk tepkileri oldukça olumlu olmuştur. Bununla birlikte Bakanlıkların ve finansman programlarının sektörel organizasyonundan dolayı (şekil 15.3) hükümetin mali desteğini almak zor olmuştur. Benzer şekilde bölge idaresi (Regierungsprsidium), sektörler arası koordinasyonda belli görevleri olan ara bir kurum olarak tasarlanmış olsa da bir dereceye kadar bürokratik kontrolü artırmıştır.

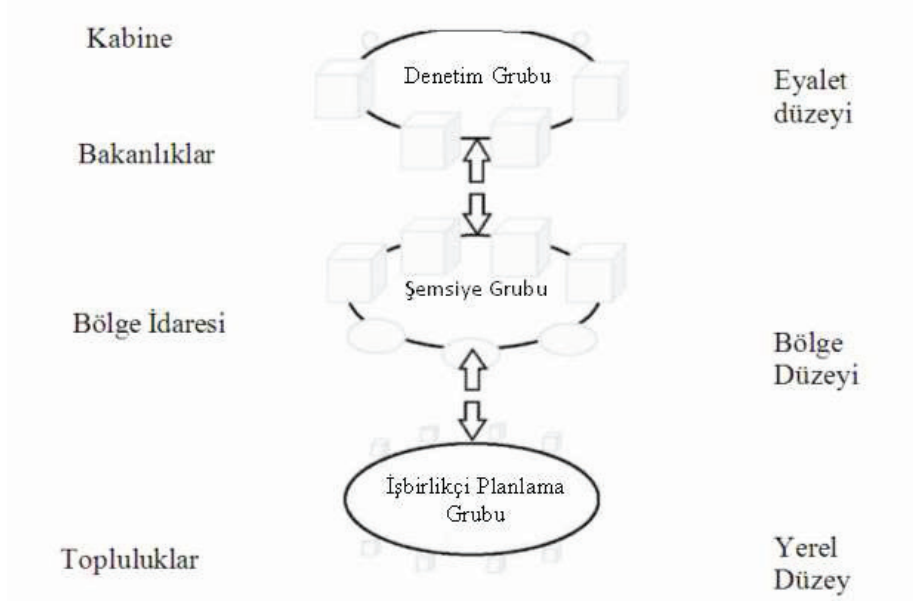
şekil 15.3. Mevcut Politika Uygulama Yapısı



Şekil 15.3'te belirtildiği üzere politika uygulama yapısı, sağlıklı halk politikalarının büyümesine yardımcı değildi. Eyalet düzeyinde, bölgesel ve yerel düzeylerde karar alma ve kaynak tahsisi, yukarıdan aşağı bir modeli takip etmiştir. Bu yapı; toplum katılımını, uzlaşma sağlanması ve sürdürülebilir yatırımı engelleme eğilimindedir (45,46). Farklı sektörler, bölgeler ve topluluklar arasında farklılıklara yol açmış ve çeşitli paydaşlar arasında rekabet ve güvensizliği artırmıştır. Bundan dolayı DSÖ Demonstrasyon Projesi'nde karşılaşılan önemli bir zorluk, bu uygulama yapısını değiştirmeye çalışmak olmuştur.

Proje tarafından önerilen yeni kurumlar arası yapı (Şekil 15.4), sektörler arası iş birliğinin birbiriyle ilintili 3 şeklini göstermektedir. Daha önce bahsedildiği gibi yerel müşterek planlama grupları; daha önce topluluk düzeyinde politika yapılmasını kontrol eden sektörel yukardan aşağı yaklaşımları ortadan kaldırmak için topluluk katılımını ve yeni uzlaşmaların genişlemesini sağlamıştır. Bölgesel düzeyde Şemsiye Grubu, geçmişteki topluluklar arası rekabetin ortadan kalkmasına yardımcı olmuş; kamu ortaklarını ve özel ortaklıkları bir araya getirmiş ve bölgenin kurumsal kimliğini güçlendirmiştir. Buna ek olarak projede, mevcut eyalet politikalarının sağlık etkisini izlemek ve eyalet yönetiminin sağlıklı halk politikaları geliştirme kapasitesini artırmak için eyalet düzeyinde bir denetim grubu kurulmaya çalışılmıştır.

Şekil 15.4. Sağlıklı Halk Politikaları İçin İstenen Uygulama Yapısı



Elbette temel paydaşların mevcut durumu değiştirmeye yönelik taahhüdü üzerine kurulu olmayan kurumsal gelişim, gerçekleşmesi imkânsız bir fikir olarak kalır. Temel yerel karar alıcıların (artan sektörel uzaklaşmanın negatif etkilerini deneyimlemiş olan), topluluklar için daha entegre bir strateji geliştirmek istemesi, yerel projelerin

başarılı bir şekilde geliştirilmesi için çok önemlidir. Benzer şekilde topluluk temsilcileri ve işletme liderlerinin, iş birliğinin kendi menfaatlerine olduğuna inanmaları, Şemsiye Grubu'nun kurulması için temel oluşturmuştur. Ayrıca eyalet düzeyinde bir denetim grubunun oluşturulması, Eyalet Kabinesi'nin bakanlıklar arasında sektörel uzaklaşmayı ortadan kaldırma ve bölgelerde kalkınma stratejilerinin karşılıklı düzenlenmesini teşvik etme amaçlı mevcut çabalarına bağlanabilir.

Bununla birlikte istek ve görevleri eyleme dönüştürmek için uygun fırsatlar olması, ayrıca kapasite ve bilgi gerekmektedir. Bu bağlamda, kolaylaştırıcı işlevi gören araçlar, sağlıklı halk politikalarının geliştirilmesi için çok önemli olmuştur. DSÖ Demonstrasyon Projesi içinde, Chemnitz Teknik Üniversitesi ve bünyesindeki Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Bölgesel Araştırma Merkezi bu görevi üstlenmiştir. Bu çalışma, bölgesel ve uluslararası ortaklar tarafından ve özellikle DSÖ proje ekibi tarafından desteklenmiştir. Buradaki önemli zorluk; yalnızca farklı gruplar arasında müşterek öğrenmeyi kolaylaştırmak değil, yerel düzey, bölgesel düzey, eyalet ve uluslararası düzeyler arasında aracılık yapmak olmuştur.

Değerlendirme Tasarımı

Demonstrasyon Projesi'nde, yerel ve diğer düzeylerde sağlıklı halk politikalarını değerlendirmek için stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler, Şemsiye Grubu içindeki başlıca kurumsal bilgi aracı olmuştur.

Aşama 1. Vaka-Danışmanlık Yaklaşımı

Bölgesel Şemsiye Grubu, özel sektörler ve kamu sektörlerinin koordinasyonu hakkında çalışmıştır. Çeşitli sektörlerden karar alıcılar ve paydaşların katılımı sağlanmıştır. Bu bağlamda özellikle bölgenin farklı topluluklarının temel temsilcileri iş birliği yapmak zorunda kalmıştır. Şemsiye Grubunun ilk çalışmasında, sektörler arası değerlendirme ve öğrenme sürecini organize etmek, Demonstrasyon Projesi'nin kurumsal kimliğini geliştirmek ve DSÖ katılımından maksimum fayda sağlamak için vaka-danışmanlık (case-consultancy) yaklaşımı uygulanmıştır.

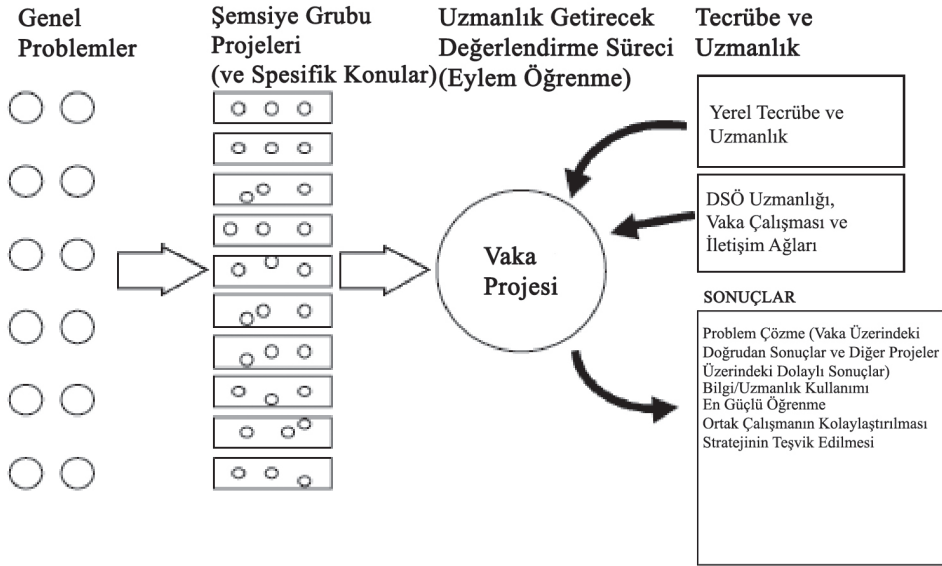
Şekil 15.5'te görüldüğü gibi vaka-danışmanlık yaklaşımında mevcut tecrübe ve uzmanlık, yerel projelerden birinde belirlenen genel problemlere uygulanmıştır. Şemsiye Grubu, DSÖ proje ekibinin yerel tecrübesi ve DSÖ vaka çalışması ve ağlarından alınan tecrübeler buna dâhildir.

Vaka-danışmanlık yaklaşımı, özellikle eylem araştırması bağlamında sağlıklı halk politikalarını değerlendirmek için uygundur. Çünkü değerlendirme ve öğrenme süreçlerini, karışık paydaş ve uzman gruplarında birleştirmektedir. Vaka çalışması olarak yerel bir projeye odaklanan Şemsiye Grubu bireysel projelerde karşılaşılan sorunlar üzerinde müşterek bir şekilde çalışmıştır. Bu yaklaşım, yalnızca sorunların çözülmesine değil ikincil problem çözme becerilerini geliştirmeye de yardımcı olmuştur. Katılan herkes sonrasında bu çözümü kendi sorunlarına uygulamıştır. Bu yaklaşım, üst düzey yöneticiler ve politika yapımcılar için güçlü bir öğrenme aracıdır.

Gerçek sorunlar üzerinde çalışılması, bireysel öğrenme sürecini iyileştirir; ortak çalışmayı kolaylaştırır ve entegre stratejilerin gelişimini teşvik eder.

Vaka-danışmanlık aracılığıyla eylem odaklı öğrenme; bilgi yapılanmasını, bilginin değerlendirme sürecinde kullanımıyla yakından ilişkilendirir.

Şekil 15.5. Sektörlerarası Değerlendirme ve Öğrenme Süreci: Vaka–Danışmanlık Yaklaşımı



Bu, özellikle dış politika yapımında önemli bir etkiye sahiptir. Politika yapıcılarının, sağlıklı halk politikaları gibi alternatif stratejileri değerlendirmelerinde bir “kullanım testi” çok önemli bir rol oynar (47). Bundan dolayı, Şemsiye Grubu’na katılan kilit paydaşlar, çalışmalarında alınan derslerin, karşılaştıkları gerçek sorunlara uygulanıp uygulanamayacağını görmek istemiştir. Ayrıca, politika yapımında yeni kavram ve anlayışların kullanımı hakkındaki çalışmaların gösterdiği gibi (48,49) bu derslerin politika yapıcılarının mevcut bilgi ve tavırlarına uygun olması zorunludur.

Bazı organizasyonel veya politik bağlamlarda, tek tek paydaşlar veya politika yapıcılar yeni seçenekleri eyleme dönüştürmeyi mantıklı bulmayabilir. Özellikle aktörlerin sıkıca yerleşmiş kurumsal kurallar içinde kesin bir güç dengesi geliştirdiği bürokrasilerde yenileşme, genellikle bir tehdit olarak algılanır (22,23). Bireysel paydaşların öğrenme süreleri, kurumsal kapasite ve gelişimle yakından ilişkili olmuştur.

Aşama 2. İttifak Kurulmasının Etkisinin Ölçülmesi

Sağlıklı halk politikalarının etkisini değerlendirme; hem kurumlar arası hem de kurum içi süreçlerin değerlendirilmesi anlamına gelmektedir. Yeni iletişim ağları, uzlaşmalar ve ortaklıklar ile kurumlar arası yeni kurumsal bağlantılar, kurumsal

yapılarda değişimin önemli göstergeleridir. Özellikle de bu tür sektörler arası kurumsal uyarlamalar ve eş güdümlü ortak eylemler sektörel uzaklaşma ve bürokratik organizasyonun negatif etkilerini ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir (50-53).

Çoklu düzeylerde iş birliğinin ilk yılından sonra Şemsiye Grubu, DSÖ proje ekibi ve Araştırma Merkezi çalışmalarını gözden geçirmiş ve aşağıdaki kararları almıştır:

- İttifak kurulması yoluyla sağlığa yatırımın güvenceye alınmasına odaklanmak ve uygulanmasını vurgulamak,
- Daha fazla kurumsal gelişim vasıtasıyla mevcut ilişkileri güçlendirmek,
- Demonstrasyon Projesi'nin kurumsal kimliği güçlendirmek için kullandığı ilkeleri daha fazla geliştirmek, mevcut yerel projeleri ve yeni projelerin seçimini incelemek için spesifik kriterler belirlemek.

Ayrıca, uzlaşma sağlanmasının sağlıklı bölgesel kalkınma için sürdürülebilir yatırım sağlanması üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla DSÖ proje ekibi ve Araştırma Merkezi, Demonstrasyon Projesi ile İngiltere'deki Galler Prensi İş Dünyası Liderleri Forumu arasında iş birliği kurulmasına yardımcı olmuştur. Bunun sonucunda Demonstrasyon Projesi, Forum'un etki ölçme eylem araştırma programına katılmıştır (54,55).

Şemsiye Grubu'nun ikinci çalışma aşamasında, değerlendirme süreci; başlıca 3 adımı kapsamıştır. Birincisi, yerel projelerin ilk sonuç değerlendirmesini takiben, Şemsiye Grubu uygulama için katılan tüm toplulukların somut desteğini gerektiren yerel amaç ve tedbirlerin (müşterek planlama grupları tarafından hazırlanan) listesini ele almıştır. Grup, bu listeyi kendi programını oluşturmak için girdi olarak kullanmış ve bu programla somut ilerlemeyi nasıl ölçeceklerini tanımlamıştır. Değerlendirilebilirliğin bu yerleşik değerlendirmesi çok önemli olmuştur. Örneğin, özel bir şirketin yerel bir projeye yatırım yapması veya bir başka proje için kamu finansmanı bulunması, etkinin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Diğer göstergeler bölgesel politikalar ve eyalet politikaları üzerindeki somut etkileri yansıtabilir (örneğin eyalet bütçesinden finansman tahsis eden spesifik bir bölgesel kalkınma planının bir parçası olması). Somut amaçlar ve tedbirler tanımlama prosedürünün aynısı kullanılmış ve bunların değerlendirilebilirliğine ait değerlendirme, kavramsal ve kurumsal gelişime uygulanmıştır.

İkinci olarak Şemsiye Grubu çalışmasının bu aşamasına bir süreç değerlendirmesi eşlik etmiştir. Bu bağlamda, öğrenme sürecini en iyi şekilde kullanmak amacıyla (Şekil 15.2 ve 15.5) katılımcı değerlendirme tedbirleri yerel ve bölgesel kurumların karşılıklı değerlendirilmesi ile tamamlanmıştır. Şemsiye Grubu programına karar verdiğinde, genel amaç ve tedbirleri müşterek planlama gruplarına geri bildirmiştir. Bu, gözden geçirme aşamasından sonra döngü tekrar başlamıştır. Bu nedenle, yerel ve bölgesel kurumlar arasında iş birliği ve özellikle karşılıklı izleme çok daha yoğun hale gelmiştir.

Üçüncü olarak Şemsiye Grubu'nun ikinci çalışma aşamasının sonunda bir sonuç değerlendirmesi, değerlendirilebilirliğin ölçülmesi üzerine kurulmuştur. İlk çalışma aşamasının sonuç değerlendirmesine uygulanan ölçekler, şimdiye kadar neye ulaşıldığına karar vermek ve ilerideki çalışmayı yönlendirmek için yeniden uygulanabilmiştir. Son olarak projede (DSÖ çalışmasının önemli bir parçası olarak) DSÖ proje ekibi; Araştırma Merkezi ile birlikte, Şemsiye Grubu'nun ulaştığı yeni politika etkilerinin sağlık sonuçlarını belirlemeye yardımcı olmayı planlamıştır. Sonuç olarak bu değerlendirmeler, uzlaşma sağlanmasının önemli bir yatırım stratejisi olduğunu göstermektedir.

Nicel Verilerin Kullanımı

Demonstrasyon Projesi içinde, Araştırma Merkezi ve DSÖ proje ekibi, farklı düzeylerde grup tartışmalarını bilgilendirmek için nicel veriler kullanmıştır. Yerel düzeyin dışında politika yapma süreçleri için Şemsiye Grubu tarafından çeşitli veri setlerinin “toplu olarak izlenmesi” (44) büyük önem taşımıştır. Bu veri setleri, Batı Saksonya'daki nüfusa yönelik koşullar hakkında önemli bilgileri kapsamıştır. Örneğin, Doğu Almanya'da “mortalite krizi” hakkındaki veriler ve analiz (43); ekonomik, sosyal ve sağlık gelişime yönelik bağlamı tartışmak için kullanılmaktadır.

Diğer nicel veriler, Şemsiye Grubu'nun çalışması ile doğrudan ilgilidir. İlk olarak çeşitli yerel projelerin çekirdek unsurlarını ve problemlerini belirlemek için Şemsiye Grubu üyeleri ile birinci aşamanın başında görüşülmüştür. Bu ilk araştırmanın sonuçları, Demonstrasyon Projesi'nin çekirdek ilkelerini tanımlamak ve değerlendirmek için kullanılmış ve vaka-danışmanlık yaklaşımının somut tasarımı için önemli girdi sağlamıştır. İkinci olarak spesifik sonuç değerlendirmesinin bir parçası olarak veri toplanmıştır. Yerel projelerin değerlendirilmesinde, Şemsiye Grubu üyelerinin yapılan çalışmanın politika, toplum ve sağlık üzerindeki etkisini nasıl değerlendirdiklerine odaklanılmıştır. Sonuç değerlendirmesinden çıkan sonuçlar hakkında grup tartışmalarında geri bildirim yapılmış, böylece kararların geliştirilmesine ve ilerideki çalışmanın amaçlarını ve somut tedbirlerini belirlemeye yardımcı olunmuştur.

Eyalet Politikalarının Sağlık Etkisinin Denetlenmesi

Yerel düzey dışında sektörler arası öğrenme sürecinin değerlendirilmesi, Şemsiye Grubu'nun iç uzlaşma sağlanmasıyla ve bölge ile Serbest Saksonya Eyaleti arasında yeni ortaklıklar geliştirilmesiyle ilişkili olmuştur. Mevcut eyalet politikalarının sağlık etkisine yönelik ek değerlendirme, birbiriyle ilişkili politika unsurlarının düzey içi ve düzeyler arası yapı bulmacasını tamamlayabilir (bk. Şekil 15.4). Bu düzeyde katılımcı değerlendirme, eyalet temsilcilerinin ve bölge dışındaki diğer paydaşların DSÖ Demonstrasyon Projesi'ne aktif olarak katılmalarına yardımcı olmuştur.

Değerlendirme ile denetim arasındaki farkların göz önüne alınması gerekmele birlikte (56) kamu politikalarının değerlendirilmesi için denetim uygun bir strateji olabilir (bk. Bölüm 8). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi kamu politikalarına odaklanan bir denetim

yaklaşımı geliştirmiş ve bunu geçiş sürecindeki 2 ülkeye uygulamıştır: Macaristan ve Slovenya (57). İki ülkede de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kaynaklarını ve politikayı destekleyen altyapıları, sektörler arası iş birliğinin etkinliği ve karar alma seçeneklerini değerlendirmek için DSÖ uzmanlığı kullanılmıştır. Herhangi bir sektörden çok, meclisin uygun ortak olduğu ortaya çıkmıştır. Bu denetim yaklaşımını Batı Saksonya’ya uygulamak için planlar yapılmıştır.

Burada yine, iş birliğini vurgulayan bir eylem araştırması yaklaşımının öğrenme süreçlerini organize edecek uygun çerçeve olduğu görülmüştür. Örneğin, farklı sektörlerden paydaşlar ile hem kamu kurumları hem de STK’leri içeren bir denetim grubu; paydaşlara girdi sağlama, denetim amacını anlama ve böylece desteklerini artırma fırsatı vermiştir. Şemsiye Grubu temsilcileri, yerel düzeyde temel uygulama kurumları arasında iş birliğini sağlamak için denetim grubuna katılmıştır. Bu kurumların birbiriyle bağlantısının kurulmasında, Demonstrasyon Projesi sinerjik olarak Saksonya’da yerel düzey, bölgesel düzey ve eyalet düzeylerinde sağlıklı halk politikalarına yönelik kapasite oluşturulmasına katkıda bulunabilmiştir.

Sonuç: Sağlıklı Halk Politikasını Değerlendirmeye Yönelik Bir Çerçeveye Doğru

Batı Saksonya’da DSÖ Sağlık Yatırımı Demonstrasyon Projesi’nde kullanılan önemli terimlerden – *sağlığın teşviki ve geliştirilmesi*, *değerlendirme* ve *politika* – sonuncusunun daha az tanımlandığı ve net olmadığı görülmektedir. Örneğin bu terimleri tanımlamaya yönelik güncel bir çalışmada Rootman (44), politikaların “detaylı planlamaya dönük özelliği belirten geniş eylem planları” olarak tanımlanmasına değinmiştir. Bu tanım “uluslararası düzeyden, günlük çalışmalara kadar herhangi bir düzeye” uygulanabilir olsa da politika analizi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine yönelik gelişmekte olan teori odaklı yaklaşımlara yönelik ihtiyaca uygun şekilde yanıt vermemektedir. Elbette özellikle politika bilimlerindeki diğer kitap ve makaleler politikanın daha spesifik ve sofistike tanımlarını vermektedir (12,58-61). Bununla birlikte her araştırma gündemi, bu özel konuya yönelik çerçeveyi belirlemelidir.

Batı Saksonya’daki DSÖ Demonstrasyon Projesi, sağlıklı halk politikası kavramının nasıl uygulanabileceğini göstermiştir. Yerel düzeyde, ortak planlama grupları, sağlık yatırımını yerel politika yapma gündemine koymak için birden fazla yaklaşım kullanarak eş güdümlü ortak faaliyetler geliştirmiş ve uygulamıştır. Sektörler arası bir Şemsiye Grubu, bu görevi çok daha kapsamlı politika ortamlarında gerçekleştirmiştir. Batı Saksonya örneği, ayrıca sağlıklı halk politikasında ilgili konuların nasıl tanımlanacağını, politika yapma ve nüfus düzeylerinde temel konuları ve ilgili politika sonuçlarını göstermiştir. Farklı müdahale düzeylerinde değişimlerin nasıl değerlendirileceğini ve bu bağlamlarda nicel verilerin nasıl kullanılacağını göstermiştir. Genel bir özellik olarak politika değerlendirme kavramı süreç ve katılımcı değerlendirmeyi vurgulamaktadır. Söz konusu proje, değerlendirmeci yaklaşımın ortak öğrenme süreçlerine nasıl entegre edilebileceğini ve araştırma

verilerinin ortak izleme için nasıl kullanılabileceğini göstermiştir. Sonuçlar ayrıca, nitel ve nicel metotların birbirini tamamlayıcı bir şekilde kullanımına yönelik bazı kanıtlar sağlamıştır (51,62,63).

Daha fazla araştırma ve politika değerlendirme metodolojisinin gelişimi için değerlendirme yaklaşımlarının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin artan karmaşıklığına ayak uydurup uyduramayacağı tartışılabilir. Alternatif bir strateji, net olarak tanımlanmış tek bir sağlıklı halk politikasına odaklanıp bunun etkisinin değerlendirilmesi olabilir. Hiç şüphesiz, yukarıdaki uygulama ve değerlendirme çerçeveleri kullanıldığında bile bu karmaşık bir çabadır. Örneğin, bir bakanlık tarafından hazırlanan sürdürülebilir kalkınma politikası, özellikle yerel toplulukların yetkilendirilmesine odaklanabilir. Böylece sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin çekirdek amacına göre hareket edebilir: İnsanların kendi sağlıklarını etkileyen koşullar üzerinde kontrolü artırmasının sağlanması. Bu, politika uygulama sürecinde topluluk katılımı ihtiyacını özellikle vurgulayabilir. Bu tür bir politikanın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırması bağlamında etkisinin değerlendirilmesinde en az 3 düzeyde inceleme dikkate alınmalıdır.

İlk olarak yerel politika çevresi; önemli bir müdahaleci uygulama yapısı kurabilir. Bu düzeydeki önemli kavramsal faktörler arasında; en üst düzey yerel politika yapıcılar ve diğer paydaşların taahhüdü, ilgili politika alanlarının yapısı, destekleyici ağlar ve savunma koalisyonları ve yerel politik kültür, tarih ve idari yapılar yer alır.

İkinci olarak, yerel politika çevresi katılımcı bir politikayı uygulamada gerçekten destekleyici ise bir sonraki inceleme düzeyi topluluğun yeni düşüncelere açıklığı ve duyarlılığı ile ilgilidir. Burada, katılımcılığın gerçekte ne anlama geldiği ve bunun nasıl ölçüleceği hakkında daha fazla açıklamaya ihtiyaç duyulacaktır. Örneğin, topluluk temsilcilerinin mi yoksa tüm yerel nüfusun mu katılımıyla daha yakından ilişkili?

Üçüncü olarak uygulanan politikanın sağlık sonuçları incelenmelidir. Sağlığın kazanımına ulaşma konusunda; inceleme, kendine saygı, kontrol hissi, topluluğa dâhil olma hissi gibi nüfusun sağlık ve refahı ile doğrudan ilişkili psikososyal göstergelere yoğunlaşılabilir.

Sadece bir sağlıklı halk politikasına odaklanmak; genel, süreç odaklı, katılımcı değerlendirme yaklaşımı tasarımı engellemez. Aksine, daha dar bir odak ve daha az karmaşık olması, katılımcı politika yapıcılarının ve diğer paydaşların değerlendirme sürecini takip etmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulaması; özellikle de sektörler arası uzlaşma sağlanmasıyla ilgili olduğunda, genellikle politikaların her birinin odağını aşar. Bu yüzden değerlendirme de odağını genişletmelidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında politika değerlendirilmesinde hem ormanda kaybolmaktan hem de ağaçlara bakarken ormanı gözden kaçırmaktan uzak durulmalıdır.

Son olarak politika analiz çerçeveleri hazırlama ihtiyacının stratejik bir boyutu vardır. Politika değerlendirme “tarafsız yönetim aracı” (23) veya “kamu politikalarına hayat veren politik oyunlarda bir hakem” (64) değildir. Politik bağlamda, değerlendirmenin oyunun bir parçası olması kaçınılmazdır (65). Bu nedenle politika değerlendirmen, en azından kendilerinden ve çalışmalarından beklenen rolü incelemek için; oyunun kuralları, oyuncu takımlar, bunların strateji ve taktikleri hakkında derinlemesine bilgi sahibi olmalıdır.

Ayrıca, “karşıt-sezgisel etkiler” (65) karmaşık kurumsal ve politik bağlamlarda oldukça yaygındır. Ortak eylemi ve sektörler arası ağ kurmayı iyileştirmek için tasarlanan kamu politikaları sektörel bürokrasileri güçlendirme ile sonuçlanabilir. Aynı şekilde, değerlendirmeyi politika oluşturmaın çekirdek bir aracı olarak kullanan yaklaşımlar, sonunda değerlendirmenin bir disiplin olarak ayrılmasına katkıda bulunabilir (64). Politika değerlendirmesinin karşıtlık taşıdığıının farkına varılması, değerlendirmenlerin en azından bu süreçleri anlamasına ve bu tehlikeden kaçınmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. RÜTTEN, A. The implementation of health promotion. A new structural perspective. *Social science and medicine*, 41: 1627-1637 (1995).
2. GOUMANS, M. & SPRINGETT, J. From projects to policy: 'Healthy Cities' as a mechanism for policy change for health? *Health promotion international*, 12(4): 311-322 (1997).
3. LEVIN, L.S. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: consideration on theory and practice. *Health promotion international*, 11(1): 33-40 (1996)
4. MILIO, N. *Promoting health through public policy*. Philadelphia, Davis, 1981.
5. WHITEHEAD, M. *The effectiveness of healthy public policies*. Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1996.
6. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
1. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
7. DEAN, K. Using theory to guide policy relevant health promotion research. *Health promotion international*, 11(1): 19-26 (1996).
8. McQUEEN, D.V. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health promotion international*, 11: 27-32 (1996).
9. WEISS, C.H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: Connell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 65-92.
10. RÜTTEN, A. et al. *Health promotion policy in Europe: rationality, impact and evaluation*. Munich, Oldenbourg Verlag, 2000.
11. LINDBLOM, C.E. *The policy-making process*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1968.
12. WILDAVSKY, A. *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis*. Boston, Little, Brown, 1979.
13. ZEY, M., ed. *Decision-making Alternatives to rational choice models*. NewburyPark, Sage, 1992.
15. HECLO, H. *Issue networks and the executive establishment*. In: King, A. *The new American political system*. Washington, DC, American Enterprise Institute for Public Policy Research, 1978.
16. SABATIER, P.A. Towards better theories of the policy process. *PS -Political science & politics*, 24(2):144-156 (1991).
17. SABATIER, P.A. & Jenkins-Smith, H.C. *Policy change and learning. An advocacy coalition approach*. Boulder, Westview Press, 1993.
18. LOWI, T.J. American business, public policy, case-studies and political theory. *World politics*, 16(4):677-715 (1964).
19. KISER, L.L. & OSTROM, E. The three worlds of action: a metatheoretical synthesis of institutional approaches. In: Ostrom, E., ed. *Strategies of political inquiry*. Beverly Hills, Sage, 1982, pp. 179-222.
20. ROCHEFORT, D.A. & COBB, R.W. Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy studies journal*, 21(1): 56-71 (1993).

21. CAPLAN, N. Social science and public policy at the national level. *In: Kallen, D.B.P. et al., ed. Social science research and public policy-making: reappraisal.* Windsor, NFER-Nelson, 1982, pp. 32-48.
22. CROZIER, M. *Le phenomene bureaucratique.* Paris, Editions du Seuil, 1964.
23. CROZIER, M. Comparing structures and comparing games. *In: Hofstede, G. & Kassem, M., ed. European contributions to organizational theory.* Assem, Van Gorcum, 1975, pp. 193-207.
24. EDWARDS, R. *Building healthy public policies.* Toronto, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1996.
25. MCQUEEN, D.V. Gesundheitsförderung und die neue Public Health Bewegung im internationalen Vergleich. *In: Riitten, A. & Rausch, L., ed. Gesunde Regionen in internationaler Partnerschaft.* Stuttgart, Nagl-schmid, 1996, pp. 5-12.
26. GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S. *Fourth generation evaluation.* Thousand Oaks, Sage, 1989.
27. WEISS, C.H. *Evaluation. Methods for studying programs and policies.* Englewood Cliffs, Prentice-Hall. 1998.
28. KICKBUSCH, I. *Targets for health. Experiences and directions.* Geneva, World Health Organization, 1996 (document).
29. MCQUEEN, D.V. Thoughts on the ideological origins of health promotion. *Health promotion*, 4: 339-342 (1989).
30. MYRDAL, G. *Value in social theory.* London, Routledge & Kegan Paul, 1958.
31. PALFREY, C. & THOMAS, P. Ethical issues in policy evaluation. *Policy and politics*, 24: 277-285 (1995).
32. SHADISH, W.R. ET AL. *Foundations of program evaluation.* Thousand Oaks, Sage, 1991.
33. CORNWALL, A. & JEWKES, R. What is participatory research? *Social science and medicine*, 41(12): 1667-1676 (1995).
34. GREEN, L.W. ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada.* Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
35. KELLY, K. & VAN VLAENDEREN, H. Evaluating participation processes in community development. *Evaluation and program planning*, 18: 371-383 (1995).
36. PAPINEAU, D. & KIELY, M.C. Participatory evaluation in a community organization: fostering stakeholder empowerment and evaluation. *Evaluation and program planning*, 19: 79-93 (1996).
37. POLAND, B. Knowledge development in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles. *Health promotion international*, 11: 237-247 (1996).
38. POLAND, B. Knowledge development in, of and for Healthy Community initiatives. Part II: potential content foci. *Health promotion international*, 11: 341-350 (1996).
39. WHYTE, W.F. *Social theory for action. How individuals and organizations learn to change.* Newbury Park, Sage, 1991.

40. WHYTE, W.F., ED. *Participatory action research*. London, Sage, 1991.
41. WILKINSON, R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. New York, Routledge, 1996.
42. COCKERHAM, W.C. The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and eastern Europe: a lifestyle explanation. *Journal of health and social behavior*, 38: 117-130 (1997).
43. RIPHAHN, R. & ZIMMERMANN, K. *The mortality crisis in east Germany*. Helsinki, United Nations University World Institute for Development Economics Research, 1997 (document).
44. ROOTMAN, I. *Evaluating policies: new approaches consistent with health promotion*. Toronto, University of Toronto, 1997 (document).
45. KICKBUSCH, I. Think health: what makes the difference? *Health promotion international*, 12: 265-272 (1997).
46. PUTLAND, C. ET AL. How can health bureaucracies consult effectively about their policies and practices? Some lessons from an Australian study. *Health promotion international*, 12: 299-309 (1997).
47. WEISS, C.H. & BUCUVALAS, M.J. Truth tests and utility tests: decision-makers' frame of reference for social science research. *American sociological review*, 45: 302-313 (1980).
48. CAPLAN, N. ET AL. *The use of social science knowledge in policy decisions at the national level. Report*. Ann Arbor, Institute for Social Research, University of Michigan, 1975.
49. WEISS, C.H. Congressional committee staffs (do, do not) use analysis. In: Bulmer, M., ed. *Social science research and government*. Cambridge, Cambridge University Press, 1987, pp. 94-112.
50. FRANCISCO, V.T. ET AL. A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions. *Health education research*, 8: 403-416 (1993).
51. GOODMAN, R.M. Principles and tools for evaluating community-based prevention and health promotion programs. *Journal of public health management practice*, 4: 37-47 (1998).
52. HAWE, P. ET AL. Multiplying health gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health policy*, 39: 29-42 (1997).
53. McLEROY, K.R. ET AL. Community coalitions for health promotion: summary and further reflections. *Health education research*, 9(1): 1-11 (1994).
54. TENNYSON, R. *Managing partnerships: tools for mobilising the public sector, business and civil society as partners in development*. Aldershot, The Prince of Wales Business Leaders Forum, 1998.
55. *Measuring impact, an action research programme for international partnership practitioners*. Aldershot, The Prince of Wales Business Leaders Forum, 1997.
56. SIMNETT, I. *Managing health promotion. Developing healthy organizations and communities*. Chichester, John Wiley & Sons, 1995.
57. *Investment for health in Slovenia. Report of a team from WHO Regional Office for Europe and the European Committee for Health Promotion Development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

58. DUNN, W.N. *Public policy analysis. An introduction*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1994.
59. HEIDENHEIMER, A.J. Politics, policy and polickey as concepts in English and continental languages: an attempt to explain divergences. *Review of politics*, 48: 3-30 (1986).
60. Rossi, P.H. & FREEMAN, H.E. *Evaluation: a systematic approach*, 5th ed. Thousand Oaks, Sage, 1993.
61. VEDUNG, E. *Public policy and program evaluation*. New Brunswick, Transaction, 1997.
62. NUTBEAM, D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44 (1998).
63. SMITH, A. & SPENLEHAUER, V. Policy evaluation meets harsh reality: instrument of integration or preserver of disintegration. *Evaluation and program planning*, 17: 277-287 (1994).
64. PALUMBO, D.J., ED. *The politics of program evaluation*. Newbury Park, Sage, 1987.
65. CROZIER, M. & FRIEDBERG, E. *L 'acteur et le systeme*. Paris, Editions du Seuil, 1977.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikalarının Değerlendirilmesi: Hareketli Hedefin İzlenmesi

Nancy Milio

Giriş

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel bir konusu, insanların sağlıklı olabileceği koşulları güçlendirmek için kamu politikasıdır: Yaşanacak, çalışacak, öğrenilecek, oynanacak, toplum ve sosyal hayata katılım sağlanacak sağlıklı yerler ve yollar (1,2). Daha sağlıklı çevreler ve yaşam tarzı seçenekleri ortaya koyan politikaların, uzun vadeli sağlık faydalarının olduğu ve maliyet etkin oldukları gösterilmiştir (3-8).

Sağlık politikası analizlerinin çoğu, bir politikanın özüne odaklanır: maliyeti, potansiyel etkinliği ve etkililiği. Örneğin, tütün vergilerinin daha yüksek olması gençlerin sigara içmesini engeller mi? Bu çalışmalar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının repertuvarında önemlidir. Bununla birlikte sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırmacıları bunları nadiren yapar. Okulda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının literatür taraması, değerlendirmelerin vurgusunu göstermektedir (9); 1980 ve 1990'larda yapılan 500'den fazla çalışmanın 85 tanesi müdahaleleri kapsamış, bunlardan 4 tanesinde kuruma dayalı politika değişimi ele alınmıştır. Bu değerlendirmeler, politikaların tanımlarına ve tüketicilerin davranış sonuçlarına odaklanmıştır. Bu inceleme, politika odaklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının yetersizliğini ve bunlara yönelik değerlendirme türlerinin sınırlı olduğunu öne sürmektedir.

Politika analizleri, sağlık faydası olduğunu gösterdiğinde bile hem uygulayıcı hem de analizci için önemli birçok soru cevapsız kalmaktadır. Örneğin, tütün vergilerini artırmak sağlık için faydalı ise bir vergi politikası, yerel olarak veya uluslararası olarak nasıl başlatılabilir, kabul edilebilir ve tam olarak uygulanabilir? Bunlar gerçek dünyada analiz ve değerlendirmeye, sağlık etkileri ve politika maliyetlerinin olduğu kadar uygun olan stratejik sorulardır. Bir politika, onu oluşturan ve devam ettiren süreçlerce şekillendiğinden politika oluşturma stratejik olarak analiz edilmelidir (10). Bunlar uygulayıcılara, deneysel dünyada sürecin ne olduğunu, bunu kimin nasıl etkilediğini, bu tür uygulama bilgisini nasıl öğreteceğini, kullanacağını ve bunların hepsini nasılölçeceğini söyler.

Bu fasılda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine destek olanlar tarafından sağlık politika eylemini desteklemek için politika değerlendirmesinin kullanımı ve gelişimi gibi stratejik sorulara odaklanılmaktadır. İlk kısımda, önemli değişkenleri belirtmek ve politika geliştirme örneğini değerlendirmenin nasıl planlanacağını göstermek için politika yapma süreçleri modellenmekte, tütün kontrol politikası vakası ile

örneklenmektedir. Daha sonra, politika değ erlendirmesi konusunda genel konular tartişılmaktadır.

Politika Değ erlendirme

Politika değ erlendirme çalışmaları, politika hedefleri ve sonuçlarında ne olduğu ile ne olması gerektiği arasındaki açığı değ erlendirmek istemektedir: araçlar, nüfus etkileri, nüfus sonuçları, eylem planları ve gerçek ilerleme, araçlar ve sonuçlar arasındaki açıklar (11). Bu, gerçek dünya konularını zamanında ele almayı amaçlayan çok disiplinli ve uygulamalı bir alandır. Bu, pragmatik bir egzersizdir, kullanıcı dostu olmalı ve en çok fayda sağlaması için kısa vadede bulunmalıdır. Okuyucuları arasında, yasama ve idare organlarındaki politika yapıcılar, destek grupları ve kurumların yönetim organları gibi bilim dışı gruplar bulunmaktadır (12).

Bazı Temel Sorular

Süreç

Politika yapma üzerindeki değ erlendirme odağı, sorulabilecek bazı spesifik soruları ön plana çıkarmaktadır.

- Politika problemi nasıl tanımlanır?
- Hangi alternatif amaç ve araçlar incelenir?
- Bazıları neden ve nasıl seçilmiş?
- Uygulama, izleme ve yürütme için ne tür ve ne kadar kaynak sağlanmış?
- Varsa ne tür stratejik yönetim birimi dâhil olmuş?

Bu yaklaşım, paydaş kurumların ilgilerini (kim kazanıyor, kim kaybediyor) analiz ederken bunların karşılıklı etkileşimini, nihai politikayı etkilemeye çalışan grupların stratejik faaliyetlerini ve politika yapma süreci boyunca gruplar arasında pazarlık yoluyla ulaşılan uzlaşmayı incelemektedir.

Etkiler

Politika yapma sürecinin herhangi bir kısmı hakkında sorular sorulabilir: başlangıç (bir politika ilgili yasama veya yürütme makamının gündemine yerleşmeden önce), kabul etme, uygulama, izleme ve yürütme, değ erlendirme ve düzenleme (revizyon, kısaltma veya kaldırma). Sorular; bir politikanın pozitif ve negatif, doğrudan ve dolaylı, beklenen ve beklenmeyen etkileri (olumlu veya olumsuz) gibi sonuçlarına değinebilir. Bunlar, kurumları ( rneğin mali yapı ve program yapısında) ve nüfusu ( rneğin sağlık özellikleri ve sosyal özellikler) etkileyebilir. Son olarak bir politikanın potansiyel sürdürülebilirliği, uygulama kurumları ve politika makamlarının planlarının ve buralardaki kaynak değişikliklerinin analiz edilmesi (kurumsal değişim) ile değ erlendirilebilir. Elbette bu konular; yerel, ulusal veya kurumsal politika gelişimine ilişkindir.

Bu tür değ erlendirmeden elde edilen bilgi daha sonra, kurumlarda politika eylemlerini haberdar etmek için ve orijinal politikada değişimi yönlendirmek için kullanılabilir,

bu nedenle stratejik amaçlıdır. Politika değerlendirmesinden elde edilenler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi taraftarlarının politika yapımını etkileme görevini üstlenmesine yardımcı olur. Politika geliştirmede başarı ve başarısızlıklardaki etkenlerin anlaşılması, daha sağlıklı nüfuslar lehine politikayı etkilemek amacıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikası amaçlarına ulaşmak için olasılıkları artırabilen araçları seçmek ve kullanmak üzere stratejik planlamayı yönlendirebilir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikası Geliştirmeye Yönelik Bir Çerçeve Değerlendirme: Kavram, Problem ve Amaç

Değerlendirme modeli bir çift gözlüktür. Veri toplanmasını yönlendirmek, değişim göstergelerini geliştirmek, bilgiyi analiz etmek, ilerideki faaliyetlere bilgi desteği sağlamak ve faydalı sonuçlar çıkarmak için kavramsal bir çerçevedir. Aşağıda net bir çerçeve verilmiştir. Bu çerçeve, daha önce kullanılmıştır ve stratejik kullanımları desteklemek üzere geliştirilmiştir (13-16).

Değerlendirmenin temel amacı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarının gerçek dünyaya sağlıklı değişimler getirebilmek için politika gelişiminin herhangi bir aşamasını veya tüm aşamalarını etkileyip etkilemeyeceğini veya nasıl etkileyebileceğini ele almaktır. Değerlendirme; başlangıç düzeyindeki politikaya, gelişim sürecinde geçirdiği değişimlere ve onu şekillendiren etkilere odaklanır. Bir politika aslında, resmî ve gayriresmî süreçler boyunca ilgili tarafların eylemleriyle ilerleyen, hareket eden, değişen bir hedeftir. Değerlendiricilerin amacı; deneysel olarak onu takip etmek, her ilerleme hareketini, yön değiştirmeyi veya ters yöne gitme durumunu açıklamaya çalışmaktır. Analizin hedefleri arasında, organize varlıklar olarak ilgili tarafların da hedeflenen politikayı teşvik etme, desteklememe veya değiştirme konusundaki çıkarlarını takiben; amaçlarını, kaynak temelini ve stratejilerini öğrenmek bulunmaktadır.

Çerçeveye Genel Bakış

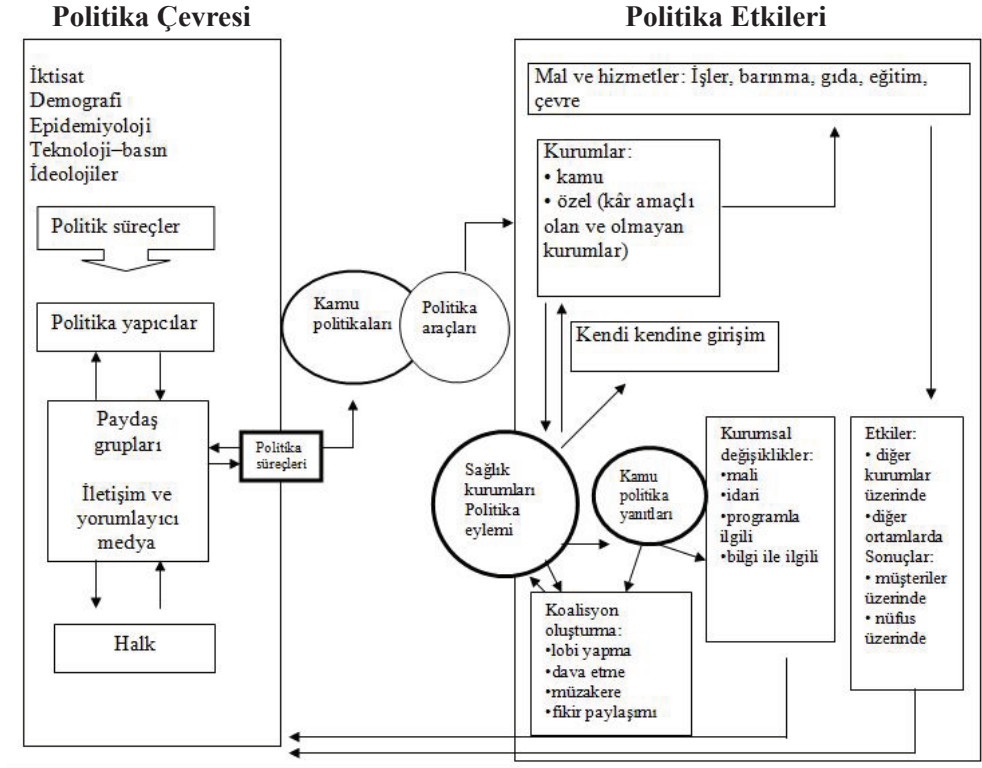
Kamu Politikası: Amaç ve Çevre

Kamu politikası; hükümeti, eyleme geçilmediğinde meydana gelebilecek bir şeyi değiştirmesi için yönlendirmektir. Kamuya ait ve özel kurumsal sistemlerde tutarlı faaliyetleri yönlendirir. Bir politikanın net bir başlangıcı veya sonu yoktur; yaratılması doğrusal değil, sürekli; bazen de yinelemelidir. Asla basitçe meydana gelmez; hükümet içinde ve dışında organize gruplar tarafından belirlenir. Bu nedenle, sağlığı teşvik eden ve geliştiren politika çalışmalarını desteklemek için politika geliştirme izlenebilir, ölçülebilir ve iyi anlaşılabilir. Kurumsal politika kamu veya özel (örneğin kilise, çocuk bakım merkezleri veya şirketler) tek bir (örneğin sağlık bakanlığı) veya birden fazla kurumun (örneğin devlet okulları) politikasıdır ve hükümet politikasındaki değişikliklerle yakından ilgilidir.

Politika geliştirmenin amacı, mevcut eylem modellerini değiştirerek değişimin gidişatını ve hızını istenen yönde şekillendirmektir. Her ne kadar olası kişisel sonuçlar olsa da bir politikayı takip edip etmemek konusunda özgür olan bireylerin

davranışını tek tek değiştirmek değildir. Politika geliştirme, kurumların kaynaklarını kullanmaları hakkındaki kararlarını değiştirmeyi amaçlar. Bunun sonucunda, kamu kurumları, kâr amacı gütmeyen ve ticari kurumlar, düzenleyici kurumlar, okullar, sağlık kurum ve kuruluşları, inşaat firmaları veya yemek yenilen yerler gibi çeşitli ortamlardaki yöneticiler, personel ve tüketicilerin faaliyetleri daha önceki modellerden yeni modellere doğru değişecektir.

Şekil 16.1. Sağlık Kurumları ve Politika Geliştirme

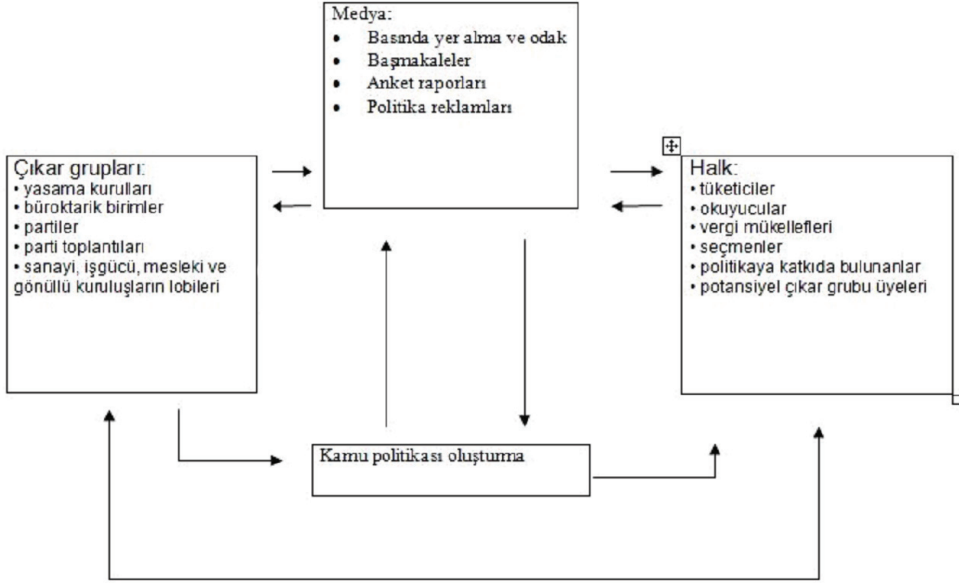


Şekil 16.1’de görüldüğü üzere, politika çevresi veya bağlamı nüfusun demografik veya epidemiyolojik özelliklerini, toplulukların sosyoekonomik ve etnik yapısını, ekonomi ve teknolojiyi, kaynakların dağılımını, siyasi partilerin gündemini, kurumsal hiyerarşileri ve afetleri içermektedir. Söz konusu politika türünden bağımsız olarak hepsi, politika gelişiminin ilerleyip ilerlemediğini ve nasıl ilerlediğini etkiler; oyuncular ve dolayısıyla politika analiz uzmanı, bunları bir dereceye kadar dikkate almalıdır. Ayrıca, herhangi bir politikayı çevreleyen organize faaliyet, benzer konular ve hükümetin rolü hakkında toplum varsayımlarından çıkan tarihsel bağlamda yerleşmiştir. Bu çevrenin değerlendirilmesi, belli bir zamanda bağlamın ve şartların başlangıç aşamasındaki bir politikaya olanak verip vermediğini veya onu kısıtlayıp kısıtlamadığını gösterir (17).

Aktörler

Politikalar; barınma, iş ve sağlık hizmetleri gibi sağlığın belirleyicilerinden kimin ne kadar aldığı veya kimin ne kadar ödediği hakkındaki kararlarını şekillendirdiğinden, oyuncuların eylemleri ve bunların ilişkilerinde gelişir. Oyuncular veya paydaşlar, menfaatleri mevcut veya gelecekteki politikalar tarafından etkilenen organize gruplardır. Bunlar arasında siyasi partiler, kitlesel basın, bürokrasiler, gönüllü veya ticari kuruluşlar ve çıkar grupları bulunmaktadır (Şekil 16.2).

Şekil 16.2. Basın ve Politika Geliştirme Süreçleri



Organizasyonlar, çevreden sağlanan kaynakları işleyen ve bunları çevreye geri verilen hizmet, ürün ve bilgiye dönüştüren sosyal müdahalelerdir. İster kamuya ister özele ait olsun, organizasyonlar, politikaların hem yapıcıları hem de hedefidir ve her zaman politika geliştirme süreçlerinde aktif katılımcılardır. Özel ticari işletmeler veya kâr amacı gütmeyen organizasyonlar kendi kaynaklarını kapsayan politika geliştirirler. Bununla birlikte bunların politikaları; genellikle yasama, yürütme veya düzenleme kurumları tarafından yapılan kamu (devlet) politikalarına yanıt olarak yapılır ve bu politikaların altındadır (Şekil 16.1).

Basın, organizasyonlar arasında özel bir konumdadır. Bunlar bilgi kanalıdır; ancak aynı zamanda sorunları yaratır ve şekillendirir (2). Büyük ve kâr amaçlı şirketler olarak seyirci ve reklamcılarının ilgisini çekmek ister. Politika alanındaki diğer oyuncular stratejik amaçlarla basını kullanmaya çalışır. Organize çıkar grupları, basını kullanarak dolaylı olarak politika yapıcılara ve halka ulaşır (18,19) (Şekil 16.2).

Bu çerçevede halk, politika yapıcılarının kararlarından etkilenen çeşitli nüfusları kapsar. Politika seçimleri, sağlık parametrelerini; hizmetlere, ürünlere, süreçlere ve bilgiye erişim, fiyat ve vergiler şeklinde belirler. Halkın birçok üyesi, çıkar gruplarının aktif üyesi değildir. Bu arada politika geliştirmenin süregelen sonuçları, nüfusun (özellikle dezavantajlı alt grupların) sağlığına ilişkin koşulları şekillendirir.

Politika Türleri

Değerlendirmede karşılaştırma amacıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikaları, Tablo 16.1’de gösterildiği gibi ana müdahale stratejilerine göre (bilgi niteliğinde/ eğitici, davranışsal veya uygulamaya yönelik politikalar ve çevre politikaları) ve müdahalenin birincil odağına veya hedefine göre sınıflandırılabilir (bireysel veya kurumsal değişim).

Tablo 16.1. Hastalık Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Stratejiler

Müdahale stratejisi	Odak
Bireysel yönlü, bilgi aracılığıyla değişim	Hane ve topluluklar Organizasyon ortamı
Organizasyona yönelik değişim	Politika organları: • Yasama organları • Bağımsız düzenleme kurumları • Devlet idaresi Spesifik organizasyonlar: • Hükümet organları • Diğer organizasyonlar

Tipik yaklaşım, hanelerde (basın veya bilgisayar ile) ve topluluklarda (örneğin medya kampanyaları ve sağlık fuarları ile) veya sağlık kurumlarında, okullarda veya iş yerlerinde (örneğin danışmanlık ve tüketiciler, öğrenciler ve uygulayıcılarla küçük grup çalışmaları ile) verilen bilgi veya eğitim aracılığıyla bireysel değişime odaklanır.

İkinci bir yaklaşım, sağlık belirleyicilerini etkileyen organizasyonlara (örneğin temel sağlık sistemleri, çevresel kirleticiler ve ticari kuruluşlar, eğitim ve konut edindirme kuruluşları) odaklı politikaları kapsar. Politika faaliyetinin hedeflediği gruplar, politika yapan kurumların kendisi (yasama organı veya düzenleme kurumları) veya kamu sektörü ve özel sektördeki spesifik organizasyon türleri olabilir (örneğin sağlık kurum ve kuruluşları, yerel okullar veya sistemler, sağlık bakım organizasyonları ve süpermarketler ile diğer şirketler).

Bir Örnek: Tütün Kontrol Yasası

Bu kısımda bu model, bir politikanın nasıl değerlendirilebileceğini tanımlamak ve göstermek için güncel bir politika yapma durumuna uygulanmakta; genellikle karşılaşılan değerlendirme sorunları ele alınmakta ve bulgulardan gelecekteki

destek çalışmaları için nasıl stratejik yönlendirme çıkarılabileceği ve yayılabileceği anlatılmaktadır. Bu örnek, güncel bir açıklama raporu ve ilgili literatüre dayalı olarak 1980’lerde ABD’nin birçok eyaletindeki sigara karşıtı politika gelişimini içermektedir (8,20). Çalışmalar, sıkı yasaların yürürlüğe girdiği eyaletler ile daha zayıf mevzuatın uygulandığı eyaletleri karşılaştırmaktadır. Politika geliştirme etkililiğindeki farklar; yasama liderliği, üst düzey halk sağlığı ve kamu idaresi görevlilerinin desteği ve koalisyon gücünü kapsamaktadır.

Değerlendirme sorularını değerlendirmek için kullanılabilecek veri türleri arasında bilimsel literatür, ikincil kamu verileri, devlet raporları, basında yer alan haberler, anketler, paydaşların iç belgeleri, yarı yapılandırılmış anket veya araştırmalarla alınan paydaşların karşıt ve yandaş, rakip ve müşterek olarak görüşleri yer almaktadır.

Çevresel Bağlam: Neden Orada ve O Zaman?

Bağlam hakkındaki temel değerlendirme sorusu “neden orada ve o zaman” sorusudur. Tütün kontrol girişimlerini belli bir zamanda harekete geçiren nedir veya hangi çevresel koşullar politika eylemini mümkün kılmıştır?

Sosyal çevrenin hangi bileşenleri, sürecin sonuçları için daha önemli olmuştur? Örneğin, ABD’de tütün karşıtlığı vakasında ilgili kavramsal veriler, tütün piyasasındaki azalma ve tütün sanayindeki maliyetli yasal zorlukların artışıdır. Bu durum, daha özgür dünya ticaret politikalarının sağladığı kolaylıkla üreticileri denizaşırı pazarlar aramaya itmiştir. Yabancı ülke değişikliği, menfaatleri bölmüş ve politika destekli çiftlik birleşmeleri nedeniyle küçülen seçmenleri temsil eden sigara üreticileri ve tütün yetiştiricileri arasında bir zamanlar sıkı olan uzlaşma azalmıştır. Birlikte ele alındığında, çevrenin bu ve diğer bileşenleri, sanayiye dezavantajlı hâle getirmekte ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi destekçilerinin eylemlerini başlatmaktadır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bakış açısından, hızlı çevresel değişim süreçleri politika yapıcılarını yeni yaklaşımlar aramak üzere harekete geçirebilir. Bunun sonucundaki düzensizlik, kurumları faaliyetlerini yeniden incelemeye ve hedeflerini geleceklerini sağlama alacak şekilde gözden geçirmeye iter. Alternatif olarak değişim ve belirsizlik kısıtlama ile sonuçlanabilir; yeni yapılacak faaliyetleri durdurabilir. Başarılı politika geliştirme faaliyeti zamana duyarlıdır. Öneriler, günün şartlarına uygun olmalıdır (21). Yani sağlık savunucuları mevcut koşullardan haberdar olmalıdır.

Politika Çerçevesi ve Ortamı: Politika Konusu Nasıl ve Nerede Tanımlandı ve Yasal Hâle Geldi?

Bir konu veya problemin nasıl çerçevelendiği; bunun hükümet eylemi için meşru bir konu olarak görülüp görülmediğini, kamu gündemindeki önceliğini ve dikkate alınacak politika çözüm türlerini etkilemektedir (21). Birçok soru sorulabilir:

- Konu nasıl tanımlanmış? Örneğin, genç tiryakilerin bireysel davranış sorunu

olarak mı yoksa tütün üretimi ve pazarlamasına ilişkin kurumsal düzeyde bir sorun olarak mı?

- Hangi çözümler önerilmiş (örneğin gençlerin eğitimi veya piyasa kontrolü)?
- Konu halkın sağlık çıkarları konusunda ele alınmış mı? Örneğin, çevre sağlığı ve çocuk sağlığı sorunu olarak mı yoksa tiryakilerin yasal bir ürünü kullanarak kişisel risk alma hakkı olarak mı?
- Paydaşlar bu ilk konuları eğer çözdüyse nasıl çözdü?

Elbette birçok politika girişimi başlangıç aşamasında sona ermektedir. Sorunlar; sağlık, piyasa ve gençlerin geleceği hakkında geniş çaplı halk sorunu olarak çerçevelenirse daha güçlü tütün kontrol politikaları doğar.

Forum

Halk forumları, sorunun doğası hakkında kamuoyunu etkileyebilir ve değişime yönelik desteği güçlendirebilir.

Tartışma nerede, kimin sponsorluğunda ve girişiminde meydana geldi? Tartışma ne kadar halka açıldı?

Yer ve iletişim kanalları, destekçilerin lehinde miydi yoksa tersi miydi? Tütün kontrol destekçileri açık yasama alanlarını veya halk referandum sürecini kullandıklarında ve pahalı, sahne arkası faaliyetlerin ve televizyon reklamlarının aksine, konumlarını kuvvetlendirmek için medyayı kullandıklarında daha başarılı oldular.

Politika eylemi hükümetin hangi düzeyinde başladı? Bazı tütün karşıtı kampanyalar için yerel yönetmelikler, yerel düzeyde halk sağlığı etkisinin daha dar olmasına rağmen eyalet yasalarına göre daha kolay yürürlüğe girebilir. Topluluk düzeyinde yeterli düzeydeki eylem bir öğrenme laboratuvarı olabilir ve daha güçlü ülke çapında politika eylemi için siyasi durumlar oluşturabilir.

Tasarım, Araçlar ve Finansman: Politika Amaçları, Araçlar ve Kaynaklar Nelerdi?

Bir politikanın amaçlarına ek olarak tasarımı da genellikle amaçlara ulaşma araçlarını içerir. Ölçülebilir hedefler olarak amaçlar ve araçların gücü (veya güçsüzlüğü), bir politikanın sağlığa fayda sağlama potansiyelini önemli ölçüde etkiler. Ölçülebilir hedefler olmadan sağlık amaçlarına doğru ilerleme tartışmalı hâle gelir; daha zayıf bir politika genellikle daha kolay kabul edilse de sağlam araçlar ve kaynaklar olmadan muhtemelen çok az program faaliyeti gerçekleşecektir.

Politika Araçları

Politika amaçlarına ulaşma araçları, birçok hükümetin kullandığı ve vaka karşılaştırması için değerlendiricilerin faydalanabileceği sınırlı bir araç listesini kapsamaktadır. Araçlar arasında işletmelere, hükümetlere ve vergi mükelleflerine yönelik ekonomik teşvikler (vergi araları ve sübvansiyon gibi); emir ve yönetmelikler;

bilgi, eğitim, öğretim ile hizmet gelişimi ve sunumu bulunmaktadır. Diğerleri modelleme, örnek yaratma (örneğin kamu kurumlarında sigara yasağı) ve piyasa gücü ile piyasa yönetimidir (22).

Enflasyona göre ayarlanmış tütün vergileri, özellikle sınırlı geliri olan gençler arasında sigara içmenin ekonomik olarak caydırılmasının bir örneğidir. Halka açık yerlerde sigaranın yasaklanması düşük maliyetli, yasanın etkili kullanımına bir örnektir. Pazar yönetimi ve pazar gücü örneğin devlet büroları, sigara satış otomati politikalarını sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amaçlarına göre yeniden tasarladığında kullanılır: örneğin sigaraların yasaklanması ve sağlıklı gıda maddeleri isteme gibi. Bu gibi değişiklikler, tedarikçilerin yeni uygulamalar ortaya koymasını ve daha sağlıklı ürünler aramalarını gerektirir. Bunun sonucunda piyasadaki diğer alıcılar da etkilenebilir.

Ekonomik ve yasal araçlar, nüfus temelinde bilgi ve eğitimden daha etkilidir (10). Bununla birlikte, daha etkili araçları yerleştirme daha zor olabilir; çünkü politik maliyeti daha yüksektir. Yani, ekonomik araçlar kullanarak tütün çıkarlarına karşı koymak, sigaralardaki uyarı etiketleri ile halkı sağlık risklerinden haberdar etmekten daha risklidir. Aşağıdakiler, önemli değerlendirme soruları olarak karşımıza çıkmaktadır:

- Hangi araçlar seçildi?
- Hangi gruplar hangi araçları destekledi?
- Rakip gruplar arasında hangi ödünleşimler yapıldı?
- Varsa hangi finansman seçilen araca eklendi?

Sıkı olmayan tütün karşıtı yasaları onaylayan devletlerin bazıları politik olarak daha az maliyetli politika araçları kullanmışlardır: dar mevzuat, ihlaller için yalnızca küçük cezalarla, yasaya uyulmasını teşvik etmek için bilgi/ed̄itim. Sıkı yasaları olan devletler, politika araçları olarak bilgilendirme/ed̄itimin yanında ağır cezaları olan geniş çaplı mevzuatı seçmiştir.

Organizasyonlar: Oyuncular Kimlerdi?

Çıkarlar

Bir politika konusu, politika değişiminin kendi çıkarları için önemli olduğunu düşünen kamu gruplarının ve özel grupların (paydaşlar) dikkatini çeker. Paydaşların çıkarı; finans, tesisler, personel, yetki, kontrol, statü, meşruluk ve imaj gibi konuları kapsar. Bu kaynaklar bir grubun müzakere gücünü etkiler. Bundan dolayı, paydaşlar arasında, kurul, parti ve büroların başkanları gibi seçilmiş veya diğer görevliler; halk çıkar grupları dâhil bilimsel, ticari, tıbbi ve kâr amacı gütmeyen kurumlar bulunmaktadır (23,24).

Organizasyonlar, çıkarlarının tehlikede olduğuna inandığında, bunları güçlendirmek için değişimin yönünü etkilemeye çalışır. Genellikle ön durum değerlendirmesi

yapar. Konunun kurum için önemine (yeni tütün kontrol politikası) ve eyleme geçmenin uygun olup olmadığına karar verirler. Daha spesifik olarak seçilmiş ve diğer görevliler politik riski tartar; siyasi destek garantisi isterler. Gönüllü kuruluşlar kendi kurullarını ve bağışçıları hoşnut etmek zorundadır; ticari gruplar güvenli ve genişleyen pazarlar arar; destek grupları kendi mevcut ve potansiyel destekçilerini (kurullar, finansman kaynakları ve üyeleri) memnun etmelidir (12,25,26).

Temel Kararlar

Sağlıkla ilgili başlıca kurumların tütün politikasına katılımı bu hesaplamaları göstermekte ve bunların ikincil rollerini açıklamaktadır. Devletlerin veya eyaletlerin sağlık bakanlıkları, halk sağlığı kuruluşları, tıp dernekleri ve büyük gönüllü kuruluşlar isimlerini tütün karşıtı koalisyonlara vermekten daha fazlasını yapmamıştır. Bu ana kurumların her birinin birbiriyle çekişen öncelikleri bulunmaktadır (muhalif kanun yapıcılardan bütçe kesintisi korkusu, bazı yerel sağlık dairelerinde personel azlığı veya yasal kısıtlamalar gibi). Tıp dernekleri siyasi sermayelerini daha iyi klinik ödeme oranları elde etmek için kullanmayı tercih etmiş, büyük kâr amacı gütmeyen gruplar bazı bağışçıların ters tepki vermesinden korkmuştur. Halk sağlığı desteği hakkındaki bu kurumsal kararlar, her grup ve onların amaçları için kaynaklardaki ödünleşimleri dikkate alan stratejik seçimlerdi. Amerikan Kanseri Derneği'nin eyalet kuruluşunun tütün vergilendirme kampanyası yürütmeye karar vermesinden önce benzer bir risk korumasına ihtiyaç duyuldu.

Paydaşların Belirlenmesi

Bir politika geliştirme durumunda başlıca oyuncular; ilgili kamu yasama ve idari belgelerinden, basından, destek gruplarından ve gönüllü topluluklardan belirlenebilir. Bu kuruluşlarla iletişim kar topu örneğindeki gibi başka grup isimlerinin belirlenmesine sebep olabilir.

Kurum Göstergeleri

Başlıca paydaşlar belirlendikten sonra, her grup söz konusu politika kendilerini etkilediğinden, çıkarlarını ifade eden göstergelere göre (en faydalı olarak kaynak temelinde) nitelendirilebilir. Bir organizasyonun finansmanının büyüklüğü, kaynakları ve hükümetin içindeki ve dışındaki kuruluş ağı, potansiyel politika etkisinin başlıca göstergeleridir. Finansman kaynakları da seçim bölgesini (desteklerini almaya devam etmek için memnun edilmesi gereken gruplar) belirlemeye yardımcı olabilir. En önemli bileşenler genellikle, yönetim kurulu gibi organizasyonun yönetim organı veya kamu kurumu olması durumunda daha yüksek bir idari makam veya yasal denetim kurulu. Bir grubun politika etkisinin bir diğer kaynakla ilgili göstergesi, bu çaba için personel veya kaynak tahsis edilmesidir.

Değerler Sorusu

Her zaman tanımlaması zor olan bir organizasyonun değerleri, eylemin sebebini açıklamak için faydalı bir değişken değildir. Ölçülebilir değildir ve misyon veya amaç bildirileriyle ifade edilebilir. Kaynaklar, organizasyonun yüklediği fonksiyonlara

ayrıldığı ölçüde etkilidirler. Kaynakların büyük kısmının hangi faaliyetlere, nüfusa ve yerlere ayrıldığını belirleyerek bir grubun değerleri belirlenebilir. Her katılımcının politika geliştirme sürecine katılımının etkisini değerlendirmek için sorulacak sorular şunlardır:

- Neden ve ne derece sürece katılım sağlamak istedi?
- Risk altındaki çıkarlar hangileriydi?
- Faaliyetlere hangi kaynakları ayırdı?

Kurumlar Arası İlişkiler: Oyuncular (Paydaşlar) Birbiriyle Nasıl Bağlantılıydı?

Örgütlü yapılar (gruplar, koalisyonlar, kurullar, şirketler ve bürolar) arasındaki karşılıklı etkileşim her paydaşın gündemini ne derece ve ne şekilde geliştirdiğini belirler. Çıkarlarını takip etmek için organizasyonlar, politika geliştirme aşamasında uygulama da dâhil olmak üzere politika gelişimini etkilemek için çeşitli şekillerde birbirleriyle bağlantı kurabilirler.

Ortak Çabalar

Yazılı anlaşma, kurallar veya yoğun kaynak paylaşımı ile güvenceye alındığında uzlaşmalar daha güvenilirdir (2). İş birliği ve dayanışma birbirinden, birincisindeki maddi varlıkların paylaşımı ve ikincisindeki gelişigüzel ve sözlü destekle ayrılabilir. Gevşek bağlar, kısa vadeli veya daha az etkili ilişkilere işaretler. Tütün denetiminde olduğu gibi iyi finanse edilmiş büyük çaplı ticari çıkarlarla rekabet durumunda karar alıcıları etkileyebilmek için koalisyon kurmanın zorluğuna rağmen, etkili sağlık politikası için stratejik planlama, yönetim ve ortak çaba gerekmektedir (8,27).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğünde koalisyonların tanımının, bireysel ve kurumsal stratejiler arasındaki farkları yansıttığı görülmektedir. Bir tanımda, koalisyonlar farklı kurumları temsil eden bireylerin organizasyonları olarak görülmektedir. Bununla birlikte karşıt bir görüş, bunları farklı çıkar gruplarının organizasyonları olarak tanımlamaktadır (2). Sonraki kavram, bireysel kavramda kullanılan üye özelliklerinin yerine kurumsal göstergelerin kullanıldığı buradaki değerlendirme çerçevesine en uygun olandır.

İncelenecek Konular

Değerlendirme için ilgili gruplar arası konular, benzer amaçları olan kurumların ortak faaliyete girip girmediği ve nasıl girdiği, önceki ilişkileri, ortak çabalar ve politika başarısı için kaynak temelidir.

Kurumların Stratejileri: Paydaşların Roller

Stratejik Eylem Türleri

ABD'deki en etkili, en çok kaynak isteyen politika geliştirme faaliyetleri arasında yasamadakilere veya bürokratik politika yapıcılara doğrudan veya seçmenleri aracılığıyla lobi yapmak, destekçi politik liderlerin seçilmesini veya atanmasını sağlamak ve davaya katılmak bulunmaktadır. Genellikle daha küçük gruplar

tarafından kullanılan daha az etkili araçlar arasında medya vasıtasıyla tanıtım yapmak ve gösteri, konferans, halk eğitim programları düzenlemek bulunmaktadır (28). Politika faaliyetinin yeterliliğini değerlendirmek için grupların tek tek başarısı incelenabilir veya uzlaşmalar söz konusuysa her stratejinin başarısı tür, zamanlama, maliyet açısından incelenebilir.

Müzakere

Politikaları etkilemek ve bunları politika geliştirme aşamaları boyunca devam ettirmek için ana stratejik faaliyet müzakereyi ve her zaman uzlaşmayı içerir. Etkili müzakere için yönetimlerin ve diğer paydaşların çıkarları dikkate alınmalı; gelecekte diğerlerini kazanmak için bazı değerlendirilmiş çıkarları değiş tokuş etmeye razı olmak gerekmektedir (bk. Fasil 22).

Tütün sanayinde genellikle olduğu gibi karşıt görüştekiler konuyu halk için karmaşık hâle getirmek ve konuyu dağıtmak için yanlış uzlaşma önerileri sunabilirler. Bunların netleştirilmesi ve sağlık destekçilerinin aksini kanıtlamaları gerekir.

Mantıklı açıklama yapmak için seçilmiş ve bürokratik görevliler güvenilir kanıtlara dayalı olarak dış destek sözü almalıdır. Bu, destekçilerin seçenек anketlerinden politika tercihleri için grup desteği hakkında bilgi oluşturmak, önemli gruplar tarafından yapılan yazılı açıklamayı veya politika yapıcının gündemi için gelecekte destek sözünü kapsamaktadır.

Tütün denetim politikasında, amaç bilimsel bir savaşı kazanmak değildir; bu çok uzun süre yapılmıştır. Sosyal, ekonomik ve politik savaşta zafer kazanılması gerekmektedir. Bu çaba; önemli siyasi, topluluk ve profesyonel seçim bölgeleri için mevcut sağlık verilerini, ekonomik ve politik verileri yeniden yorumlayarak ikna etmeyi kapsamıştır. Bu grupların menfaatlerine göre ayarlanmış bu tür bilgiler, statü veya kaynakları nasıl kaybetmeyecekleri ve aslında kazanabileceklerini gösterebilirse desteklerinin politik maliyetini azaltabilir. Grupları harekete geçirme konuları, bazı kurumların aktif ve alenen katılıma gösterdikleri direnç ile bazı tütün karşıtı vakalarda gösterilmiştir. Lider rolünü almadan önce büyük bir kanserle mücadele kuruluşunun yönetim kurulu; özel bir halk anketinden, dış destek kanıtı, yerel birimlerinin onayını ve politik kampanyayı desteklemek için yeterli mali kaynak koalisyonunun oluşturulmasını istemiştir.

Gruplar arası müzakere hakkında temel değerlendirme soruları, bilgi türleri ve kullanımına ilişkindir: gerekçeler, karşıt argümanlar ve kanıt. Bunlar, paydaşları politika başarılarına ilişkin memnun etmek için değerlendirilebilir ve karşılaştırılabilir.

Politika Oluşturmada Bilgi: Hangi Tür Bilgiler Nasıl Kullanıldı?

Politika katılımcıları tarafından kullanılan stratejilere bakılması, bilgi mübadele aracıdır. Hediyeelerin değiş tokuş yapıldığı belirsiz durumlarda bile, bu tür teşvikler hakkındaki

bilgiler politika müzakerelerinde çok önemlidir. Bilgi; pasif olarak bir konuyu izlemek, analiz etmek, değerlendirmek, raporlamak veya eleştirmek için veya başkalarını daha aktif olarak bilgilendirmek, eğitmek, ikna etmek, aracılık etmek ve harekete geçirmek için kullanılabilir (29).

Sağlığı destekleyici politikanın yandaşları için stratejik problem, politika konumlarının ekonomik olarak uygulanabilir olduğuna (destekçilerine ve kullanıcılarına), politik olarak kabul edilebilir olduğuna (bundan etkilenen daha güçlü gruplara), işleyeceği çevrede sosyal olarak yapılabilir olduğuna, idari ve teknolojik açıdan mümkün olduğuna hedef grupları ikna etmek için seçilen bilgi türlerini kullanmaktır (30). Son yıllarda bütün denetimi destekçileri aktif olarak daha karmaşık bilgileri kısa, zamanında ve hedefli şekillerde kullanmaktadır.

Politikanın Tasarlanması

Politika geliştirmenin değerlendirilmesi için bilginin 2 türü olduğu, her birinin 2 amacı olduğu düşünülebilir. Temel politika amaçları için genellikle bilime dayalı bilgiler kullanılmaktadır: örneğin, güçlü ve zayıf bütün karşıtı politikaların tanımlanmasında olduğu gibi problemlerin ve çözümlerin belirlenmesi; etkililik, verimlilik ve ekonomik maliyetler ile politika faydalarının belirlenmesi. Birincil ve geleneksel amaç, politika bölgelerini eğitmek ve politikanın erken aşamadaki tasarımına bilgi desteği vermektir.

Paydaşların aydınlatılmış kararları ve kişisel tecrübelerinden gelen daha az sistematik doğrulanabilir diğer bilgiler, genellikle temel politika konularını etkilemektedir. Örneğin, bütün denetimi yandaşları bir dava esnasında bir anfizem hastasını tanık olarak çağırabilir. Buradaki asıl amaç; bir konunun halk için meşruluğunu anlatmak, o konuda halkı ikna etmek ve konunun politika gündemine alınmasını gerekçelendirmektir (21).

Politikanın yürürlüğe sokulması

Uygun şekilde yorumlanan her iki tür bilgi de stratejik kullanım potansiyeline sahiptir. Yandaşların politika seçimlerini teşvik etmek ve politikanın yürürlüğe girmesini desteklemeleri için potansiyel uzlaşma gruplarını, politika yapıcılarını, halkı ve basını ikna etmektir. Politika yapıcılar, başlıca paydaşlarla politik, müzakere edilen bir temelde, yapılan seçimleri gerekçelendirmek için bazı bilimsel bulguları kullanabilir (11). Politika yapıcılara ulaşmak ve onları ikna etmek için yol, şekil, bilgi ve kanalları araştırarak politika değerlendirmelerinden edinilen bilgi; geleceği etkileyen şekilde sağlığı sürdüren politikaları teşvik etmek için uygulanabilir.

Medya Bilgisi ve Etkisi: Medya Nasıl Katılım Gösterdi?

Bilgi doğrudan veya çeşitli kanallar vasıtasıyla, kişiler arası veya teknolojik olarak iletilir. Tüm bu kanallar kendi önceliklerine göre ilettikleri bilgiyi seçer ve şekillendirir. Yeni medya yapısı; ağ, kablo ve uydu televizyon kanalları, video kasetler, CD-ROM, film ve yazılı basını içermektedir ve bunlar internette birleşmektedir. Bu hızlı bir şekilde yayılan ağın, hem politika geliştirme faaliyetleri hem de geleneksel sağlık bilgisi/eğitimi açısından sonuçları bulunmaktadır.

Politika Geliştirme Üzerindeki Etkiler

Elektronik dünya yeni konuları gündeme getirerek çözümler önererek ve bireylerin ve grupların meşruluğunu tesis ederek politik gündemi genişletmiştir ve politik seçimleri etkilemektedir (31). Bu, -sigara içenlerin haklarına karşı diğerlerinin temiz hava soluma hakkı gibi- halkı ilgilendiren konuları, sağlığı teşvik edip geliştirecek biçimde, yeniden şekillendirme imkânı sağlamaktadır. Bununla birlikte sorunlar çok basit şekilde tanımlanabilir; çözümler fazlasıyla yüzeysel olabilir ve piyasa kriterlerinden dolayı, yalnızca basının seçtiği gruplara meşruluk sağlanabilir (19,32).

İnsanlar gerçekler hakkında fikir sahibi olmak için genellikle doğrudan tecrübe ettiklerini ve diğer yollardan öğrendiklerini kullanır. Medya, ticari olarak reklamcılara bağımlıdır ve sponsorların lehine kitleleri hedefler ve içeriği seçer (33). Haberler, programlar ve reklamlar halkı ilgilendiren konuları büyütebilir veya küçültebilir ve halk forumlarında, anketlerde ve politika yapımcılar tarafından yapılan politik risk değerlendirmelerindeki yorumların şekillenmesine yardımcı olabilir (34). Tütün denetim kampanyalarında, yerel politika önerileri hakkında halkın fikrinde kısa vadeli değişiklikler, rekabet eden grupların harcadıkları reklam paralarının miktarını takip etme eğilimindedir. Kampanyaların nihai etkililikleri yerel grupların ve politika yapımcıların konudaki liderliklerinin dengesine ve yoğunluğuna bağlıdır.

Faydalı Sorular

Politika geliştirme alanlarında bilgi ve medya arasındaki karşılıklı etkileşime ilişkin sorular, sağlık destekçilerini yönlendirebilecek değerlendirmeler için çok gereklidir.

- Kamuoyunun fikri, zaman içinde değişiklik gösterdi mi?
- Halka ne tür bilgiler (temel veya stratejik), kim tarafından ve hangi kanallardan ne kadar maliyetle verildi?
- Varsa fikirlerdeki değişiklikler politika yapmayı etkiledi mi?
- Konunun basında yansıtıldığı şekliyle editör köşelerinde veya makalelerde medyanın fikri neydi?

Uygulama: Politika Gerçeğe Dönüştü Mü?

Politika uygulamasındaki ana soru şudur: “Şimdi ne olacak?” Başarılı bir şekilde kabul edilmeye giden, sağlığı destekleyen herhangi bir politika, etkili ve sürdürülebilir şekilde uygulanmazsa sağlık üzerinde herhangi bir etki yapamaz. Bu aşamada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmelerinin çoğu, bireysel sağlık sonuçlarına odaklanmaktadır. Ancak bireysel veya topluma yönelik sağlık faydaları, tütün denetimi vakasında olduğu gibi halka açık yerlerde sigara içme yasağı uygulanmaz; yürürlüğe konmaz ve uygun şekilde finanse edilmezse yaygınlaşamaz (8).

Uygulama, iş yerlerinde ve organizasyonların denetimindeki kamu alanlarında değişiklik anlamına gelir. Kaynakların yeniden tahsis edilmesini gerektirir. Burada ilgili 2 soru bulunmaktadır:

- Sorumlu organizasyonlarda ne tür mali, idari destek, personel veya eğitim desteği değişiklikleri meydana geldi veya geldi mi?
- Bu değişiklikler nasıl yönetildi?

Belli bir durumdaki organizasyonlar arasında karşılaştırma yapılması, politikayı tam olarak etkili hâle getirmek (veya getirmemek) için uygulamayı teşvik eden koşulları ve böylece sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulayıcılarına gelecekte yardımcı olacak koşulları gösterir. Politika yapma değerlendirmelerinin genel politika süreçlerini oluşturabileceği ne kadar iyi anlaşılırsa (değişimin gidişatını gözlerken kaynakların tahsisi veya yeniden tahsisinde ilgili tarafların kazanmak için karşılıklı etkileşimi olarak görülür) sağlık destekçileri bu süreçlerde etkili katılım sağlayabilir ve bu süreçleri etkileyebilir.

Politika Değerlendirme Konuları

Politika Değerlendirme Çevresi

Politika değerlendirmesi, araştırmacılar için geleneksel akademik çalışmalardan daha az rahat olan bir politik çevrede meydana gelir (35). Farklı menfaatleri olan gruplar genellikle bir politika değerlendirmesinin bulgularından çıkar sağlamaktadır. Karşıt görüştekiler, bulguların metodolojik temelde zayıf olduğunu öne sürebilir ve yorumların yanlı olduğunu veya yetersiz kanıta dayandığını söyleyebilirler. Buna ek olarak hızlı ve sürekli politika değişiklikleri esnasında belli bir politikanın değişen hedefini takip etmek daha da zorlaşır.

Analiz Birimleri

Bireysel Göstergeler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmeleri genellikle bireyi analiz birimi olarak kullanır ve bilgi, tavır, uygulamaya ilişkin kişisel değişiklikleri ve bazen risk faktöründeki azalmayı ölçer. Politika oluşturma değerlendirmeleri; politika gelişimine katkıda bulunan veya politika gelişiminin sonuçları olan strateji, eylem değişiklikleri ve organizasyonel değişikliklere odaklanmaktadır.

Toplum sağlığının geliştirilmesi çabalarının en çok bilinen, geniş çaplı değerlendirmelerine yönelik incelemelerde, özellikle uzun vadedeki sağlık faydalarının harcanan çabaya oranla yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (36,37). Araştırmacılar, bireyler, organizasyonlar ve çevrenin nitel ölçümlerini kullanarak ilerideki programların kamu politika girişimlerini ve risk dağılımını etkileyen sosyal faktörleri içermesini tavsiye etmektedir (38-40). Bunun anlamı şudur; teşvik edici ve uygulayıcı kurumlarda ve politikalarda kurumsallaştığında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sürdürülebilir olur. İkinci olarak hangi eylemlerin işe yaradığını ve bunların nasıl başarıldığını öğrenmek için değerlendirmeler bu “politika-organizasyon-nüfus” ağına kapsmalıdır.

Kurumsal değişimi değerlendiren az sayıdaki çalışmada da tüketicilerin kayıtları, katılımcıların fayda ve maliyet anlayışları, bireylerin liderlik özellikleri ve üyelerin özellikleri gibi bireylerin ölçümleri kullanılmaktadır (41,42).

Bireylerdeki değişimleri ölçmek, politika destekleyicileri tarafından stratejik eylemi yönlendirmek için sonuç çıkarma açısından sorun teşkil etmektedir. Yani, bireysel düzeydeki ölçümler yalnızca kurumdaki bireylerin değişmesi gerektiğini öne sürer. Bu durum, personel devrinden dolayı tekrarlayan bir süreçtir. Açık ve anlaşılır teşvikleri ile organizasyonun yapısında neyin personelde, tüketicide veya dış ilişkilerde belli davranış modellerini yarattığını göstermezler.

Örneğin, büyük bir toplum sağlığının geliştirilmesi çabasında iyi planlanmış bir değerlendirme, sağlık hizmetleri sisteminin etkisini çıktılara göre (sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin sayısı gibi) ve organizasyon yapısına göre (örneğin komite ve koalisyonların varlığı olarak tanımlanmaktadır) ölçmüştür. Bunlar, organizasyonun temel misyonuna veya bütçesine sıkıca bağlanmamıştır. Ölçümlerin uzun vadede bir kurumsal değişimi gösterme potansiyeli bulunmamıştır. Komite faaliyetleri gibi bu tür süreç ölçekleri, organizasyonların uzun vadedeki çıkarlarına değinmemektedir; bunların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yönünde kaynak değişikliklerini açıklaması daha fazla mümkün olmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmecileri, kurumsallaşma oluşumunun “mevcut ihtiyaç ve çıkarları müdahale faaliyetinin amaçlarına uygun olan” organizasyonlarda daha mümkün olduğu sonucuna varmışlardır (43). Uygulayıcılar için bu faydalı bir stratejik bilgidir. Organizasyonel çıkarları uzun vadede organizasyonel değişim unsuru olarak değerlendirmenin gerektiğini göstermektedir.

Kurum Göstergeleri

Politika yapma süreçlerinin yaratıcıları ve hedefleri olarak bakıldığında kurumlar yerel veya ulusal politika alanlarında analiz birimleri olur. Bunlar da hem stratejik hedeflere hem de sağlık hedeflerine ulaşmadaki etkililikleri açısından ölçülebilir ve değerlendirilebilir. Temel kurum üyelerinin bakış açılarından çıkarılan bilgilerle desteklenerek bu görev, ampirik kurumsal göstergelerce en iyi şekilde yerine getirilebilir.

Paydaş çıkarları ve kaynak değişiklikleri, politika yapma süreçlerinde çok önemli faktörlerdir. Uygun analiz birimi; organizasyon veya işletim fonları veya diğer kaynaklar üzerindeki kararları kontrol etme yetkisine sahip organizasyonun bir alt birimi olmaktadır. Politika değerlendirmesi için kurum düzeyinde göstergelere ihtiyaç vardır. Bunların en önemlileri, aşağıdakilerle birlikte potansiyel etkiyi ve organizasyonların gücünü gösterenlerdir:

- Organizasyonun misyonu ve hedefleri,
- Yaş, ekonomik kaynaklar ve karar mekanizmaları ile uzun vadeli ilişkiler,
- Yönetim (örneğin atanan veya seçilmiş kurul veya daha üst idari birim),
- Yetki kaynağı (yasa veya toplum desteği gibi),
- Büyüklük, yani asıl veya potansiyel etki (örneğin bütçe, personel ve tesis büyüklüğü; vergiler, bağışlar, üyelik ücretleri veya satış gelirleri gibi finansman kaynaklarının istikrarı ve uzman bilgilerine, politika yapıcılara ve medyaya erişim).

Organizasyonların politikalar üzerindeki etkisi veya bunun tersi, idari veya stratejik planlama yapısında, mali sistem ve programlarda, hizmet ve ürün sistemlerinde kaynak tahsisindeki önceki ve sonraki değişimlerin organizasyon kaynaklı ölçümlemlerinde görülür. Bu değışikliklere örnekler aşağıda verilmektedir:

- Bütçe öncelikleri,
- Finansman kaynakları,
- Personel görevlendirmeleri,
- Tüketiciler veya piyasa,
- Yer, ürün veya hizmetler,
- Bilgi türleri, kullanımı ve teknolojilerdeki değışiklikler.

Değışiklikler, ayrıca diğler organizasyonlar ve çevrelerdeki yan etkiler, organizasyon ve teşvik ettiğı konular hakkında kamuoyunun fikrini içerebilir (44) (Şekil 16.1).

Değerlendirmelerin Yayılması ve Kullanılması

Son yıllarda halk sağlığı çalışanları, bulgularını politika alanlarında uygulamak için politika yapıcılar ve halk ile birlikte çalışmanın önemini kavramışlardır (45). Bu nedenle, değerlendirme sürecindeki son adım yaygınlaştırmaya odaklanmalıdır: Yaygınlaştırma, toplumun sağlığı için uygulanabilir dersleri, çalışma hipotezleri veya temel ilkeleri iletmek için planlanmış yollardır.

Bulgular, potansiyel kullanıcıların organizasyonel veya politik önceliklerine dönüştürülmelidir (11). Bunlar politika oluşumunda erken aşamada (çıkart grupları temel bir politika konusu etrafında toplanmadan önce) veya çok sonra (sosyal çevre olumlu olduğunda) etki yapabilir. Çalışmalar, politika problemlerini ve çözümlerini kavramak için yeni yollar oluşturabilir; daha nadir olarak politika gelişimine eklenebilir veya basitçe, benzer ilgili organizasyonlar yerine belli bir organizasyon gibi dar bir ortama uygulanabilir (46).

Geçmişte bulguların yayılması konusu, dağıtım çalışmaları çerçevesinde tartışılmıştır. Bu tartışmanın yeni şekilleri yaygınlaştırma süreçlerini vurgulamakta; daha amaca yönelik eylemleri gerektirmektedir (47). Sürekli yaygınlaştırma ve değerlendirmelerin kullanımı için personel ve gruplar arası bağın devam etmesi gereklidir. Muhtemel kullanıcılarla önceden katılım; politika yapıcılar, politika yapıcılarının yardımcıları, basın, ilgili topluluk grupları veya sağlığın teşviki ve geliştirilmesi destekçilerine yönelik teknik destek veya eğitim fonları için kaynaklar taahhüt edilmelidir.

Değerlendirme çalışmalarında, profesyonel döngü dışında politika sonuçlarının yayılması için nadir olarak fon bulunmaktadır: Bu ise uygun zamanlı ve kullanıcı dostu dağıtım için bir engeldir. Bu tür çalışmaları araştırmak ve kendi çalışmalarını çeşitli formatlarda yaygınlaştırmayı teşvik etmek için personel istihdam eden bazı destek grupları istisnadır. Bilgi transferine yönelik kaynaklar; bilgilendirme toplantıları, seminerler, uyarlanmış raporlar veya konuşma noktaları, kamuya açık toplantılar ve basın toplantıları gibi çeşitli kanalları destekleyebilir.

Sonuç

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politika değerlendirmesinin amacı, sağlığı sürdüren politika değişikliklerine ve kurumsal değişikliklere uygulanabilir dersler sağlamak olduğunda, temel bir kavramsal çerçeve, bu stratejik amacı destekleyebilir. Burada gösterilen politika yapma çerçevesi; süreçleri, kurumsal oyuncuları, bunların çıkarlarını, stratejilerini ve etkilerini belirler. Veri toplanmasını ve metodolojileri yönlendirmek ve potansiyel kullanıcı grupları için güvenilir sonuçlar elde etmek amacıyla kavramsal bileşenler, değerlendiriciler hangi çerçeveyi kullanırsa kulsın, operasyonel olarak tanımlanmalıdır.

Herhangi bir bölgede veya organizasyonda, başlangıç aşamasından kabullenme, uygulama, değerlendirme ve yeniden formüle etmeye kadar politika geliştirmenin bir veya daha fazla aşaması için değerlendirme yapılabilir. Bu tür bilgiler, organizasyonların sağlığın teşviki ve geliştirilmesini sağlayabilmek için bilinenleri nasıl daha etkili uygulayabileceğini, bu amaçlara ulaşmak için diğer sektörlerle nasıl çalışabileceklerini ve sağlığı geliştirecek değişiklikleri desteklemek için kamu politikası ve kurumsal politika yapma alanlarında nasıl çalışabileceklerini gösterebilir.

Uygulamalı bir alan olan değerlendirme çalışmalarında sürecin bir parçası olarak planlı yaygınlaştırma faydalı bir şekilde kullanılabilir. Çeşitli kamu sektörü ve özel sektör paydaşlarının soruların hazırlanma ve sonuçların tartışılma sürecine dâhil edilmesi, bu tür çalışmaların zamanında olmasını ve faydalı olmasını sağlayacaktır. Bu yaklaşım, politika başarılarına ve başarısızlıklarına yönelik koşulları belirlemek için uygulamaya ilişkin araştırma ve politika müdahale araştırmasına dair taleplere yanıt olmaktadır (48). Değerlendirmeleri eğiten, geliştiren, finanse eden ve ileten organizasyonlardaki değişiklikler; akademik kurumları, araştırma finansman organlarını, sağlık programlarını finanse eden ulusal ve bölgesel daireler ile gazete ve dergi yayıncıları gibi yeni odakları teşvik etmektedir.

Kaynaklar

1. MILIO, N. A framework for prevention: changing health damaging to health generating life patterns. *American journal of public health*, 66: 35-38 (1976).
2. MINKLER, M., ED. *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997.
3. Hu, T.-W. ET AL. Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *American journal of public health*, 85(9): 1218-1222 (1995).
4. LINENGER, J. ET AL. Physical fitness gains following simple environmental change. *American journal of preventive medicine*, 7: 298-310 (1991).
5. PENTZ, M.A. ET AL. The power of policy: the relationship of smoking policy to adolescent smoking. *American journal of public health*, 79(7): 857-862 (1989).
6. GLANTZ, K. ET AL. Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through nutrition: opportunities for state and local action. *Health education quarterly*, 22(4): 512-527 (1992).
7. SCHMID, T. ET AL. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *American journal of public health*, 85(9): 1207-1211 (1995).
8. HEISER, P. & BEGAY, M. Campaign to raise the tobacco tax in Massachusetts. *American journal of public health*, 87(6): 968-973 (1997).
9. LYNAGH, M. ET AL. School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health promotion international*, 12(1): 43-60 (1997).
10. MILIO, N. Case studies in nutrition policymaking: how process shapes product. In: Garza, B., ed. *Beyond nutrition information*. Ithaca, Cornell University Press, 1997.
11. BREWER, G. & DE LEON, P. *Foundations of policy analysis*. Homewood, IL, Dorsey, 1983.
12. BENJAMIN, K. ET AL. Public policy and the application of outcomes assessments: paradigms vs. politics. *Medical care*, 33(4): AS299-AS306 (1995).
13. MILIO, N. *Nutrition policy for food-rich countries: a strategic analysis*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1990.
14. MILIO, N. *Engines of empowerment: using information technology to create healthy communities and challenge public policy*. Chicago, Health Administration Press, 1996.
15. MILIO, N. US policy support for telehealth: organizational response to a new policy environment. *Telemedicine & telecare*, 1(4): 1-6 (1996).
16. CAMPBELL, H.S. *Impact of scientific data on policy initiation* [Dissertation]. Chapel Hill, School of Public Health, University of North Carolina, 1990.
17. LAUMANN, E. & KNOKE, D. *The organizational state*. Madison, University of Wisconsin Press, 1987.
18. WALLECK, L. Media advocacy. In: Minkler, M., ed. *Community organizing and community building*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1997, pp.

339-352.

19. CAPPELA, F. & JAMIESON, K. *Media in the middle: coverage of the health care reform debate of 1994*. Philadelphia, Annenberg School of Communication, University of Pennsylvania, 1996.
20. JACOBSON, P. ET AL. Politics of antismoking legislation. *Journal of health policy policy and law*, 18: 787-818 (1993).
21. ROCHEFORT, D. & COBB, R. Problem definition, agenda access, and policy choice. *Policy studies journal*, 21(1): 56-71 (1993).
22. KESSLER, D. ET AL. The Food and Drug Administration's regulation of tobacco products. *New England journal of medicine*, 335(13): 988-994 (1996).
23. FELDSTEIN, P. *The politics of health legislation. An economic perspective*. Chicago, Health Administration Press, 1996.
24. JASANOFF, S. *The fifth branch: science advisors as policymakers*. Cambridge, Harvard University Press, 1993.
25. GOODMAN, R. ET AL. A critique of contemporary community health promotion approaches: based on a qualitative review of six programs in Maine. *American journal of health promotion*, 7(3): 208-220 (1993).
26. GOODMAN, R. ET AL. Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health education quarterly*, 20(2): 161-78 (1993).
27. KEGLER, M. *Community coalitions for tobacco control: factors influencing implementation* [Dissertation]. Chapel Hill, School of Public Health, University of North Carolina, 1995.
28. WALKER, J. *Mobilizing interest groups in America: patrons, professions, and social movements*. Ann Arbor, University of Michigan Press, 1991.
29. LINDBLOM, C. & COHEN, D. *Usable knowledge*. New Haven, Yale University Press, 1979.
30. MILIO, N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. In: Badura, B. & Kickbusch, I. *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (WHO Regional Publications, European Series, No. 37).
31. *What shapes lawmakers' views? A survey of members of Congress and key staff on health care reform*. Washington, DC, Columbia Institute, 1995.
32. CAPPELA, F. & JAMIESON, K. *Public cynicism and news coverage in campaigns and policy debates: 3 field experiments*. Philadelphia, Annenberg School of Communication, University of Pennsylvania, 1994.
33. EDGAR, T. ET AL. *AIDS: a communication perspective*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1992.
34. MCCOMBS, M. & SHAW, D. The evolution of agenda-setting research. *Journal of communication*, 43(2): 58-67 (1993).
35. ZERVIGON-HAKES, A.M. Translating research into large-scale public programs and policies. *Future of children*, 5(3): 175-191 (1995).
36. FORTMANN, S. ET AL. Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: the Stanford Five-City Project. *American*

- journal of epidemiology*, 137: 1383-1393 (1993).
37. WINKLEBY, M.A. The future of community-based cardiovascular disease intervention studies. *American journal of public health*, 84(9): 1369-1372(1994).
 38. LUEPKER, R. ET AL. Community education for cardiovascular disease prevention: risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *American journal of public health*, 84(9): 1383-1393 (1994).
 39. MITTLEMARK, M. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14(4): 437-462 (1993).
 40. FISHER, E.B The results of the COMMIT trial. *American journal of public health*, 85(2): 159-160 (1995).
 41. SCHEIRER, M. & REZMOVIC, E. Measuring the degree of implementation: a methodological review. *Evaluation review*, 7: 599-633 (1983).
 42. PRESTBY, J. ET AL. Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations. *American journal of community psychology*, 18(1): 117-149(1990).
 43. WEISBROD, R. ET AL. Impact of a community health promotion program on existing organization: the Minnesota heart health program. *Social science and medicine*, 34(6): 639-648 (1992).
 44. CHEADLE, A. ET AL. Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health-promotion programs. *American journal of preventive medicine*, 8: 345-350 (1992).
 45. STIVERS, C. The politics of public health: the dilemma of a public profession. In: Litman, T. & Robins, S. ed. *Health politics and policy*. Albany, NY, Delmar, 1991, pp. 356-369.
 46. BRINT, S. Rethinking the policy influence of experts: from general characterizations to analysis of variation. *Sociological forum*, 5(3): 361-385 (1990).
 47. KING, L. ET AL. *A review of the literature on dissemination and uptake of new information and research related to health promotion and illness prevention activities. Report to the Department of Community Health and Family Services*. Canberra, Commonwealth of Australia, 1995.
 48. GENERAL ACCOUNTING OFFICE. *Improving the flow of information to the Congress*. Washington, DC, US Congress, 1995.

Ülke Çapında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Politikalarının Değerlendirilmesi: Kanada Tecrübesi

Reg Warren, Irving Rootman ve Rick Wilson

Giriş

Bu fasılda, ülke çapında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarının değerlendirilmesindeki konular, kısıtlamalar ve karmaşıklıklar incelenmektedir. DSÖ Ülke Çapında Entegre Bulaşıcı Olmayan Hastalık Müdahale Programı (CINDI), ABD'deki kalp sağlığı programları ve Kanada ve ABD'deki Sigarayı Bırakma Girişimi (COMMIT) gibi büyük, kontrollü demonstrasyon projelerindeki başlıca karmaşıklıkların belirlenmesi konusunda çok iyi çalışmalar yapılmıştır (1-3). Bu problemler, büyük demonstrasyon projelerinin birçok ilgili bileşenden yalnızca birini içerdiği ulusal politikaların değerlendirilmesinde ortaya çıkmaktadır.

Bu sınırlamaların bazılarına değinmeye çalışarak ülke çapında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi politikalarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik mevcut yaklaşımımızı sunuyoruz. Bu yaklaşım; dinamik değerlendirme ve izleme süreçlerini, program katılımcılarının performans göstergelerinin oluşturulmasına aktif katılımını, düşük maliyetli, hedefe odaklı ve entegre bilgi sistemlerinin gelişimini, uygulamalı, kullanım odaklı bilgi toplamanın uygulanması ve program performansının fikir birliğine dayalı olarak değerlendirilmesini içermektedir.

Kanada'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı

1978 yılında Kanada, bir hükümet tartışma raporuna tepki olarak dünyada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı oluşturan ilk ülke olmuştur (4). Federal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı; baskın şekilde davranıştan kaynaklanan alkol, tütün, uyuşturucu kullanımı, beslenme ve güvenlik gibi bir dizi sağlık sorununa odaklanmıştır. Programda müdahaleler geliştirilmiş ve yapılmış; bu konuları çocuklar, gençler, kadınlar ve yaşlılar gibi bir dizi hedef kitleye bağlayan topluluk programları desteklenmiştir. Program genellikle ev, okul, iş yerleri ve topluluklar gibi kilit ortamlarda yapılmıştır. Program, Kanada Sağlık Dairesi'nde toplum sağlığı programı olarak yeniden konumlandırılmıştır.

Bu programın geliştirilmesi esnasında erken bir aşamada değerlendirme ihtiyacı fark edilmiş ve bir değerlendirme çerçevesi oluşturulmuştur (5). Çerçeveye dayalı olarak kurulan sistemden ve diğer kaynaklardan bilgi alınarak 1989 yılında programın bir değerlendirilmesi yapılmıştır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının süresi boyunca bilgi toplama yoğun şekilde yapılmıştır. Bunlar arasında, girdiler ve harcamaların detaylı olarak

izlenmesi; yürütülen faaliyetler ve üretilen çıktılar; program sunumu ve kısa vadeli etkiler hakkında değerlendirme çalışmaları (medya izleme çalışmaları dâhil); seçilen kilit projelerin derinlemesine sonuç değerlendirmesi (destekli sigara önleme projesi gibi); temel konular, hedef gruplar ve yerlere ilişkin ilerlemeyi izlemek için ulusal araştırmalar bulunmaktadır. Söz konusu dönemde Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdürlüğü'nde izleme ve değerlendirme faaliyetlerine 10 milyon Kanada Doları harcanmıştır.

Bununla birlikte bu oldukça yoğun ve proaktif bilgi toplama faaliyetleri, federal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının etkililiği hakkında kesin kanıt sunmada yetersiz kalmıştır. Çok bilgi toplanmasına ve değerlendirme sürecinin bir parçası olarak kullanılmasına rağmen, nihai değerlendirme için programın etkililiğini belirlemek amacıyla kilit bilgi veren kişiler ve uzman grubu tarafından yapılan değerlendirmeler gibi ek bilgiler gereklidir.

1989 yılında yapılan değerlendirmede çalışan ekip aşağıdakileri gerçekleştirmiştir:

- Genel bir literatür taraması,
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdürlüğü tarafından yürütülen proje değerlendirmelerinin ve program operasyonları ile uygulamasının gözden geçirilmesi,
- Temel bilgi veren 50 kişinin (özellikle il temsilcileri ve hükümet dışı temsilciler), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki 70 uzman ve Kanada Sağlık Dairesi fonlarını alan ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi projelerine sponsor olan 100 toplum grubunun anketleri,
- Yedi kişilik uzman grubu.

Oldukça geniş çaplı bir bilgi toplama çalışması yapılmıştır. Bu nedenle nihai sonuç ve tavsiyeler elde edilirken son proje değerlendirmesinin; nitel verilere ve ortaklar, paydaşlar, hibe faydalanıcıları ve uzman grubunun öznel yargılarına ağırlıklı ölçüde dayanmaya zorlanması merak uyandırıcıdır. Bunun sebeplerinden bazıları aşağıda anlatılmıştır.

Kanada'nın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programının Değerlendirilmesi: Zorluklar ve Engeller

İdari Bağlam

1989 değerlendirmesi ulusal değil, federal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Değerlendirme, büyük ölçüde federal harcama ve ilgili faaliyetlere ilişkin sonuçlara odaklanmıştır. Bunun tersine ulusal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı, Kanada'da her düzeyde yapılan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin bir özetidir (federal düzey, il düzeyi ve yerel düzeyde). Federal faaliyetler yalnızca bir bileşeni oluşturmaktadır. Ulusal program değerlendirilmeden, federal faaliyetlerin ulusal programın amaçlarına ne kadar katkıda bulunduğu değerlendirilmesi mümkün değildir. Program sunumundaki

çok sayıda aracından dolayı sonuçların spesifik program bileşenlerine dayandırılması zordur. Ne yazık ki hiçbir organizasyon böyle bir değerlendirmeyi yürütme konusunda çapraz bölge sorumluluğuna sahip değildir. Gelecekteki değerlendirmeler, daha büyük ulusal programları izlemek için süreçler bulunmasını sağlamalıdır. Bu durum, elbette ortaklar, paydaşlar ve programcılarla dikkatli bir şekilde müzakere edilmiş anlaşmalar gerektirmektedir.

Kanada Halk Sağlığı Vakfı, *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Eylem Bildirisi*'nde ilerlemenin ulusal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi amaçlarına göre sürekli izlenmesine duyulan ihtiyacı kabul etmiştir (6). Bu belgede, vizyon bildirisinde temellenmiş ve vizyondan ve açıkça belirtilmiş bir dizi çekirdek değerden çıkarılan eylem önceliği yer almaktadır. Son bir not olarak Vakıf, “bildiride yer alan fikirlerde eylemi kolaylaştırmak ve ilerlememizi izlemek ve raporlamak için çeşitli kurumsal ve toplumsal ortaklarla birlikte çalışmayı” taahhüt ettiklerini belirtmektedir (6).

Politika Bağlam: Rol ve Sorumluluklar ve Değişen Öncelikler

Kanada ve federal sistemi olan diğer ülkelerde önemli bir konu, ara ve uzun vadeli sonuçlara yönelik nedensel zincirde bölgesel ve yerel programlamanın önemidir. Anayasal alandan ve yetki alanından kaynaklanan kısıtlamalar, program uygulamasının en çok il düzeylerinde ve yerel düzeylerde olmasını gerektirmektedir. Sonuç olarak federal programın amacı, diğer düzeylerde hükümet ile ortak amaçlar ve program tasarımı üzerinde istişare etmek ve anlaşmak olmuştur. Sonuçların atfedilmesi, istişare ve stratejiler hakkındaki sorulara odaklanma eğilimindedir. Böylece federal çalışmaların ulusal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedeflerine katkısını (özellikle uzun vadedeki davranış değişiklikleri) değerlendirmek zor olmuştur.

Buna ek olarak ne illerin ne de diğer kilit oyuncuların, federal hükümetle doğrudan raporlama ve sorumluluk ilişkisi olmamıştır. Bu durum eş güdümlü bilgi toplamayı fazlasıyla karmaşık bir hâle getirmiştir. İlerideki değerlendirmeler için dikkatli şekilde müzakere edilmiş ortaklıklar ve bilgi paylaşımı için protokoller gerekecektir.

Ayrıca, hükümet değişiklikleri ve harcamaların azaltılmasına yapılan vurgu ile siyasi öncelikler de sürekli değişmektedir. Her ikisi de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programını ve programın değerlendirilmesini etkilemiştir. Program esnasında, harcama kesintileri diğer konuları ele almak için mevcut kaynakları azaltmaya devam ederken; alkol ve uyuşturucu kullanımı, tütün denetimi, alkol ve uyuşturucunun etkisi altında araba kullanmak ve çocuk ve aile sağlığı konularını ele almak için birçok büyük, iyi finanse edilmiş ulusal strateji geliştirilmiştir.

Sonuç olarak programın vurgusu, ilk tasarım ile değerlendirme arasında önemli derecede değişmiştir. Bunun sonucunda birçok temel soru ortaya çıkmıştır. Özellikle başarı göstergeleri, programın ilk başta tasarlandığı ve uygulandığı hâline mi yoksa değişen hâline mi dayalı olmalı mıdır? Bu bağlamda, değerlendirmenin programdaki değişiklikleri yansıtması için daha dinamik yöntem ve prosedürlerin geliştirilmesi gerektiği görülmektedir.

Sosyoekonomik Bağlam

Batılı sanayileşmiş ülkelerin çoğunda olduğu gibi ulusal değerlendirmenin kapsadığı dönemde, Kanada’da kişi başı gelir ve eğitim düzeylerinde devamlı büyüme ve önemli demografik değişiklikler meydana gelmiştir. Kanada’da kilit sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sonuçlarına ilişkin, bazı çok önemli olumlu değişiklikler olmuştur (tütün kullanımı, alkol ve uyuşturucu etkisi altında araba kullanma ve fiziksel aktivite gibi). Eğitim ve gelir düzeyi artan diğer birçok ülke de bu tür bir ilerleme göstermiştir. Başlangıçtaki değerlendirme tasarımı, sağlığın daha geniş belirleyicilerini bilgi toplama süreçlerine ekleme yönünde bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu tasarım, sonuç olarak istenen değişikliklerin programdan mı yoksa daha geniş çapta sosyoekonomik ve demografik değişikliklerden mi meydana geldiğini doğrulayamamıştır. Zaman zaman diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapılmıştır; ancak diğer ülkelerin geniş kültürel, sosyopolitik ve diğer farklarından dolayı kontrol grupları olarak kullanılmalarına yönelik mantıklı veya rasyonel gerekçe çok azdır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi

Programın başlangıcından (1978) değerlendirilmesine kadar (1989), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanı büyük ölçüde değişmiştir. Programın değerlendirmesinde çeşitli temel etkinlikler büyük etki yaratmıştır. Bunlar arasında, Herkes İçin Sağlık konulu bir hükümet raporu (7), Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’nin kabul edilmesi (8) ve DSÖ Sağlıklı Halk Politikası Konferansı bulunmaktadır (9). 1989 itibarıyla alandaki mevcut düşünceye ayak uydurmak için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programı çok fazla değişim göstermiştir.

Farklı Kaynaklar ve Kapasiteler

Sofistike değerlendirme çalışmalarını uygulamaya ve hatta temel, sürekli veri toplamaya yönelik kaynaklar ve kapasiteler ilden ile ve topluluklar içinde çok fazla değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda, değerlendirme çalışmalarına yönelik talep ve sürekli olarak bilgi sağlama yükü genellikle program sunumunun talepleri ile rekabet etmelidir. Güçlendirilmiş program sunumu için izleme ve değerlendirmeye kaynak tahsis edilmektedir (fırsat maliyeti). Sonuç olarak yerel düzeyde bilgi toplama, genellikle en az donanımlı ortağın kaynak kısıtlamalarına duyarlı olan en düşük ortak payda yaklaşımını takip etmelidir.

Topluluklar tarafından toplanan veriler genelde etkinlikler ve süreçlerin anlatımını içermektedir. Veri sağlanırsa veya mevcutsa bile en iyi ihtimalle analitik kapasite sınırlıdır. Topluluklar ve gönüllü STK’ler ile diğerlerinin ders kitabı değerlendirmelerini uygulamak için gerekli kaynakları çok nadir bulunur. Genellikle her düzeyde etki değerlendirme çalışmaları bulunmaz veya sadece bazı müdahaleler için değerlendirmeler mevcuttur.

Bununla birlikte spesifik sağlığın teşviki ve geliştirilmesi projelerinin sürekli değerlendirilmesinden alınan bilgi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının izlenmesine ve değerlendirilmesine tek ve en önemli girdidir. Bu tür bilgi, program faaliyetlerinin (projeler) katkısının planlanması ve amaca ulaşmaya bağlanmasına

imkân tanıyan önemli bağlantıyı sağlar. Bundan dolayı, gelecekteki izleme ve değerlendirme çalışmalarının başarılı olması için bu alanlarda topluluk kapasitelerinin artırılması için daha fazla çaba harcanmalıdır.

Koordinasyon ve Entegrasyon

Federal düzeyde, il düzeyinde ve yerel düzeylerde bilgi toplanmıştır; ancak yetki sınırları arasında çok az eş güdüm olmuş ve dikey bilgi akışı çok az olmuştur. İdareciler; program girdileri, faaliyetleri ve çıktıları hakkında fazla miktarda bilgiyi rutin olarak toplamıştır. Bu çabalar genellikle idari şartları karşılamak için tasarlanır. Program izleme ve değerlendirmesinde girdi olarak bu tür bilgiye ihtiyaç duyulmasına nadiren duyarlıdırlar. Programlar genellikle bir ortaklık yaklaşımı kullanarak geliştirilmesine rağmen bilgi akışları; organize, müşterek ve kapsamlı yürütmeden çok sistemin her düzeyinde sorumluluk şartlarını yansıtmaya eğiliminde olmuştur.

Buna ek olarak araştırmacılar, programcılar, politika yapıcılar ve idareciler arasındaki yatay eş güdüm ve entegrasyonun eksik olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalarda ulusal izleme ve değerlendirme bilgisi ihtiyacı nadir olarak ele alınmıştır. Örneğin, 4 farklı ulusal araştırma ve çeşitli il araştırmaları ve yerel araştırmalar, sigara içme alışkanlığını ölçmüştür. Her birinde farklı araştırma tasarımları ve metodolojileri uygulanmış ve çalışmalar arasında ve zaman içinde karşılaştırılamayacak sorular sorulmuştur. Şüphesiz bu araştırmaların birincil amacı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının bütün bileşenini izlemek veya değerlendirmek değildi. Bununla birlikte daha fazla yatay eş güdüm ve entegrasyonla bu araştırmalar bu açıdan çok daha fazla katkı sağlayabilirdi.

Kontrol Koşullarının Eksikliği

Birçok yasal, idari, teknik ve kavramsal sebepten dolayı, uygun kontrol gruplarının eksikliği, ulusal programların değerlendirmesine sıklıkla engel teşkil eder. Biraz kontrol mümkün olduğunda bile modern toplumlar fikirlerin, bilginin ve insanların hızlı hareket etmesinden ve fikir akışından kaynaklanan kirliliğe karşı koruma sağlamak zordur. Bilginin bakış açılarının kontrol edilmesi mümkün olsa bile ulusal politika tedbirleri, kapsamlı ve içerikli olmalıdır.

Bu kontrol eksikliği, program performansına yönelik standartların belirlenmesi için bilgi veren kişilerin düşüncelerine ve uzman gruplarına bağımlı olunmasını gerektirmiştir. Bu tür değerlendirme kriterleri faydalıysa da sürecin başlangıcında (daha sonrasında değil) yerleşmiş olsalar ve kabul edilebilir performansın ne olduğu hakkında program katılımcılarının fikir birliğine dayalı olsalardı, bunların değeri ve meşruluğu daha büyük olurdu.

Zamanlama

1989 yılında değerlendirme tamamlandığında, federal sağlığın teşviki ve geliştirilmesi o kadar çok değişmişti ki değerlendirme sonuçlarının çoğunun programla ilgisi

yoktu. Program hakkında sürekli bilgi sağlanması, gelecek değerlendirmelerin ana bir unsurunu oluşturmaktadır.

Birden Fazla Kaynaktan Birleştirme Yapma

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının değerlendirildiği on yıllık faaliyet döneminde büyük bir veri tabanı bir araya getirilmiştir. Bu veritabanı teorik arka planı ve iyi uygulamalara ilişkin literatür taramalarını içermiştir: ihtiyaç analizleri ve fizibilite çalışmaları; harcamalara, girdi ve çıktılarına ilişkin idari kayıtlar; program uygulaması ve sunumunun çalışmaları; spesifik projeler veya program bileşenlerinin uzun ve kısa vade etkilerinin çalışmaları (medya kampanyaları gibi); bir dizi ulusal araştırma. Bu bilgi akışlarının her biri, programın etkililiği hakkındaki kararları aydınlatmak için gerekli bilginin temel parçalarını sağlamış; ancak aynı zamanda yeterliliği düşüren önemli kısıtlamaları olmuştur. Bundan dolayı bir uzman grubu, program etkililiğinin nihai değerlendirilmesi ile görevlendirilmiş ve bunların görevi, kanıtları inceleme ve üçgenlere bölerek birleştirme olmuştur.

Bu tecrübeden çıkarılan başlıca ders, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin etkililiğinin değerlendirilmesi için tek bir çalışma veya bir dizi çalışmanın, yeterli temeli sağlamasının çok mümkün olmadığıdır. Bu türdeki çalışmalara özgü güçlü yanlar ve sınırlamalarla nitelendirilen farklı bilgi türleri sağlayan farklı araştırma yaklaşımları gereklidir. Son olarak farklı türlerin tamamlayıcı güçlü ve zayıf yanları bulunmaktadır. Bilgi setlerinin üçgenlere bölünmesi, program etkililiğine karar verilmesindeki belirsizlik düzeyini azaltır.

Bu çok olağan dışı değildir. Spesifik bir örnek vermek gerekirse Kanada’da alkol ve uyuşturucu etkisi altında araba kullanmaya bağlı ölümleri azaltmak için ilerleme kaydedildiği hakkında fikir birliği olduğu görülmektedir. Bu durum, tek bir çalışma veya bilimsel araştırma türünün değil, benzer metodoloji ve yaklaşımları kullanan çok çeşitli çalışmaların sonucudur. Bu yaklaşım ve metodolojiler şunlardır: klinik araştırma, sürücü simülasyonları, spesifik girişimlerin değerlendirme çalışmaları (davranış ve politika müdahaleleri gibi), birden fazla yetki alanının tecrübesinin değerlendirilmesi, gerçek dünya ortamındaki çalışmalar (hastane ve kaza yerleri gibi), psikofarmakoloji çalışmaları, toksikoloji ve adli tıp bilimleri ve çeşitli araştırmalar, boylamsal veri tabanları ve ilgili veriler.

Gerçekten de sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin etkililiği hakkındaki yargıların çoğunun geniş ve birbirinden farklı ancak potansiyel olarak birbirini tamamlayan bilgi kaynaklarının üçgenlere bölünmesinden ortaya çıkan, çeşitli yaklaşım, teknik ve metodolojileri kullanan fikir birliği kararlarına dayalı olduğu söylenebilir.

Kanada Tecrübesi: Alınan Dersler

Kanada Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Programı’nın değerlendirmesindeki tecrübelerimiz, diğer ülke çapında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin

değerlendirmesine uygulanabilecek bir dizi ders sunmaktadır. Örneğin bu tür değerlendirmeler:

- Çeşitli metodoloji ve yaklaşımlar kullanarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi proje ve programlarının etkililiği hakkındaki belirsizlikleri azaltmak için sağlam bir bilgi temeli oluşturmalıdır,
- Büyük çaplı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının uygulandığı ve geliştiği politik ve sosyokültürel bağlamı dikkate almalıdır,
- Bilgi akışının önündeki idari ve yasal engelleri kaldırmak için ortaklıklar kurmalıdır,
- Gelişen bir programı sürekli olarak izleme ve değerlendirme kapasitesi olan dinamik prosedürler oluşturmalıdır,
- Değerlendirmeye kullanıcı odaklı yaklaşımlar geliştirmeli ve özellikle sürecin her aşamasında performans göstergelerinin oluşturulması, uyarlanması ve raporlanması hakkında ortakları, paydaşları ve diğer potansiyel kullanıcıların katılımını sağlamalıdır,
- Program sunum altyapısının çeşitli noktalarında program değerlendirme ve izleme kapasitelerini geliştirmeli ve beslemelidir.

Ayrıca şu ihtiyaçlar bulunmaktadır:

- Hem toplama hem yaygınlaştırma için mevcut bilgi sistemlerinin daha iyi koordinasyonu ve entegrasyonu,
- Paydaşlar ve diğer kullanıcıların daha iyi koordinasyonu, entegrasyonu ve katılımı vasıtasıyla araştırma fonlarının daha maliyet etkin kullanımı,
- Devamlı olarak program performansı hakkında ilgili verilere zamanında ulaşılması,
- Program hakkındaki bilginin toplanması, analizi ve yayılmasına daha kullanım odaklı yaklaşımlarda bulunulması,
- Çoklu bilgi sistemlerinin üçgenlere ayrılması temelinde program etkililiğine karar vermek için daha güçlü mekanizmalar olması.

Bu ihtiyaçların çoğu, gerçek dünyada sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesinin özünde yer almaktadır. Birlikte ele alındığında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının etkililiğinin tanımlayıcı bir değerlendirmesinin yapılması (klasik değerlendirme araştırma metotları, teknikleri ve kriterlerine uygun) mümkün görünmemektedir (bk. Fası 1-3). Etkililik kanıtının çoğu, üçgenlere ayrılma vasıtasıyla toplanmalıdır. Bununla birlikte hangi bilginin gerektiği, bu süreçlere kimin katılması gerektiği, belirsizliği en aza indirmek, güvenilirlik ve meşruluğu artırmak için kararların nasıl verilmesi gerektiği hakkında temel sorular ortaya çıkmaktadır.

Bir sonraki kısımda program etkililiğine, fikir birliğine dayalı olarak karar verilmesini amaçlayan yaklaşım tarif edilmektedir. Bu yaklaşım, Ontario Tütün Stratejisi'nin izlenmesi ve değerlendirilmesinden çıkarılan örneklerle açıklanmaktadır. Ontario Tütün Araştırma Birimi tarafından hazırlanan yıllık bir rapor (10), bu izleme

ve değerlendirme sürecinin bir uygulamasının ve ilgili çıktıların kısa bir tanımını vermektedir ve yaklaşımımızın bazı uygulamalı örneklerini vermek için bu rapor kullanılmaktadır.

Alınan Derslerin Uygulanması

Ontario’da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının izlenmesi için kullandığımız yaklaşım, paydaşlarla ortaklığa ve paydaşların tam katılımına dayanmaktadır. Metodoloji; yönetim bilimi; sistem analizi ve değerlendirme-araştırma kavramları, metotları ve tekniklerinin bir karışımıdır. Sonuçların her düzeyde doğru değerlendirmesini, sürekli ve zamanında sağlamak için amaca ulaşma, uygulama ve çeşitli kaynaklardan edinilen bilginin birleştirilmesi ve iletilmesine odaklanmaktadır. Temel göstergeleri belirleme ve ilgili bilgileri sağlamada katılımcılarla istişare ve ortaklık vurgulanmaktadır. Yaklaşımın özel bir yanı, yukarıdan aşağı ya da aşağıdan yukarı değil, müşterek, katılımcı ve gönüllü olmasıdır.

Süreç büyük ölçüde çok çeşitli kaynaklardan bilgilerin entegrasyonu ve koordinasyonuna dayanmaktadır. Büyük miktarda bilgiler rutin olarak üretilmektedir: örneğin idari kayıtlar; üretilen, yayılan ve alınan çıktıların kayıtları; biçimlendirici, süreç ve ara değerlendirme çalışmaları; periyodik, derinlemesine, uzun vadeli sonuç değerlendirmeleri; ilgili değerlendirmelerle demonstrasyon projeleri; özel çalışmalar, araştırmalar ve sonuç bilgi setleri. Bu tür bilgiler, ucuz ancak etkili izleme ve değerlendirme sisteminin geliştirilmesi için ideal temeli sağlayacaktır. Gereğinden fazla bilgi toplama çalışmalarını ortadan kaldırma, çeşitli kaynaklardan bilgileri birleştirme ve bunları zamanında ve maliyet etkin bir şekilde geniş bir kullanıcı kitlesinin kullanımına sunma umuduyla çeşitli kaynakları koordine etme, entegre etme ve akılcı hâle getirmeye çalışıyoruz. Bu yaklaşım, hâlihazırda toplanan bilgiden yararlanmaya, toplama sistemlerini koordine ve entegre etmeye ve bunları özel çalışmalar ve sonuç bilgi toplama sistemlerinden bilgilerle tamamlamaya çalışmaktadır. Yaklaşım birkaç temel stratejiyi yansıtmaktadır:

1. Kullanıcı odaklı yaklaşım uygulanması,
2. Temel işletim ilkeleri üzerinde mutabakata varılması,
3. Ortaklık kurulması ve desteklenmesi,
4. Program faaliyetleri, çıktıları ve istenen etkiler üzerinde fikir birliği oluşturulması,
5. Sorumluluk için kriterlerin konması,
6. Bilginin toplanması ve yorumlanmasına kullanıcıların dâhil edilmesi,
7. Yıllık izleme raporu hazırlanması,
8. Bilginin yayılması ve kullanılması,
9. Sürekli iyileştirme taahhüdünde bulunulması.

Kullanıcı Odaklı Bir Yaklaşım

Ontario’da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının izlenmesi için kullandığımız yaklaşım, kullanıcı odaklıdır. Her düzeydeki kullanıcıların ve katılımcıların (idareciler,

politika yapıcılar, program tasarımcıları ve personeli ile topluluk uygulayıcıları) sürecin her aşamasına doğrudan dâhil olması gerektiği varsayımından hareket edilmektedir. Genel yaklaşım; büyük ölçüde yerel düzeyden büyük çaplı genel izleme değerlendirme modeline aktararak ve yalnızca bu amaçlar için değil ayrıca çevre tarama, stratejik planlama ve program gelişimine girdi şeklinde bilgiyi kullanarak katılımcı eylem araştırmasına dayanmaktadır (11) (bk. Fasil 4). Kullanıcıların hangi bilgiye gereksinim duyduğuna karar verilmesi vurgulanmalıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yatırım yapıp yapmama konusunda karar vermeye çalışan bir politika yapıcısının bilgi ihtiyacı, baskın bir yerel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusu ile mücadele eden bir toplum programı personelinin ihtiyacından, kaynak tahsisi kararlarını savunmak zorunda olan bir program idarecisinin ihtiyaçlarından veya halka bilgi vermek isteyen bir gazetecinin ihtiyaçlarından farklı olacaktır.

Ortaklar topluluğu, bilgi toplama ve yaygınlaştırmanın her açısında kararları etkilemelidir:

- Hangi araştırma finanse edilmektedir (araştırma çıktılarının nasıl paketlenmesine karar verilerek),
- Mevcudiyet nasıl teşvik edilmektedir,
- Bilgi nasıl dağıtılır, yayılır ve kullanılır.

Kullanıcılar; standartların nasıl belirlendiği, hangi performans göstergelerinin anlamlı ve uygun olduğu ve sonuçta ortaya çıkan bilginin nasıl toplanacağı, analiz edileceği, yorumlanacağı ve yayılacağı da dâhil olmak üzere, hesap verebilirlik ile ilgili herhangi bir tartışmaya doğrudan katılmalıdır.

Temel İşletim İlkelerine Karar Verilmesi

İzleme ve değerlendirme metodolojisine bir dizi işletim ilkesi eklenmiştir:

- Bilginin ihtiyaçlara, şartlara ve farklı paydaşların değerlerine duyarlı ve hassas bir şekilde toplanması ve iletilmesinin sağlanması,
- Başka bir kaynakta bulunmayan bilgilerin toplanması vurgulanarak çekirdek bilgi şartlarının belirlenmesi,
- Yanıt yükünü en aza indirmek için mevcut bilgi toplamanın rasyonelleştirilmesi,
- Bilginin yerel düzey ve il düzeyinde anlamlı ve faydalı olmasının sağlanması,
- Mevcut bilgi kaynaklarının entegrasyonu (gereksiz veri toplamanın önüne geçilmesi),
- Ortakların izleme ve değerlendirme sürecine katılma kapasitesinin artırılması,
- Temel bilgi açıklarının belirlenmesi ve bunların giderilmesi için hedeflenmiş araştırma projeleri ve değerlendirme çalışmalarının teşvik edilmesi.

Ortaklıklar

Araştırmacılar, program tasarımcıları ve personel, idareciler, politika yapıcılar, uygulayıcılar, iletişim uzmanları ve kullanıcı toplulukları arasındaki ortaklıkları

teşvik etmek ve artırmak için mekanizmalara ihtiyaç vardır. Bu yaklaşımın başlıca özellikleri şunlardır:

- Yukarıda belirlenen bilgi toplama ilkelerinin belirlenmesi ve takip edilmesi,
- Bilgi ihtiyaçlarının program katılımcıları ile iş birliği içinde açıkça belirlenmesi,
- Mevcut bilgi kaynakları ile birleştirme,
- Mevcut bilgi sistemlerinin oluşturduğu açıkları doldurmak için yeni araştırmalara odaklanma,
- Bilgi kullanıcılarının sürecin her aşamasında dâhil edilmesi,
- Bilgi toplama sürecinde yanıt yüklerinin en aza indirilmesi,
- Bilgi toplama ve değerlendirme ve izleme çerçevelerinin geliştirilmesi için ortaklıklar kurulması.

Program Faaliyetleri, Çıktıları ve İstenen Etkiler Üzerinde Oy Birliği

Kullanıcılar; programın faaliyetleri, çıktıları ve beklenen etkileri gibi temel bileşenlerinin belirlenmesine dâhil olur. Böylece tüm program paydaşları; programın genel amaçları üzerinde hemfikir olur ve kendi spesifik faaliyetlerini bunun içine yerleştirir. Bu genellikle aşağıdakileri kapsar:

- Paydaşlar, kullanıcılar ve katılımcılarla yakından istişare içinde izleme ve değerlendirme çerçevesinin geliştirilmesi (hedefler, faaliyetler, çıktılar, istenen etkiler ve göstergelerin anlatımı dâhil),
- Mantık modelleri veya benzer haritalama prosedürleri kullanarak programın her açıdan tanımlanması,
- Program operasyonlarının tam bir tanımı olarak çerçeve veya mantık modeli üzerinde istişare edilmesi ve fikir birliğine varılması.

Hesap Verebilirlik Kriterleri

Paydaşlar ve uygulayıcılar program performansı ve hesap verebilirlik şartları hakkında fikir birliği oluşturulmasına doğrudan dâhil olur. Bu açıdan, katılımcılar, kendi faaliyetleri ve program faaliyetlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesinde kullanılacak değerlendirme kriterlerine karar verir. Ayrıca bu bilginin nasıl, kim tarafından, ne sıklıkta, ne şekilde toplanacağına ve kime rapor edileceğine karar verilmesine doğrudan dâhil olurlar. Bu genellikle 4 görevi kapsar.

İlk görev; bilgi toplama süreçlerini, belirlenen ihtiyaçlar ve göstergeler doğrultusunda standart hâle getirmektir. Katılanlar; bu ihtiyaçları ve göstergeleri, izleme çerçevesi ve mantık modeli hakkındaki istişareler ve hesap verebilirlik standartları hakkındaki bağımsız istişareler esnasında tanımlar ve bunlara karar verir. İkinci olarak mevcut izlemeye ilişkin bilgi toplama; ne toplandığı, kim tarafından ve ne şekilde toplandığı dâhil olmak üzere planlanır.

Üçüncü olarak bilgi toplama ve paylaşma için devam eden düzenlemeleri müzakere etmektir. Burada, gerekli ham verilerin mevcut ve değiştirilmiş kurumsal ve proje

bilgi sistemlerinden alınmasına odaklanılmaktadır. Uygulanabilir durumlarda, yanıt yükünü en aza indirmek için bu süreçte sürekli idari raporlamaya yönelik şartların, program değerlendirmesi ve izlenmesine yönelik şartlarla eş güdümünün sağlanmasına çalışılır. Ayrıca gerekli olan, tamamlanmış veya devam eden değerlendirme çalışmalarının ve ikincil analiz için uygun veri kaynakları ile bunlara erişim sağlamaya yönelik prosedürlerin belirlenmesini de kapsamaktadır.

Dördüncü olarak çerçevede belirlenen ve mevcut kaynaklar ve sistemlerce ele alınmayan bilgi ihtiyaçlarına değinmek için spesifik değerlendirme araştırması projeleri, izleme araştırmaları ve özel çalışmalar yapılır. Bu bilgi açıklarını azaltmak için dış finansman ve araştırmacılar harekete geçirilir.

Bilgi Toplanması ve Yorumlanmasına Kullanıcıların Dahil Olması

Paydaşlar özellikle en fazla aşına oldukları bilgi setlerine odaklı olarak farklı bilgi kaynaklarının yorumlanmasına doğrudan katılırlar. Bunlar idari kayıtlar, değerlendirme çalışmaları, özel çalışmalar, anketler veya diğer kaynaklar olabilir. Çeşitli uzmanlıkları olan paydaşların katılımı, bu çoklu veri setlerinden üçgenlere ayırmaya büyük ölçüde yardımcı olur ve çıkarılan sonuçlara daha fazla güvenilirlik ve meşruluk kazandırır. Ayrıca, etkililiğe ilişkin herhangi bir değerlendirmenin değişik bakış açılarını dikkate almasını sağlar.

Yıllık İzleme Raporu

Paydaşlar, program hakkında yıllık izleme raporu hazırlanmasının her aşamasına doğrudan dâhil olur. Bu rapor ve uygun özet raporlar, program uygulanması ve planlanmasına destek olmak üzere hazırlanır. Ayrıca ilerlemenin objektif ve üzerinde mutabakata varılmış bir ölçümünü sağlar. Bu süreçten doğan mevcut tüm bilgiler kullanılarak zorunlu periyodik değerlendirme raporları tamamlanır. Şüphesiz, bireysel projelere, bileşenlere, strateji ve amaçlara odaklanan diğer birçok izleme ve değerlendirme yayını da hazırlanır. Bu özel raporlar, programa ilişkin kapsamlı yıllık rapor için bilgi temeli sağlar.

Kullanıcılar, izleme raporlarında hangi temel konular ve soruların ele alınacağına karar verilmesine, faaliyetleri hakkında bilgi sağlanmasına, programın toplu etkileri hakkındaki bilgilerin sonuçlarının yorumlanmasına, bu bulguların sonuçlarının değerlendirilmesine ve daha fazla ne yapılacağı hakkında tavsiyelerde bulunmaya dâhil olurlar. Bundan dolayı, paydaşlar yalnızca rapor hazırlamanın ayrılmaz bir parçası olmakla kalmaz aynı zamanda hakem incelemesinin de kilit bir unsurudur. Bu hem rapora güvenilirlik ve meşruluk kazandırır hem de tavsiyelerin dikkate alınmasının taahhüt edilmesini sağlar. Genel olarak yıllık izleme raporu, hem programın bütünü hem de içindeki proje ve faaliyetler için en azından aşağıdaki konu ve sorunlara değinir:

1. Proje/program ne yapmaya çalışıyor (amaç ve hedefler),
2. Bugüne kadar hangi temel faaliyetler gerçekleştirildi (faaliyetler, kaynaklar ve fonksiyonlar),

3. Hangi çıktılar veya ürünler ortaya kondu (çıktılar),
4. Bunlar nasıl, kim tarafından vb. kullanıldı (müdahalenin alınması),
5. Hangi etkiler elde edildi,
6. Belirlenen amaçlara doğru ilerleme oldu mu (amaca ulaşılması) ve bunu belirlemek için hangi kanıt kaynakları kullanılıyor,
7. Program hedeflerine ulaşılmasında bireysel projelerin, bileşenlerin veya stratejilerin spesifik katkıları neler oldu ve bunu belirlemek için hangi kanıt kaynakları kullanılıyor.

Bilginin Yayılması ve Kullanılması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda süregelen bir problem, program etkililiğine ilişkin açık kanıtların eksik olmasıdır. Yukarıda belirtilen nihai değerlendirmenin önündeki engeller düşünüldüğünde bu durum şaşırtıcı değildir. Etkililiğin nihai değerlendirmesinin olmaması durumunda temel şart, kanıtların toplanması olur (ideal olarak çeşitli bağımsız kaynaklardan üçgenlere bölme vasıtasıyla). Neyse ki bu tür çok kanıt vardır. Bununla birlikte sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin uzun vadede varlığını sürdürülebilmesi, yalnızca etkililiğine yönelik kanıtlara değil, ayrıca bu bilgiye kimin erişebildiğine ve bilginin kabul edilebilir performans standartlarını ne ölçüde karşıladığına bağlıdır. Aynı şekilde karar alıcıların şartları, değerlendirme ve izleme kriterlerinin konmasında önemli bir rol oynamalı; bu bilgi onlarla ve paydaşlarla ihtiyaçlarına, beklentilerine ve değerlerine uygun ve yanıt verecek şekilde hemen paylaşılmalıdır.

Aslında paydaşlar, yıllık izleme raporu sonuçlarının yayılması ve kullanılmasına 2 önemli şekilde doğrudan katılır. Birincisi, kilit araçlar olarak sonuçları seçim bölgelerine veya tüketici gruplarına doğrudan veya hedef kitlenin ihtiyaçlarına uygun şekilde yeniden düzenleyerek yayarlar. Tüketici grupları arasında program planlamacıları, yönetici ve katılımcılar, idareciler, topluluk grupları, yerel konseyler, basın, sağlık bakanları, diğer karar alıcılar ve halk bulunmaktadır.

İkincisi kilit kullanıcılar olarak paydaşlar; bilgiyi, programı değiştirmek ve iyileştirmek için kullanırlar. Kullanım türleri; çevre taramasından ve stratejik planlamadan program planlaması, değiştirilmesi ve tasarımına, hesap verebilirlik ve gerekçelendirme süreçlerine, kurumsal incelemeden kamu politikasının ana bir unsuru olarak sürekli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri için siyasilerden ve halktan destek alınmasına kadar değişiklik gösterir.

Sürekli İyileştirme

Tüm katılımcılar; toplu izleme çabalarının sonucu olarak üretilen bilginin kalitesinin, miktarının, zamanındalığının ve uygunluğunun sürekli olarak iyileştirilmesine dair taahhütte bulunur. Bundan dolayı, yıllık olarak program izlemesine uygulanabilecek bilgi temelini güçlendirmek için çaba gösterirler. Bu, katılımcıların faydalanacağı gönüllü bir süreç olduğundan, katılıma gösterilen direnç dağılmıştır; kullanıcılar ürüne ve sürece aktif olarak iyileştirmeler önermişlerdir.

Uygulamaya Doğru: Ontario Tütün Stratejisi

Ontario Tütün Stratejisi, sigara kullanımını önleme, sigarayı bırakma ve halkı sigara dumanından korumaya odaklanan, il çapında uygulanan kapsamlı bir programdır. Temel bileşenleri şunlardır: bakanlıklar arası eş güdüm; mevzuat; halkın bilgilendirilmesi, farkındalığı ve eğitimi; toplum programları; kaynak merkezler; araştırma. Stratejinin uygulanması için 8 aşama gerekmiştir. İlk aşama, program performansını izlemek ve raporlamak için bağımsız bir birim kurulması olmuştur. Bu ihtiyacı gören strateji tasarımcıları Ontario Tütün Araştırma Birimi'ni kurmuşlardır. Bu stratejileri finanse eden bu organizasyon, bağımsız izlemeye ve çeşitli grup ve ortakların birbiriyle rekabet halindeki çıkarları arasında sürekli aracılığa ihtiyaç duymuştur.

İkinci olarak stratejinin amaçları, hedefleri, kilit bileşenleri ve faaliyet yapılarının belirlenmesine çok çeşitli paydaşlar dâhil olmuştur. Bu süreç stratejinin temel konuları hakkında açık fikir birliği ve geniş çapta kabullenme yaratmıştır. Üçüncü olarak paydaşlar stratejinin bütününe ve özellikle kilit paydaş grupların sorumluluğu kabul ettiği konulara yönelik hesap verebilirlik standartları ve prosedürlerinin belirlenmesinde de yer almıştır. Sonuç olarak bu hesap verebilirlik standartlarına uygulanabilir bilgi sağlanmasında, katılım oranı oldukça yüksek olmuştur.

Araştırmacılar ve strateji katılımcıları ortaklıktaki sonraki üç aşamada yer almıştır. Bu kişiler, temel bilgi ihtiyaçlarını belirlemek için paydaşlarla birlikte çalışarak, yanıt yükünü azaltmak için mevcut bilgi toplama çalışmalarını belirleyip örgütleyerek ve becerileri güçlendirerek katılımcıların bilgi toplama kapasitesini güçlendirmiştir. Bu çoğunlukla yanıt yükünün azalması ve yüksek oranda raporlama ile sonuçlanmış, buna üretilen bilginin kalitesini iyileştirmek için sürekli çaba gösterilmesi eşlik etmiştir.

Daha sonra, kritik bilgi açıkları belirlenmiş ve bunları doldurmak için kaynaklara odaklanılmıştır. Mevcut bilgi toplama sistemleri ile karşılanamayan bilgi şartlarını belirlemek ve bu ihtiyaçları ele almak için özel çalışmaların desteklenmesi veya uygun veri sistemlerinin kurulması için paydaşlarla birlikte çalışılmıştır.

Daha sonra bilginin toplanması ve yorumlanmasına kullanıcılar dâhil edilmiştir. Program etkililiğinin değerlendirilmesi kaçınılmaz olarak çeşitli bilgi kaynaklarının üçgenlere bölünmesini ve sentezlenmesini içermektedir. Bilginin yorumlanmasına bilgiyi üretenlerin katılımı, bu süreçte uzmanlık ve tecrübe kazandırır. Bu uzmanlık çeşitliliği, bu kaynaklardan bilgilerin alternatif yorumlarının ciddi olarak ele alınmasını sağlamak için gereklidir. Sonraki yorumlara güvenilirlik ve meşruluk kazandırır. Çünkü bu yargılar paydaş topluluklarının fikir birliğini yansıtmaktadır.

Yedinci aşama; sonuçların üretilmesi, yayılması ve kullanılmasıdır. Bu çeşitli şekillerde yapılır. Yedinci aşama; sonuçların stratejik planlama süreçlerine entegre edilmesiyle, stratejinin amaç ve hedeflerinin sürekli değerlendirilmesiyle, ortaya

çıkan ihtiyaçlara dikkati yoğunlaştırarak bu faaliyetlerin güçlendirilmesiyle, iç ve dış süreçlerle, politika yapıcılar ile iletişim kurulmasıyla ve daha geniş bir topluluklar, medya ve başka araçlarla iletişim kurulması yoluyla gerçekleştirilir.

Sekizinci olarak paydaşların hesap verebilirlik standartlarını kabul etmesiyle aynı şekilde bir ekip, sistemde gelecekteki iyileştirmeler hakkında tavsiyede bulunmak için izleme süreçlerini ve çıktıları düzenli olarak değerlendirir. Böylece izleme ve değerlendirme sistemlerinin ortaklara ve paydaşlara açıklanabilir olması sağlanır.

Süreç Sınırlamaları

Diğerleri gibi bu yaklaşımda da ele alınması gereken bir dizi sınırlama bulunmaktadır. Bunlar; gönüllülük, öz raporlama, negatif bulgulara sözde direnç, tecrübelerimize göre en önemlisi güç ve kontrol konusudur. Gönüllülüğe itimat edilmesi çeşitli sebeplerden dolayı bazı sorunlar yaratabilir. Paydaşların ve ortakların çoğunun çeşitli raporlama şartları bulunmaktadır ve daha fazla bilgi toplama taleplerini kabullenmeye isteksizdir. Strateji uygulamasındaki dördüncü aşama ile buna değinmeye çalıştık. Stratejinin başlangıcından beri gönüllü olarak sağlanan bilginin hem miktarı hem de kalitesi artmaya devam etmiştir.

İnsanların pozitif sonuçlara odaklanma eğilimi, kendi kendine raporlamaya güvenilmesi konusunda sorunlar çıkarabilir. Bu sorunlar hesap verebilirlik standartları ve raporlama şartlarına karar verilerek büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. Ayrıca, strateji ortakları dışarıdan finanse edilen değerlendirmeler gerçekleştirmektedir ve kendi danışma kurullarına, organizasyonlarına ve finansman kurumlarına karşı sorumludur. Bu hesap verebilirlik şartlarının netleştirilmesi ve kolaylaştırılması sonucunda açık katılım oranları artmıştır.

Negatif bulgulara karşı direnç olsa da çok sayıda paydaş ve ortağın sonuçların yorumlanmasına ve üçgenlere ayrılmasına katılması proje hakkında raporların, bakış açılarının ve uzmanlığın çeşitliliğini yansıtmayı sağlar. Aynı şekilde hedef, etkililik hakkında doğruluğundan şüphe edilmez yargılara varmak değil, topluluk bakış açılarının çeşitliliğini ve sonuçlara ilişkin alternatif açıklamaları yansıtmaktır. Böylece, topluluk programın etkili olduğuna hakkında fikir birliğine varabilir. Bununla birlikte bu yargıların yetersiz olduğu ve daha fazla araştırma gerektiği konusunda da topluluğun fikir birliğine varması mümkündür.

Güç ve kontrol sorunları çok yönlü ve karmaşık olmaya ve izlemenin önündeki başlıca engellerden biri olmaya devam etmektedir. Bu sorunların kökeninde, kimlikle ve bundan dolayı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin etkililiğinin nihai belirleyicilerinin yöntemleri ile ilgili temel bir tartışma yatmaktadır. Bunlar, programın dışında belirlenen kriterleri kullanan uzman araştırmacılar mı, yoksa etkilerini nicel olarak ölçmenin zor olduğu ve nitel araştırma, idari veri setleri ve diğer verilerle tamamlanması gereken program sunumuna katılan insanlar mı olmalıdır? Bu tür tartışma ve gerilimin faydaları olsa da sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin

etkililiği konusunun tartışılması için bunların çözümlenmesi gerekmektedir. Bu açıdan, bağımsız bir araştırma kurumunun avantajları ve sınırlamaları kaçınılmaz olarak toplum kontrolü ve katılımıyla dengelenmelidir.

Sonuçlar

1989 Kanada Federal Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Programı'nın incelenmesi ve Ontario'da katılımcı izleme ve değerlendirme yaklaşımlarının geliştirilmesinde edinilen derslerin uygulanması aşağıdaki sonuçlara ulaşmamızı sağlamıştır.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesi için farklı paydaş gruplarının bilgi ihtiyaçlarını zamanında ve sürekli olarak karşılamak için program performansı hakkında tutarlı ve uygun bilgilerin devamlı olarak toplanmasına gerek olduğu kabul edilmelidir. Yeterli sonuçların elde edilmesi için bu bilgi ihtiyaçlarının belirlenmesi, değerlendirme ve izleme sistemindeki mevcut bilgi toplama ve araştırma süreçlerinin erkenden tanımlanması ve entegre edilmesi gereklidir. Tüm bilgi toplama faaliyetlerinin birleştirilmesi ve düzenlenmesinin programın başında yapılması ve sürekli olarak uyarlanması ve kalitesinin geliştirilmesi vurgulanmaktadır.

Ülke çapında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının değerlendirilmesi, karmaşık bir girişimdir. Geleneksel yaklaşımlar; çeşitli bilgi kaynaklarıyla tamamlanmaz ve çok çeşitli metodoloji ve yaklaşımlardan çıkarılmaz ise maliyetli olur ve başarı olasılığı düşük kalır. Burada çerçevelenen yaklaşım, bilginin organize edilmesi ve program planlaması, uygulaması ve değiştirilmesine destek vermek için sürekli izleme verileri sağlamak amacıyla yeni ve maliyet etkin bir yöntem sunmaktadır.

Mevcut tüm bilgi ve araştırmanın sürekli kullanılması, büyük çapta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi için bir ön şart olmalıdır. Detaylı, uzmanlaşmış bilgi toplama süreçleri ve geniş deneysel süreçler, bireysel projelerin, strateji veya özel model projelerinin ve demonstrasyonların değerlendirilmesinde faydalıdır. Bundan dolayı, bu çalışmalar; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının izlenmesine ve değerlendirilmesine önemli katkılarda bulunmaktadır. Ancak idari kayıtlar, üretilen, yayılan ve alınan çıktıların kayıtları, geniş çaplı veya yerel sağlık araştırmaları ve özel çalışmalar gibi diğer kaynaklar da aynı miktarda önemli ve faydalı olmaktadır. Bunlar tamamlayıcı bir şekilde kullanıldıklarında en güçlü hâle gelir ve oldukça geniş bir kitle için cazip olur.

Kamu kaynaklarının harcanmasına ilişkin bilgiler (hangi çıktıların üretildiği ve yayıldığı, bunları kimin, nasıl aldığı ve yararlandığı gibi bilgiler dâhil), paranın karşılığının alındığına ilişkin kanıtlar, paydaşlara ve program sponsorlarına düzenli ve zamanında verilmelidir. Özellikle hedeflere doğru ilerleme hakkında sürekli olarak bilgi verilmesi (finansmanın devam etmesi için ön şart) ve uygulama süreçlerinin etkililiği ve verimliliği hakkında bilgi verilmesi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının sürmesi için çok gereklidir.

Program etkililiği hakkındaki sonuçlar; uygulanabilir ölçüde, çok çeşitli bilgi setlerine dayalı olmalı, geniş bağlamda topluluk katılımı içinde ele alınmalıdır. Araştırmacılar, uygulayıcılar, paydaşlar, ortaklar, finans kurumları ve etkilenen topluluklar katılım göstermelidir. Bu sonuçlar mümkün olduğunca toplumun fikir birliğini (veya bunun olmadığını) yansıtmalıdır.

Yeni ekonomik kısıtlama ve politik (kamu) sorumluluk ortamı, değerlendirmenin maliyet etkin olmasını gerektirmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin bilgi toplama, araştırma ve değerlendirmeye kamu yatırımının getirisini en üst düzeye çıkarma taleplerinin artmaya devam edeceğini varsaymak mantıklı görünmektedir.

Kaynaklar

1. NÜSSEL, E. &LEPARKSKI, E. CINDI. *Countrywide integrated noncommunicable disease intervention programme. Protocol and guidelines for monitoring and evaluation procedures*. Berlin, Springer, 1987.
2. MITTELMARK, M.B. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14: 437-462 (1993).
3. COMMIT RESEARCH GROUP. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). I. Cohort results from a four-year community intervention. *American journal of public health*, 85: 183-192 (1995).
4. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information, 1974.
5. ROOTMAN, I. Developing a system for evaluating a national health promotion programme. *Health promotion*, 3(1): 101-110 (1988).
6. *Action statement on health promotion*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1996.
7. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health Canada, 1986.
8. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
9. KICKBUSCH, I. ET AL. *Healthy public policy. Report on the Adelaide Conference. 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-9, 1988, Adelaide, Australia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988.
10. ONTARIO TOBACCO RESEARCH UNIT. *Monitoring the Ontario Tobacco Strategy: progress toward our goals: 1995/1996*. Toronto, Ontario Ministry of Health, 1996.
11. GREEN, L. W. ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi ve Toplum Sağlığında Bir Araç Olarak Sağlık Etki Değerlendirmesi

C. James Frankish, Lawrence W. Green, Pamela A. Ratner, Treena Chomik ve Craig Larsen

Giriş

Hükümet faaliyetleri, politikaları ve programları kamu sorunlarını çözmeyi ve kamu yararına hizmet etmeyi amaçlar. Takip edilemeyen borçlar ve bütçe açıkları nedeniyle kamuoyu, belki de eskisinden daha fazla hesap verilebilirlik talebinde bulunmakta ve hangi politika ve programların planlanan hedeflere ulaştığını bilmek istemektedir. Ancak ilgili çıktılar, çeşitli faktörlerden (hükümet faaliyetleri ile ilgisi olan veya olmayan) kaynaklanabileceği ve ilgili program ve politikaların bazıları, istenmeyen veya planlanmamış çeşitli çıktıları bir araya getirebileceği için böylesi bir değerlendirme kolay değildir.

Pal (1), bir değerlendirmede yer alabilecek 4 politika etkisi kavramı tespit etmektedir: doğrudan, ekonomik, sosyal ve politik. Bir politika; planlanan amacı, maliyet ve faydaları arasındaki denge, sosyal hayatın yapısı üzerindeki etkisi ve hükümetin politik menfaatleri (yeniden seçilme şansı) bakımından incelenebilir. Birçok politika analizi tartışmasının temelinde bu 4 kavram vardır.

Sağlık savunucuları, geleneksel politika analizlerinin ve değerlendirmelerin, hükümet politikalarının toplum sağlığı üzerindeki etkisini görmezden geldiğini veya ihmal ettiğini kısmen yakın geçmişte kabul etmiştir. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (2); toplum sağlığının, tüm politika yapıcıları ilgilendiren bir konu olması gerektiğini vurgulamaktadır. Politika yapıcılar, sektörleri dikkate alınmaksızın, aldıkları kararların sağlık üzerindeki sonuçlarının farkında olmalıdır. Ancak bunu söylemek için kolay kısmıdır. Asıl zorluk, bu hedefe nasıl ulaşılacağını belirlemek ve sonrasında bunu gerçekleştirmektir. Sağlık sektöründeki bir politika veya programın, halkın sağlık durumu üzerindeki etkilerini değerlendirebilmek için ne tür prosedür veya yöntemler olmalıdır?

Eskiden toplum sağlığı, bu konuya ilişkin programların etkisini veya programlarının ihmal edilmesinin etkilerini kolaylıkla takip edebilmekteydi. Kontrol edilebilir bir hastalık, kontrol edilemeyen bir hastalık olma tehdidini doğurduğunda bulaşıcı hastalıkları raporlama ve salgınları izleme sistemleri uyarı vermekteydi. Enfeksiyon ve semptomlar arasındaki kısa kuluçka dönemi, vakalarda muhtemel enfeksiyon kaynağının kolaylıkla teşhis edilebilmesi anlamına geliyordu. Böylece enfeksiyonlar kontrol altına alınabiliyordu.

Günümüzde toplum sağlığı; nedensellik ve sağlık nedenleri, kaynakları ve belirleyicileri ve bunların etkileri arasındaki uzun gecikme dönemi (kimi zaman onlarca yıl) nedeniyle karmaşık hâle gelmektedir. Günümüzde sağlık etkisi; tek bir hastalığı, engellilikleri veya ölümleri genetik faktörlere, geçmişteki veya şimdiki yaşam koşulları veya çevresel koşullara erken maruz kalmaya bağlama olarak algılanmaktadır. Karmaşıklık yaratan bir başka husus; hastalık, engellilik ve ölümün önde gelen nedenlerinin artık belli bir zamanda tespit edilememesidir. Kronik ve dejeneratif hastalıklar bireyler ve toplum üzerinde uzun süreyle etkili olmaktadır. Salgın olarak tespit edilememekte veya izole edilememektedir.

Sağlık politika ve programlarının kriterleri ile sosyal, çevresel ve ekonomik politika ve programların değerlendirilmesine yönelik kriterler değişmektedir. Birçok hükümet, sağlık konusunda sosyal ve çevresel belirleyiciler ve yaşam kalitesine odaklanan bir anlayış benimsediği için bu, özellikle sağlık sektörü için geçerlidir. Hükümetler; sosyal yapı, tutum ve davranışların sağlığı çok ciddi anlamda etkilediğini ve önlemin, hem tedaviden daha iyi olduğunu (veya en azından daha zamanında müdahale edilebilir olduğunu) hem de engellilik ve sosyal bağımlılığı azaltan bir yol olduğunu kabul etmektedir. Sonuç olarak sosyal, ekonomik ve çevresel politikaların; sağlığı ve kötü sağlığın önlenmesini veya kötü sağlıktan korunmayı nasıl etkilediğinin hükümetin tüm düzeylerinde sistematik izlenmesi gerekmektedir.

Collins (3), reform havasının Kanada’da sağlık sektörüne ivme kazandırdığına dikkat çekmektedir. Bu durum; odağın, sağlık ve hastalığın belirleyicilerini ele almak amacıyla sağlık hizmetlerinden, hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine kaymasıyla birleşmiştir (4). Collins (3); sağlık reformunun, net bir kavramsal sağlık modeli olmaması hâlinde sorunun sadece parçalarına odaklanabileceğini, bunun da genel faydasının az olacağını öne sürmektedir. Ayrıca sağlık modelleri, politika açısından etkilerini açıklayan net destekleyici metinler olmadan yanlış anlaşılabilir ve yanlış kullanılabilir. Günümüzdeki mali kısıtlamalar ortamında, maliyetlerin düşürülmesini gerekçelendirmek için kullanılabilirler.

Karar almada desantralizasyon ve toplum katılımına olan resmî bağlılık ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin daha fazla dikkate alınması; bu yeni bakış açısının sağlık üzerinde nasıl bir etkisinin olacağı, faydalı çıktılara ulaşmak bakımından hangi stratejilerin işe yarayacağı, sağlık etkisini değerlendirmek için hangi kriterlerin kullanılması gerektiği, sağlık etki değerlendirmesinin (SED) daha iyi kararlar alınmasına nasıl hizmet edebileceği ve politika ve program kararları üzerindeki nihai etkisinin neler olabileceği konusunda belirsizlik ve belki de çelişkilere neden olmaktadır. Kanıt temelli karar alma çağrılarının çoğu, SED’i kullanmanın, sağlık konusunda daha iyi kararlar alınmasına nasıl katkı sağlayabileceği konusunda çok az ipucu vermektedir. Politika ve programların sağlık etkilerini değerlendirmeye yönelik araç ve yöntemler olmadan bu sorulara cevap verilemez ve sağlık etkisi bilinemez. Sağlıklı halk politikaları geliştirilmesi, özellikle de SED’e yönelik araçlar geliştirilmesi ile ilgili, somut faaliyetler gerektirmektedir.

Bu fasıl, Kanada Hükümeti için hazırlanmış (5) 1990’larda halk politikası geliştirilmesi ve toplum sağlığının geliştirilmesi için SED stratejilerinin durumsal analizine ilişkin bir raporu temel almaktadır. Genel amaç; uluslararası düzey, ulusal düzey, il düzeyi ve yerel düzeyde SED’in durumunu raporlamaktır. SED yapılırken dikkate alınması gereken başlıca konuları ve bu süreçteki zorlukları tespit etmek için Kanada’dan ve diğer ülkelerden bölgesel, yerel ve ulusal sağlık etki değerlendirmesi örnekleri kullanıyoruz. Bu fasıl, kilit kavram ve terimleri tanımlamakta, SED’in tarihi bağlamını incelemekte ve Kanada’daki duruma vurgu yaparak etki değerlendirmesinin ilgili formlarına yönelik mevcut yaklaşımları gözden geçirmektedir. Bu inceleme, toplum sağlığı politikasının ölçümü ile ilgili kavramsal, metodolojik ve analitik konuların ele alınmasını sağlamaktadır. Son olarak SED için kilit bir strateji olarak sağlık amaç ve hedeflerinin belirlenmesini tartışıyoruz.

Kilit Kavram ve Terimler

Tartışmanın başlayabilmesi için konunun net olması gerekmektedir. Sağlık, sağlığın teşvik edilmesi, sağlıklı halk politikası ve SED alanları için tanım önemlidir. Bu terimlerin tanımları ve kapsamı, insan sağlığı açısından zorlukların neler olduğu ve ne tür çözümlerin aranması gerektiği konularında belirleyici olmaktadır.

Sağlık

Sağlığı, Rootman ve Raeburn’un (6) çalışması ile tutarlı olarak sağlığın teşvik edilmesi bakış açısından tanımlıyoruz. Yani sağlık, hastalığın olmaması veya yaşam biçimi veya davranışların çok daha ötesine geçen çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık, öznel ve nesnel bileşenler, çevre ve politika bileşenlerinin yanı sıra bireylerle ilgili olan ve hem nitel hem de nicel olarak değerlendirilmesi gereken bileşenler içermektedir. Rootman ve Raeburn (6) şöyle bir tanım yapmaktadır:

Sağlık ... özellikle psikolojik, sosyal, kültürel boyutlar ve politika boyutlarınca belirlenen, insanların fiziksel, zihinsel ve sosyal yaşam kalitesi ile ilgili olan bir kavramdır. Sağlık ... insanların kendi refahlarını sürdürmeleri ve geliştirebilmeleri için kendi inisiyatiflerini bireysel ve toplu olarak kullanmalarına izin vermek amacıyla makul yaşam biçimleri ve kamu kaynakları ve özel kaynakların hakkaniyetli kullanımıyla geliştirilmelidir.

Daha kısa, öz ve spesifik olarak biz sağlığı insanların yaşamdaki güçlük ve değişiklere adapte olma, bunlara cevap verme veya bunları kontrol etme kapasitesi olarak tanımlıyoruz.

Bizim tanımımızın, resmî veya gayriresmî sağlığın teşviki ve geliştirilmesi dokümanlarında yer alan tanımlara göre oldukça dar kapsamlı olduğu düşünülebilir. Örneğin, birçoğu DSÖ’nün tanımını: “Sağlık, sadece hasta veya sakat olmamak değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik durumudur.” (7) veya O’Donnell (8) tarafından kullanılabenzer totolojik (gereksiz tanımlar yapan-tautological) tanımları kullanmaktadır: “Optimal sağlık ..., fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve entelektüel sağlığın dengelenmiş hâlidir.”

Böylesi tanımlar en iyi ihtimalle fazlasıyla gerçekçi ve en kötü ihtimalle uygulanamaz, kullanışsız ve erişilemez olarak değerlendirilmektedir. Sağlık ve sosyal gelişim arasındaki farklılıkları karartma, hemen hemen tüm insan faaliyetlerini sağlıkla ilgili olarak kavramsallaştırma ve tüm insan değerlerini ve sosyal değerleri sağlık ile ilişkilendirme eğilimindedirler (9-11).

Bu tanımlar, sağlık alanı ve bu alanın neleri içerdiği konusunda herhangi bir sınır koymamaktadırlar. Diğer sektörler; bunu, profesyonel emperyalizmin bir biçimi veya en iyi ihtimalle sağlık sektörünün yayılcılığı olarak yorumlayabilir. Sağlık planlaması, politikası, harcaması, uygulaması ve bilimi için parametreler olmadan, sağlık alanı ve dolayısıyla sağlık alandaki harcamalar sınırsız olmaktadır (6,12).

Sağlık belirleyicilerini (eğitim, gelir veya yaşam biçimi gibi) içeren diğer sağlık tanımları neden ve etkiyi karıştırmakta; sağlık kavramının SED’de bir bağımlı değişken veya çıktı değişkeni olarak kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum; sağlığı, belirleyicileri ile karıştırmakta ve sağlığın, bu belirleyicilerin bir çıktısı olarak ölçülmesini imkânsız hâle getirmektedir. Sağlığın daha geniş veya daha dar tanımını kullanmayı tercih eden yazarların SED’e yaklaşımlarını buna göre ayarlamaları gerekmektedir.

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ve sağlık arasında önemli ayrımlar yapmaktayız. İyilik, refah ve entelektüel, ruhsal ve sosyal arayışlar dâhil sağlığın çok boyutluluğu tartışmaları, yaşam kalitesi ile daha yakından ilgiliyken biz sağlığı yaşam kalitesinin birçok belirleyicisinden biri olarak görmekteyiz (bk. Fasil 6). Yani sağlık, başlı başına bir amaç olmaktan ziyade önemli bir değerdir (13). Ottawa Sözleşmesi’nde belirtildiği gibi (2): “Sağlık ..., yaşamın amacı olarak değil günlük yaşamın kaynağı olarak görülmektedir.” Sağlığın, kabul edilebilir bir yaşam kalitesine ulaşılması için bir kaynak olduğu konusunda hemfikiriz; ancak sağlık etki değerlendirmesi için kavramlar birbirinden ayrı tutulmalıdır.

Sağlık Etkisi ve Sağlık Çıktısı

Etki ve çıktı birbirinden ayrılmalıdır. SED’de kullanılan yöntemler (ve göstergeler), çıktıdan ziyade etki ile ilgilenip ilgilenilmediğine bağlıdır. Bir sözlükte (14) *etki* “özellikle güçlü olduğunda, nüfuz ve tesir” olarak ve *çıktı* “sonuç” olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, 2 terimi ayırt edilemez hâle getirmektedir. Ancak Green ve Kreuter’in (13) dikkat çektiği üzere, kullanım; disiplinler ve mesleklere göre değişmektedir. Sağlık alanında çalışan kişilerin kullanımı, diğer alanlarda değerlendirmeler yapan insanların kullanımı ile taban tabana zıttır.

O hâlde etki, sağlık alanında bir sağlık programı, süreci veya politikasının kısa vadeli etkisi anlamına gelirken; çıktı, daha uzun vadeli veya nihai etki anlamına gelmektedir. Bu konu; *SED* terimini ortaya atanların, bu terimi çevresel etki değerlendirmesi alanından aldıkları ve bunu yaparken çevresel etki değerlendirmesinin ‘etki’yi

sağlık alanından farklı tanımladığını dikkate almadıkları anlaşıldığında önemli hâle gelmektedir. Biz bu terimi, atıfta bulunduğumuz etkilerin çoğunlukla sağlık çıktıları olarak düşünüldüğü anlayışıyla kullanarak mevcut uygulamaya bağlı kalıyoruz.

Sağlıklı Halk Politikası

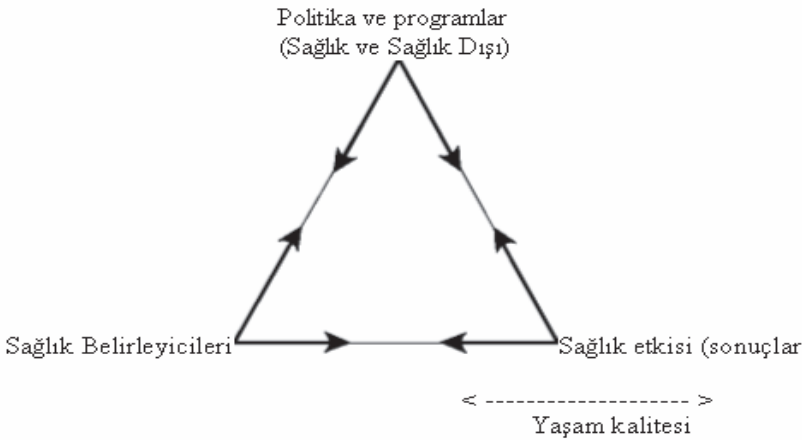
Evans ve Stoddard (15), DSÖ'nün sağlık tanımını "üstü kapalı olarak *tüm* politikaları sağlık politikası olarak kapsamına aldığı için sağlık politikasının temeli olarak kullanmanın zor olduğu" gerekçesiyle eleştirmektedir. Ancak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin savunucularının çoğu için amaç tam da bu gibi gözükmektedir. Tanınmış Kanadalı bir halk sağlığı hekimi olan Trevor Hancock (16-18); *sağlıklı halk politikası* terimini, sağlık ve eşitlik ile açık bir şekilde ilgilenen ve sağlık etkisi için hesap verme ile nitelendirilen ve hükümetin çeşitli düzeylerinde uygulamaya koyduğu politikayı tanımlamak amacıyla ortaya atmıştır (19-21). Hakkaniyet, sağlık politikasının bir hedefi olarak sağlık etki değerlendirmesinin bünyesinde yer alacaksa, sağlık sorunlarına neden olan veya sağlık sorunlarından kaynaklanan diğer eşitsizliklerin azaltılması olarak değil, sağlıkta hakkaniyet veya sosyal gruplar arasında sağlık uçurumlarının azaltılması olarak görülmelidir.

Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED)

SED'i, teklif edilen bir politika veya programın nüfusun sağlığı üzerindeki etkileri açısından değerlendirmek için kullanılabilecek prosedür veya yöntemlerin birleşimi olarak tanımlamaktayız.

Herhangi bir nitelikteki politika veya programlar, sağlık belirleyicilerini değiştirerek, ayarlayarak veya etkileyerek toplum sağlığını doğrudan veya dolaylı şekilde etkileyebilir. Bu politika veya programlar, sonuçta yaşam kalitesini de etkileyecektir. Bu politika veya programların sağlık etkilerinin, ortaya çıkan birçok etkiden sadece bir tanesi olduğunu kabul ediyoruz. Böylesi politika veya programların ekonomik, sosyal veya çevresel etkileri de olabilir (Şekil 18.2).

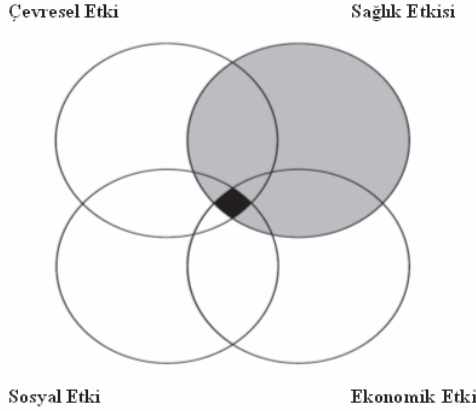
Şekil. 18.1. Politika ve Programların Sağlık Üzerindeki Etkileri



Kaynak: Frankish, J. et al. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/impact/impact.htm>).

Ottawa, Health Canada, 1996 (accessed 21 February 2001). © Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

Şekil. 18.2. Politika ve Programların Potansiyel Etkisi



Kaynak: Frankish, J. et al. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/impact/impact.htm>). Ottawa, Health Canada, 1996 (accessed 21 February 2001). © Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

Yukarıda tanımlandığı üzere SED konusundaki yaklaşımımızı, sağlıkla ilgisi olduğu gösterilebilen çıktıların incelenmesi ile sınırlandırıyoruz. Ancak, birçok politika ve programın karmaşıklığını ve muhtemelen geniş kapsamlı etkileri olduğunu dikkate alarak söz konusu faaliyetlerin, muhtemelen sağlık alanının ötesine geçen etkileri olması hâlinde, değerlendirmenin tercihen sektörler arası iş birliği ve dayanışmayı içereceğinin farkındayız.

SED konusundaki yaklaşımımızı ayrıca toplum sağlığı çalışmaları ile sınırlandırıyoruz. Birçok politika ve program, muhtemelen sağlık hizmetlerinin sunumunu etkilemektedir. Bunların değerlendirmesi, kalite güvencesi ve hizmetten yararlanma göstergeleri gerektirebilir; örneğin, medikal, cerrahi ve bakım çıktıları. Burada SED'e ilişkin tartışmalar üzerinde durmadık.

Tarihi Bağlam

Sağlıklı Halk Politikası

İlk ortaya çıktığı dönemlerde *sağlıklı halk politikası*; 1984 yılına ait, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Herkes İçin Sağlık hedeflerinin on üçüncüsünün başlığını

oluşturmaktaydı (22-26) ve 1986 Ottawa Sözleşmesi'nde (2) tasvir edilen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine yönelik 5 kilit eylem alanının ilki olarak tanımlanmaktaydı. Sağlıklı halk politikalarının koordinasyonu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi mekanizmalarının harekete geçirilmesine yönelik bir strateji olarak görülmüyordu. Kavramın; tüm kamu politikalarının, hedef kitleleri dikkate alınmaksızın, sağlık üzerindeki etkileri bakımından incelenmesi gerektiğine işaret etmesi bekleniyordu. "Sağlık üzerinde çok önemli etkileri olan politikalar sağlık hizmetlerinin veya hatta toplum sağlığı hizmetlerinin sunulması ile sınırlı değildir" (23). Rachlis ve Kushner (27,28), sağlıklı halk politikasını "sağlık için bir bağlam yaratan ve bu bağlamın oluşmasını teşvik eden her türlü politika" olarak tanımlamaktadır.

DSÖ ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kuruluşları kavramı; hükümetlerin, sağlık ile sosyal, fiziksel ve ekonomik çevreler arasındaki bağlantıları kabul etmesi ve bunları ele alması ihtiyacını vurgulamak amacıyla kullanılmaktadır (29). Kanada'da, Epp'in *Herkes İçin Sağlığın Elde Edilmesi: Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Bir Çerçeve* (*Achieving health for all: a framework for health promotion*) (30) başlıklı raporu; gelir güvenliği, istihdam, eğitim, barınma, ticaret, tarım, ulaştırma, adalet ve teknoloji ile ilgili olanlar dâhil olmak üzere, insanların sağlığı üzerinde etkisi olan tüm politikaların koordine edilmesi için çağrıda bulunmaktadır.

Kavram, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel bileşenlerinden biri olarak yaygın şekilde kabul edilmesine rağmen yoğun olarak uygulamaya konmamıştır. Hancock (31,32), Kanada'da ulusal düzeyde sağlıklı halk politikası geliştirilmesi yönünde ilerleme kaydedilmemesini eleştirmektedir. Hancock, il düzeyinde sağlıklı halk politikasına değer verildiği ve değerlendirme ihtiyacının kabul edildiği yönünde bazı kanıtlara ulaşmıştır. Ancak, fikrin ne ölçüde uygulamaya geçirildiği net değildir. Hancock, Kanada Manitoba ilinde destekleyici bir yapının olduğuna ve bir dokümanda bir taahhütte bulunulduğuna dikkat çekmektedir (33): "Hükümetin önemli politika ve programlarının hepsi Manitobalıların sağlığı üzerindeki etkileri bakımından değerlendirilecektir."

Hancock, ayrıca British Columbia ilinde sağlıklı halk politikasına ilişkin taahhüt olduğunu belirtmektedir. Burada Sağlık Hizmetleri ve Maliyetler Kraliyet Komisyonu (34); sağlıkla ilgili kamu politikalarının planlaması ve değerlendirmesi ve ayrıca önerilen tüm il programları ve mevzuatların muhtemel sağlık etkilerinin değerlendirmesi için uygun olacak bir dizi ölçülebilir gösterge geliştirilmesini tavsiye etmiştir. Buradaki amaç karar alıcıların, sağlık ve refahı; politika oluştururken ekonomik, sosyal ve fiziksel etkiler dâhil, sağlığın kapsamlı belirleyicileri temelinde ele almalarını sağlamaktır. 1993 yılında hükümete, teklifler için yeni bir format sunulmuştur. Bu formata göre, bakanlıkların; politika ve program seçeneklerinin sağlık etkilerini sürecin bir parçası olarak tartışması gerekmektedir. Bakanlıklara bu konuda yardımcı olmak üzere bir SED aracı geliştirilmiştir. İldeki SED araç ve süreçleri, değerlendirmeyi yakın zamanda geliştirilmiş toplum sağlığı hedefleri ile daha uyumlu hâle getirmek için revize edilmiştir (35-37).

Hancock (31), sağlıklı halk politikaları görülme ihtimalinin en yüksek olduğu yerin belediye düzeyi olduğunu ve bunun birçok muhtemel nedeni olduğunu belirtmektedir.

- Topluluklar arasındaki sosyal ağlar ve operasyonların ölçüsü, politika yapıcılar ve bu politikalardan etkilenenler arasında daha güçlü bağlar oluşturmaktadır.
- Politika yapıcılar çalıştıkları yerde yaşamaktadır. Politika yapıcılar tanınmakta ve kendi politikalarından da etkilenmektedirler.
- Topluluklarda bürokrasi kısmen daha azdır ve sektörler arası iş birliği fırsatı daha fazladır.

Ayrıca, sağlıklı halk politikası, çeşitli toplulukların coğrafi ve demografik özellikler paylaştığı ve birlikte çalışma geçmişine sahip olduğu bölgesel kullanım ve uygulama için daha uygun olabilir. Katalonya'dan (İspanya) dikkat çekici bir örnek verilebilir. Katalonya'nın sağlık planı; sağlıklı halk politikası, sağlığa ilişkin hedef, amaç ve göstergeler konması ve bunlara ulaşmak için stratejiler önerilmesine hizmet etmiştir. Katalonya'da sağlığı izlemek için amaç ve hedeflerin kullanılması; anne ve bebek mortalite oranları, kronik rahatsızlıklar, rahim ağzı ve meme kanseri taraması ve kazaların önlenmesi dâhil planda belirtilen birtakım öncelik alanlarında gelişmeler olmasını sağlamıştır (38).

O halde sağlıklı halk politikalarının uygulanması konusunda neden bu kadar sınırlı ilerleme kaydedilmiştir? Politikaların gelişmesine engel teşkil eden birçok faktör olabilir. Bunlar genel olarak 2 kategoriye ayrılmaktadır: siyasi ve teknik zorluklar. Siyasi zorluklar; siyasi iradenin olmaması, en düşük düzeyde toplum katılımı şeklinde uzun yıllardan beri süren bir geleneğin varlığı, az gelişmiş mekanizma ve teşvikler, kurumlar ve yetki alanları arasında iş birliğinin olmaması ve rekabet içindeki menfaatleri içermektedir. Teknik zorluklar; yetersiz bilgi ve uzmanlık, az gelişmiş bilim, sağlıkla ilgili olgunun yetersiz ölçümü, sağlığın bazı belirleyicilerinin kısmi etkileri hakkındaki belirsizlikler ve ilgili bilgi ve sistemleri yönetmek için yetersiz yapıları içermektedir. Politik planlar ve döngüler, her iki zorluğun devam etmesine neden olmaktadır.

Sağlığa ilişkin son zamanlardaki kavramlarla ilişkilendirilen sorunlar dikkate alındığında herkes, mevcut birçok politikanın sağlık alanına girdiğini fark etmemiş olabilir. British Columbia Sağlık Bakanlığı'nın bir yayını; hız limiti, emniyet kemeri takma mevzuatı, alkollü araba kullanmanın cezalandırılması, sigara içmeme yönetmelikleri, sigara ve alkol reklamının yasaklanması ve zararlı ürünlerin etiketlenmesini gerektiren kurallara sağlıklı halk politikaları arasında yer vermektedir (21). Bunlar belki de en belirgin seçeneklerdi; ancak doküman, ayrıca engellilerin erişimini artıran yasalar yapma, fakir çocuklara destek veren federal çocuk vergisi kredileri, okur-yazarlık programları, ekonomik konutlar için arazi bankacılığı gibi politikaları ve tam istihdam ve eşit fırsatları geliştiren ekonomik politikalar da içermektedir. Bunlar sağlık politikaları olarak görülmeyebilir. Ayrıca bu politikaların

sağlıkla ilgili olduğunu anlayamamaktan ziyade, bazı sektörler, sağlık sektörünün istilasını olarak gördükleri şeylere aktif veya pasif olarak direnç gösterebilir.

Sağlık Alanı Kavramı

Çeşitli formlardaki SED'leri uygulayan ulusal düzey, il düzeyi ve yerel düzeydeki makamların tecrübelerinin yanı sıra sınırlı sayıdaki teori ve araştırma temelli planlama modelleri; sağlık etkisine, çerçeve ve prosedürlerinin bir parçası olarak vurgu yapmaktadır. Bu modeller; yerel düzey, il düzeyi ve bazen ulusal düzeydeki sağlık planlayıcılarına program ve politikaların geliştirilmesi konusunda veya kendi çalışma alanlarındaki diğer aktörlere öncelik belirleme ve hibe fonu için teklifler geliştirme konusunda rehberlik etmiştir.

Bu modellerin temel özelliği; program, politika ve düzenleyici faaliyetleri, değişim süreçlerine ve daha sonra sağlık çıktılarına bağlayarak neden ve sonuç ilişkilerinde belli bir düzen ve yön olduğunu önermektir. Bu modeller, neden-sonuç zincirlerinin döngüsellliğini ve geri bildirim halkalarını reddetmeden, girdiden sağlık çıktısına en kestirme yoldan götüren ilişkilerin sırasını vurgulamıştır. Ara adımlarda sundukları ayrıntı derecesi, bu modelleri uygulayacak kullanıcıları ve modellerin planlamada hangi ölçüde kullanılacağını belirlemektedir.

Kanada Sağlık ve Refah, Uzun Vadeli Sağlık Planlaması Şubesi'nin o zamanki Genel Müdürü H.L. Laframboise tarafından 1973 yılında sunulan model, bu modeller arasında öne çıkmaktadır. Bu basit model, sağlık politikasını sadece "daha iyi yönetilebilecek segmentlere" (39) ayırmaya çaba göstermiş; ancak takip eden sene, şu anda Lalonde (40) Raporu olarak bilinen devrim niteliğindeki bir politika dokümanının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Laframboise, sağlık üzerinde etkili olan 4 temel husus olduğunu belirtmiştir: yaşam biçimi, çevre, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve temel insan biyolojisi. Laframboise, 1973 tarihli çalışmasında bunları ifade etmiştir (39):

Kanada'da *sağlık alanındaki* zorluk, bir yandan mevcut yüksek düzeylerdeki sağlık hizmetleri ve medikal araştırma düzeylerini korurken diğer yandan çabalarımızı, şu anda temel sorunlarımızın olduğu yaşam biçimi ve çevre alanlarında da benzer düzeylere getirmektir. Bu dokümanda önerilen kavramsal yaklaşım, insanları, *sağlık alanının* dengeli algılanmasına giden yolda bir adım öteye götürürse amacına hizmet etmiş olacaktır.

Sağlık çıktılarını etkileyen 4 temel kategorinin bu şekildeki basit tasvirinin, Lalonde Raporu ile popüler hâle gelmesini takip eden yıllarda Avustralya, Kanada, Avrupa ve ABD'nin sağlık planlamasında çok büyük etkisi olmuştur. Tüm planlarda, harcama, baskın bir şekilde (%90 üzeri) sağlık hizmetlerinin organizasyonu kategorisinde olsa da yeni düşünce biçimi, yaşam biçimi ve çevrenin ihmal edilmiş boyutlarına giderek daha fazla odaklanmıştır. ABD'deki olaylar, gelecek 5 yıl içinde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlığın teşviki geliştirilmesi ve hastalık önleme konusundaki ilk

raporunun yayımlanması ile sonuçlanmıştır (41). Bu, aşağıda açıklanan Sağlıklı İnsanlar girişiminin ilk önemli hareketidir.

Laframboise'un sağlık alanı kavramının hoş basitliği, Lalonde Raporu'nun yayımlanmasının ardından Kanada'da ortaya çıkan tartışma içinde kaybolmuştur. Yaşam biçimi ve çevresel belirleyicilerde kayda değer değişim, politika hedefi haline getirilmemiştir. Rapor'un ardından federal sağlık kaynaklarında ciddi değişiklikler olmamıştır ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Müdürlüğü'nün kurulması dışında, federal düzeyde sağlığın teşvikine yönelik program desteğinde çok az değişiklik olmuştur. Lavada Pinder (42), bunu büyük ölçüde hem Lalonde Raporu (40) hem de onun ardından gelen Epp çerçevesinin (30), Kanada Sağlık ve Refah Kurumu ve federal hükümetin diğer sektörlerini, ABD'de hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik hedeflerin geliştirilmesi için kullanılan yoğun istişare veya hedef koyma sürecine benzer bir sürecin içine sokma konusunda başarısız olmasına bağlamaktadır (42).

Hükümet ve bakanların değişmesi, her iki raporun uluslararası camiada kabul gören kavramlarını, politika veya sürekli program fonundan büyük ölçüde mahrum bırakmıştır. Kısaca, sağlık alanı kavramı, sağlık programları ve kamu politikalarının planlaması veya koordinasyonu için birçok politika dokümanının ve kavramsal çerçevenin önünü açmıştır. Ancak bunların çoğunda sürekli fon eksikliği söz konusu olmuş ve bunlar politikanın değişmesini sağlamamıştır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Edilmesi, Toplum Sağlığı ve Toplum Sağlığının Geliştirilmesi

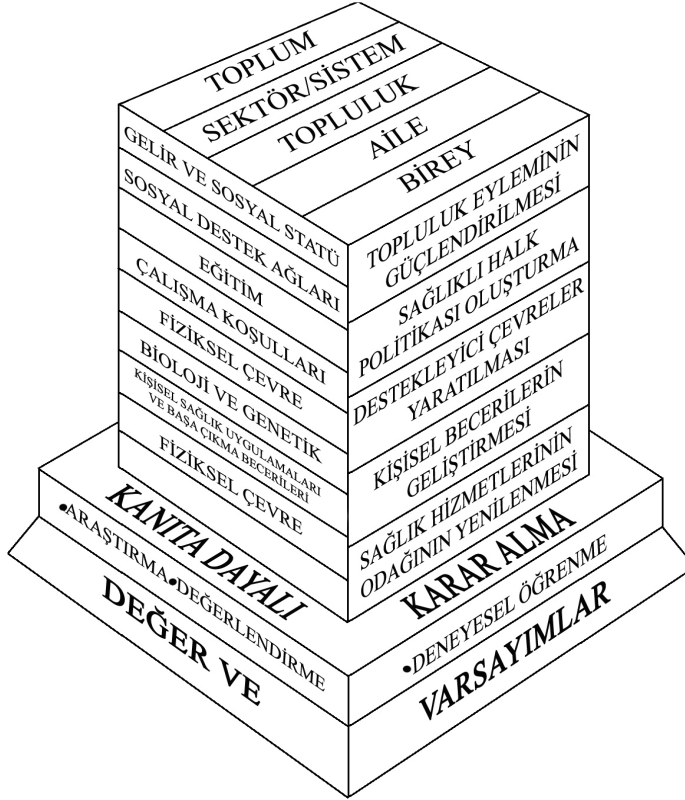
Epp çerçevesi (30); yaşam şeklinin, programlar ve politikalar ve sağlık etkisi arasındaki nedensel zincirdeki önemli rolünü küçümseyerek sağlıkta eşitliğe ulaşmayı vurgulamak amacıyla *herkes için* sözcüklerini sağlığa eklemiştir. Sonrasında sağlığa ilişkin nedensel bağlantılar 3 katmanda düzenlenmiştir: sağlık zorlukları (eşitsizlikleri azaltmak, önlemeyi artırmak ve başa çıkmayı güçlendirmek), sağlığın teşvik edilmesi mekanizmaları (öz bakım, karşılıklı yardım ve sağlıklı çevreler) ve uygulama stratejileri (kamu katılımını teşvik etmek, toplum sağlığı hizmetlerini güçlendirmek ve sağlıklı halk politikası koordine etmek).

Ottawa Sözleşmesi (2); sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin en yaygın olarak kabul edilen tanımını, insanların kendi sağlıkları konusunda kontrol sahibi olma ve sağlıklarını iyileştirmelerine imkân verme şeklindeki hedefinin bir ifadesi olarak duyurmaktadır (bk. Fasl 1). Güçlendirmeye yaptığı vurgu; odak noktasını, sağlık hizmetlerinden çevre ve yaşam koşulları ve yaşam şekillerindeki diğer sağlık belirleyicilerine doğru kaydırmıştır. Belirtildiği gibi Ottawa Sözleşmesi (2), sağlığın bir belirleyicisi olarak görüldüğü diğer yaşam kalitelerine atıfta bulunarak sağlığın ayrıca üstü kapalı nedensel zincirinde “yaşam kaynağı” olarak konumlandırılmasına yardımcı olmuştur.

Ottawa Sözleşmesi'ne daha fazla işlevsellik kazandırma çabalarının bir parçası olarak Epp çerçevesi (30) ve sonraki tanımlar, politika ve uygulamanın ulusal düzeyden yerel düzeye Ottawa Sözleşmesi'nin hedefine ulaşabileceği strateji ve yöntemleri daha fazla vurgulamıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin metodolojik ve prosedürel olarak yönlendirilmiş bir tanımı, Ottawa Sözleşmesi ve Epp çerçevesince işaret edilen nedensel zincire oturmaktadır: “eğitim ve çevre desteklerinin, sağlığı destekleyici eylemler ve yaşam koşulları için birleştirilmesi” (13). Epp çerçevesi, sonrasındaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımları ve Ottawa Sözleşmesi; burada ima edilen eylemleri, bireysel başa çıkma ve insanların kendi eylemleri ve politika, çevre ve sağlık hizmetleri ile ilgili olan bir dizi topluluk eylemi, kurumsal ve sosyal eylem şeklinde açıklamıştır.

Yukarıda tanımlanan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bakış açısı, bireyselden toplumsala kadar tüm düzeylerdeki sağlık belirleyicilerinin tamamına ilişkin eylem stratejilerini ortaya koymak için il düzeyinde veya federal ve bölgesel sağlık bakanlıklarının (43) kabul ettiği toplum sağlığı bakış açısı ile birleştirmiştir. Hamilton ve Bhatti (44), sağlığı iyileştirmek amacıyla eylemleri yönlendirebilecek bir çerçeve sunmak üzere önceki tanımları birleştiren entegre toplum sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi modeli ortaya koymuştur. Politika ve uygulama için yukarıda belirtilen sağlık belirleyicilerinin her birinin toplumun her bir düzeyi ile kesişimini ve bunların, Ottawa Sözleşmesi ve Epp çerçevesinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik 5 stratejisi ile kesişimini gösteren 3 boyutlu bir model önermişlerdir (Şekil 18.3)

Şekil. 18.3. Toplum Sağlığının Geliştirilmesi Modeli



Kaynak: Frankish, J. et al. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/impact/impact.htm>).

Ottawa, Health Canada, 1996 (accessed 21 February 2001). © Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.

Bu model, geçmişten beri toplum sağlığı ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temeli olan, ancak Kanada’da federal kurumlar ve il kurumları (47) tarafından finansman sağlanan projelerde sadece kısmen uygulamaya geçirilen çevresel bakış açısını daha belirgin hâle getirmiştir (45,46). Üç boyut “kim, ne ve nasıl” sorularını ele almaktadır. Bu üç soru seti, sorunun veya nüfus düzeyleri, belirleyiciler ve stratejinin kesişimi, ideal olarak amaç ve hedeflerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır.

Sağlığın Belirleyicileri

Toplum sağlığına olan vurgu, sağlığın belirleyicilerine ilişkin kanıtın tasvir ve dokümantasyonuna olan ilgiyi artırmıştır (48-50). Kanada Toplum sağlığı Federal, İl ve Bölge Danışma Komitesi (51), toplum sağlığı için odağı yeniden belirlenen ulusal stratejiler ve il stratejileri konusunda aşağıda sıralanan belirleyicileri hedef olarak kabul etmiştir:

Gelir ve Sosyal Statü: Varlık miktarı değil, kısmi dağılımı, insanlara yaşam koşulları ve harekete geçme kapasitesi konusunda verdiği kontrol.

Sosyal Destek Ağları: İnsanların zor durumlarla başa çıkmak ve yaşam koşulları ile uğraşırken etkinlik anlayışlarını korumak için aldıkları yardım ve destek (veya gerekirse bu yardım ve desteği alabileceklerini bilmeleri).

Eğitim: İnsanları günlük zorluklarla başa çıkmaları için donatan ve insanların, istihdam ve gönüllü faaliyetler vasıtasıyla topluma katılmalarına imkân veren ilgili ve anlamlı bilginin birleşimi.

İstihdam ve Çalışma Koşulları: İstihdam koşulları, ekonomik istikrar ve sağlığa elverişli bir çalışma ortamı.

Fiziksel Çevre: Hava, su, toprak, barınma ve gıda koruma ve toplumda güvenli yaşam için diğer koşullar.

Biyoloji ve Genetik Yapı: İnsanların doğdukları anda sahip oldukları ve yaşam döngüsü süresince doğal olarak gelişen ve azalan fizyolojik, anatomik ve zihinsel kapasite.

Kişisel Sağlık Alışkanlıkları ve Başa Çıkma Becerileri: Bireylerin, sayesinde hastalıkları önleyebileceği ve öz bakımı geliştirebileceği, zorluklarla baş edebilecekleri ve özgüven geliştirebilecekleri, sorunları çözebilecekleri ve sağlığı geliştiren seçimler yapabilecekleri eylemler.

Sağlıklı Çocuk Gelişimi: Olumlu prenatal ve erken çocukluk tecrübeleri.

Sağlık Hizmetleri: İyi bebek, bağışıklık ve sağlık eğitimi programları dâhil, erişilebilir önleyici hizmetler ve temel sağlık hizmetlerinin birleştirilmesi.

Etki Değerlendirmesi Yaklaşımları

Çevresel Etki Değerlendirmesi

Çevresel Etki Değerlendirmesi (ÇED), önerilen kalkınma projelerinin çevresel ve sosyal etkilerinin incelenmesine yönelik bir araçtır ve Kanada'nın birçok ilinde mevzuat gereği yapılması gerekmektedir. Sağlık konularını ele alan ÇED'ler, SED'nin özel bir hâlidir ve planlanan gelişmelerin sağlık etkilerini değerlendirmek için kullanılan araçlardır. 1992 yılında Avustralya, ÇED'de SED için ulusal bir çerçeve geliştirmiştir. Bu çerçeve, SED yapılacak politika alanlarını ve kalkınma projesi türlerini belirlemektedir. Avustralya modelinde SED ve çevresel SED, tek bir sürecin ikiz öğeleridir. Birçok durumda, planlanan kalkınma projeleri için sağlık yetkilileriyle görüş alışverişi zorunludur.

SED süreci, standart ÇED süreci ile paraleldir ve uygunluk için tarama, potansiyel faktörler dizisinin değerlendirilmesi, başlangıç verisi için profil çıkarma, riskleri

değerlendirme ve yönetme, uygulama, karar alma ve izleme ve değerlendirmeyi içermektedir. SED'nin uygulanması için kamu katılımı, iş gücünün eğitimi ve akreditasyon; Avustralya yaklaşımının temel bileşenleridir (52).

Genel olarak önerilen bir proje muhtemelen önemli sağlık etkileri doğurabilecekse ÇED'in, muhtemel çevresel risklerin değerlendirilmesi sırasında insan sağlığına yönelik risklerin değerlendirmesini de içermesi tavsiye edilmektedir. Kanada Çevresel Değerlendirme Araştırma Konseyi için hazırladığı raporda Simon (53), ÇED'in önerilen projelerin sağlık etkilerini değerlendirme potansiyeline sahip olduğunu ve böylesi değerlendirmelerin belli bir ölçüde, Kanada dâhil olmak üzere birçok ülkede zaten yürütülmekte olduğunu kabul etmektedir. Simon, Kanada'daki il yönetimlerinin çoğunun ve federal bakanlıkların ÇED'lerde sağlık konularını gelişigüzel ele aldığını ve tutarlı ve yeterli şekilde ele alınmalarını sağlayacak yeterli prosedür ve mekanizmalara sahip olmadığı sonucuna varmaktadır. Simon; ayrıca, ÇED yükümlüğünün temelini oluşturan birçok tüzük ve politikanın, sağlık etkisinin dikkate alınmasını gerektirmediği sonucuna varmaktadır. Simon, Çevre ve Sağlık Bakanlıkları arasındaki zayıf bağlantıların, sağlık profesyonellerinin ÇED'lere katılmalarına imkân vermek için yeterli olmayan kaynak tahsisine neden olduğunu ve bazı ÇED'lerin insan sağlığına yönelik riskleri ele alırken sağlık çalışmaları içeren ÇED'lerin oranının düşük olduğunu ve bunların çoğunun nitel analizlerle sınırlı olduğunu belirtmektedir.

Kanada'da yürütülen ÇED'lerde çoğunlukla ele alınan sağlık bileşenleri, önerilen projenin santralin inşası ve operasyonu sırasında kritik alt popülasyonlar, gelecek nesiller, sakinler ve işçiler üzerindeki etkisi, olumlu sağlık etkileri, kümülatif maruz kalma, sağlık hizmetleri tesisleri, yok etme yöntemleri ve benzeri üzerindeki etkileri incelemektedir. Simon (53), iller ve federal hükümet arasında çarpıcı farklılıklar olduğuna işaret etmektedir. Quebec, konsültasyonu sağlamak açısından Çevre, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlıkları arasında resmî iş birliği için bir mekanizmaya sahipken Nova Scotia ve Prince Edward Island'daki düzenlemeler daha gayriresmîydi. Nova Scotia ve Prince Edward Island'da ÇED'ler izin veya lisans verme prosedürlerinin bir parçası olarak geçici şekilde uygulanıyordu ve sağlık nadiren ele alınacak bir konu olarak belirleniyordu. Simon'un sağlık etkisi tanımı, bizim sağlık belirleyicilerini içeren tanımımızdan daha dardır. Simon, Nova Scotia ve Prince Edward Island'ın, önemli sağlık belirleyicileri olarak görülebilecek işsizlik ve balıkçılık sanayisinin refahı gibi konulara daha fazla önem verdiğine dikkat çekmektedir.

Federal düzeyde Simon (53), Çevre, Sağlık ve Refah ve Çalışma Bakanlıkları arasında resmî bağlantılar olmamasını eleştirmiş ve aralarındaki iletişimi sağlamak ve resmîleştirmeye yönelik siyasi irade, personel ve mali kaynakların yokluğuna dikkat çekmiştir. Buna ek olarak Kanada halkı, Amerikan halkından farklı olarak devlet kurumlarını kötü performanslarından dolayı mahkemeye verememektedir. Simon, kamuoyu gözetiminin ABD'deki ÇED'lerin daha kapsamlı olmasını

sağladığını ifade etmektedir. Kanada’da kamuoyuna hesap verme zorunluluğu olmamasının ÇED’lerde sağlığın ele alınması ihtimalini hangi ölçüde kısıtladığı bilinmemektedir.

Simon’un raporu (53), Kanada Çevresel Etki Değerlendirmesi Araştırma Konseyine ÇED süreçlerinde SED’in alanının genişletilmesi için birtakım tavsiyelerde bulunmuştur. Bu tavsiyeler şunları içermektedir:

- Sağlık ve Çevre Bakanlıkları arasında, ilgili olduğunda, ÇED’lerde sağlık konularının ele alınmasını gerektiren bir politika anlaşması yapılması,
- İnsan sağlığı, insan sağlığına etkisi ve SED’i tanımlamak amacıyla federal-il çalıştay geliştirilmesi,
- Tarama, metodolojiler, SED ve sanayiye özgü sağlık konuları, standartlar ve hedeflere ilişkin kurallar geliştirmek amacıyla bir görev grubu oluşturmak veya araştırma projelerine sponsor olmak,
- ÇED dışında, sağlık bileşenlerinin hâlihazırda ele alındığı diğer kuruluş prosedürlerini (düzenleyici prosedürler, lisans ve izin verme prosedürleri) belirlemek amacıyla araştırma yürütmek.

Davies de (54) Kanada Çevresel Etki Değerlendirmesi Araştırma Konseyi için sağlığın ÇED’in bir parçası olarak ele alınıp alınmayacağını belirleyen faktörleri ve bir SED’i tipik olarak nelerin oluşturduğunu tespit amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Davies, SED’lerin genellikle sağlıkla ilgili bir konu olduğunda yürütülmesine rağmen ÇED mevzuatının nadiren böylesi değerlendirmeler gerektirdiğini, bu nedenle hükümet değerlendiricilerine karar alma konusunda yardımcı olan kurallar olmadığı sonucuna varmıştır. SED’lerde olması gereken faktör veya göstergelerin veya SED yapılırken kullanması gereken yöntemlerin belirlenmesine yönelik kurallar da yoktur. Bu kısıtlamalar dışında, Davies (54) bazı ortak hususlara dikkat çekmektedir:

- Önerilen girişim insanların yaşadığı yerlere yakınsa SED yapma olasılığı çok daha yüksektir. SED’lerin, kuzeydeki kırsal veya uzak alanlara kıyasla güneydeki kent merkezlerinde yapılma ihtimali daha fazladır.
- Tahmini yaşam süresi kısmen kısa olan girişimlere kıyasla, tahmini yaşam süresi daha uzun olan girişimlere SED yapılması daha muhtemeldir. Örneğin, 100-150 gün sürmesi planlanan petrol ve gaz araştırmalarının değerlendirilme ihtimali pek de yüksek değildir.
- Projenin niteliği bir SED yapılıp yapılmayacağı konusunda muhtemelen en önemli belirleyici unsurdur. Algılanan veya fiili sağlık etkileri muhtemelse SED yapılması da muhtemeldir.

Davies, ayrıca ÇED’de sağlık konularının ele alınmasının önünde birçok engel olduğunu belirtmektedir ve bu engeller şunları içermektedir: ÇED’e aşına olan bilgili sağlık personelinin az olması, farklı kurumlar ve yönetim düzeyleri arasında yetersiz iletişim ve yetersiz veya çelişkili bilimsel literatür. ÇED’in SED yaklaşımındaki

sınırlılıklara rağmen Kanada'daki mevcut uzmanlığın büyük bir kısmı çevresel sağlık sektöründedir.

Sağlık Risk Değerlendirmesi

Risk, günlük yaşamın bir parçasıdır. Risklerin, sağlık ve yaşam kalitesini nasıl etkilediğini belirlemek hükümetlerin temel görevleri arasındadır (55-58). Bu bağlamda hastalıkların önlenmesine odaklanan sağlık riski araştırması, mantıklı ve maliyet etkin sağlık politikaları ve düzenleyici politikaların geliştirilmesi açısından önemlidir (59,60). Sağlık risk değerlendirme, “belirtilen sağlık tehlikesine maruz kalmaktan veya faydalı etkilerin yokluğundan kaynaklanan olumsuz etkilerin olasılığının nicel veya nitel tahmini” olarak tanımlanmaktadır (58). Sağlık risk değerlendirme, tipik olarak dört temel adımdan oluşmaktadır: tehlikenin belirlenmesi, tehlikenin niteliklerinin tanımlanması, maruz kalmanın değerlendirme ve riskin niteliklerinin belirlenmesi.

Riskle ilgili konuların, temel hükümet politikaları ve planlarının bir parçası hâline getirilmesi yönünde önemli ilerleme kaydedilmiştir (61). Çevresel iyileşmenin altındaki mantık, çoğu kez nihayetinde insan sağlığı ve iyiliği ile ilgili (62) olsa da ilerleme, ÇED’de SED’e kıyasla daha hızlı olmuştur. Yine de önerilen projelerden ziyade, politika veya programların etkilerini tahmin etmek için kullanılan risk değerlendirme uygulamaları konusunda hâlâ birçok tartışma vardır (63). Tüm risk değerlendirme planlarında üstü kapalı olarak yüksek maruz kalma çalışmalarından düşük maruz kalma durumlarına ve bilinenlerden olası risklere kadar durumları tahmin etme ihtiyacı vardır. Birçok plan, rastgele güvenlik faktörleri veya diğer varsayılan yaklaşımları bünyelerine dahil ederek bu belirsizliğin üstesinden gelmeye çaba göstermektedir. Böylesi faktörler, çoğu zaman deneylere dayanarak tespit edilmemektedir. Bu nedenle gerçek riskleri olduğundan az veya fazla gösterebilirler. Sağlık etkisini tahmin etmeye yönelik benzer prosedürler geliştirilmemiştir.

SED, birkaç açıdan riskle ilgili değerlendirmeden ayrılabilir. İlk olarak riskle ilgili değerlendirme çoğu kez, çevresel koruma çabaları vasıtasıyla spesifik faaliyetlerin sağlık üzerindeki doğrudan veya dolaylı olumsuz veya zararlı etkilerinin azaltılması ile ilgilidir. Birçok risk kontrol çabası, en iyi ihtimalle, öncelikle zarar vermemeyi amaçlar. SED ise belli bir program veya politikadan elde edilecek muhtemel faydanın en üst düzeye çıkarılması ile ilgilidir.

Riskle ilgili değerlendirme çoğu kez spesifik proje, girişim veya faaliyetler ile (56,57) ilişkiliyken SED daha genel hükümet girişimleriyle ilişkilendirilebilir. Bu politika veya programların kapsamı, spesifik müdahalelere doğrudan atfedilebilecek risk veya faydaları hesaplamayı zorlaştırır (64). Son olarak risk azaltma veya risk kontrol çalışmaları çoğunlukla geri ödemenin adaletini iyileştirme veya bakımın çıktılarının izlenmesi için riskle ilgili değişiklikler yapılması çabaları tarafından şekillendirilmektedir. SED’in sağlık hizmetlerinden ziyade toplum sağlığına odaklandığı dikkate alındığında SED, öncelikle veya sadece bakım maliyetlerini azaltmayı amaçlayan basit bir zihniyet tarafından şekillendirilemez.

Avrupa ve Kuzey Amerika'daki yerel çevresel sağlık programları, birçok zorlukla yüz yüzedir. Hizmet ettikleri toplumun sağlık durumunu iyileştirmede etkili olduklarını göstermek bu zorluklar arasındadır (65,66). Yerel çevresel sağlık programlarının etkilerini değerlendirmek için geleneksel sağlık durumu ölçülerini kullanmanın, birçok zararlı çevresel maruz kalma ve kötü sağlık arasında geçen uzun süre ve çevre ile bağlantılı hastalıklar ilişkin birçok müdahaleye yanıt olmaması dâhil, ciddi kısıtlamaları vardır (57).

Birçok Kanadalı yetkili, bu zorluklar karşısında, çevresel sağlık hedeflerine ulaşmak amacıyla model ve uygulama sistemleri geliştirme girişiminde bulunmuştur. Alberta'da, yerel çevre sağlığı programlarında hedefler belirlemek için kullanılmak üzere sistematik bir çerçeve oluşturulmuştur (66). Alberta çerçevesi, sürecin sıralı gelişimini ve sağlık durumu ve risk azaltma için hedefler konmasını içermektedir. Yerel çevresel sağlık programlarının, kapsamlı il hedef paketini kendi durumlarına adapte etmeleri ve paketi, faaliyetlerini yönlendirmek ve faaliyetlerin etkililiğini izlemek için kullanmaları amaçlanmıştır.

Maruz kalmaya ilişkin kesin ve güvenilir bilginin, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin bilinçli kararlar alınması bakımından önemli olduğu giderek daha fazla kabul edilmektedir (67). Maruziyet denetimi yapmaya yönelik bazı yaklaşımlar önerilmiştir. ABD'deki Ulusal İnsan Maruziyeti Değerlendirme Araştırması (NHEXAS) gibi. NHEXAS'ın 3 amacı vardır:

1. Bir dizi temel yaklaşım, yöntem ve veri belirlemek,
1. Sağlık risklerinin değerlendirmesi, yönetimi ve aktarılmasına ilişkin bilim ve politika kararları arasında güçlü ve doğrudan bir ilişki kurmak,
2. Birbirleriyle bağlantı halinde olan araştırmacılar ve düzenleyiciler grubu oluşturmak.

Halk Sağlığında Mükemmeliyet Değerlendirme Protokolü için bir bilgi yönetim aracı olarak il ve yerel sağlık müdürlüklerine, mortalite ve morbidite oranları ve risk faktörü verisi temelinde toplumlarla çalışarak sağlık programı oluşturmalarına yardımcı olmak için de kullanılabilecek bir yazılım paketi (CDC-AIM) sunulmuştur(68). McDonald ve ark. (69), Değerlendirme Protokolü'ne bir çevresel sağlık zeyilnamesi geliştirmek için kullanılan süreci tartışmıştır. Zeyilname, çevresel maruz kalma göstergeleri ve sağlık durumu göstergeleri içermekteydi. Benzer şekilde Oregon'ın Halk Sağlığının İyileştirilmesi Planı (70) gibi stratejiler, risk azaltılması için spesifik standartlar, gelişmiş sağlığa ilişkin çıktılar ve hesap verilebilirliği sağlamak için performans ölçüleri tanımlamıştır.

Son olarak ABD'deki bir başkanlık ve kongre komisyonu düzenleyici karar almada risk değerlendirmesi ve riskin azaltılması için yeni bir çerçeve sunmuştur (71). Bu yaklaşım, odağı bakımından çevre konuları ve ilgili düzenleyici süreçlerle sınırlı olsa da SED ile ilgili daha genel konulara ilişkin oldukça faydalı tartışmalar

yapılmasını sağlamıştır. Daha da önemlisi, komisyonun süreç ve çerçevesi, etki değerlendirmelerinin geliştirilmesi ve uygulanması için daha müşterek, katılımcı bir yaklaşıma olan ihtiyacın altını çizmiştir.

SED'in Kanada'daki Durumu

SED'in gelişimin bir örneği olarak Kanada'nın bu konudaki deneyimini ele alıyoruz. Tek bir süreç ya da model kullanılmadığından, SED'in uygulanması, şehirler arasında oldukça fazla değişkenlik göstermiştir. Şehirlerin pek çoğu, diğerlerinin girişimlerini çok az dikkate alarak ya da hiç almayarak kendilerine özgü yaklaşımlarını geliştirdi. Bazıları, SED ile kabine teklifleri ve politika geliştirme süreci arasında bir bağlantı kurarken diğerleri SED'i şehir sağlığı amaçları ile eşleştirmiş ve birkaçı SED'i ÇED kapsamında değerlendirmiştir. Aşağıda anlatılanlar, şehirlerdeki durumları özetlemektedir.

British Columbia'da kurumlar, kabineye teklif sunma sürecinin bir parçası olarak SED'i zorunlu kılmıştır. Hangi bakanlıktan geldiğine bakılmaksızın, teklif edilen bütün politikaların British Columbia halkının sağlığı üzerindeki olası etkileri açısından incelenmesi zorunludur. Politika yapıcılar ve program geliştiriciler için SED araçları ve yönergeleri geliştirilmiştir. Araçlar, en son geliştirilen sağlık amaçları ile yakınsama sağlayacak şekilde ayarlanmıştır.

Alberta; SED'i, sağlıklı halk politikası, sürdürülebilir kalkınma ve şehir sağlığı amaçları ile birleştirmiştir. *Gökkuşağı Raporu (Rainbow report)* (72); ekonomik kalkınma, çeşitlendirme ve iş yaratma konularında ve çevre politikalarının etkisinin belirlenmesinde Alberta halkının sağlığı konusuna tam ve eşit dikkatin verilmesini sağlamak amacıyla politikaların incelenmesi ve mevzuatın, düzenlemelerin ve işlemlerin uygulanmaya konması tavsiyesinde bulunmuştur. Bir diğer rapor (73), iyileştirmeye yönelik kapsamlı 9 sağlık amacını ve ilgili hedef ve stratejileri ana hatlarıyla anlatmıştır. Amaçlar, sağlık alanındaki kaynak yatırımı için karar alma sürecini desteklemiştir.

Sihhat için birlikte çalışma (working together for wellness) (74), sağlık reformu için Saskatchewan'da sıhhati sağlayacak vizyon, ilke ve amaçları içeren bir strateji teklifinde bulunmuştur. Toplum sağlığı amaçları ve ölçülebilir hedefler belirlenmiştir. Şehir Sağlığı Konseyi, sağlık hizmetleri alanında politika yapıcılara karar alma süreçlerinde yardımcı olması amacıyla SED sürecinin ve aracının kabul edilip kullanılması tavsiyesinde bulunmuştur. SED'in teklif edilen politikalara uygulanması, hükümetin politika ve programlarının Saskatchewan için belirlenen sağlık amaçlarının yakaladığı hedeflere katkıda bulunmasını sağlamıştır.

Manitoba Eylem Planı (33), sağlıklı halk politikası çerçevesinde kapsamlı bir sağlık ölçümü sistemini içeren bir sağlık stratejisinin ana hatlarını çizmektedir. Manitoba halkının sağlık durumunun izlenmesi amacıyla bir dizi ortak amaçlar ve hedefler geliştirilmiştir. Bütün hükümet programları, sağlığa katkıları açısından incelemekte

ve hükümetin ana eylem ve politikalarının her biri, insan sağlığı üzerindeki etkileri açısından değerlendirilmektedir.

Ontario’da 1987 yılında başlayan bir süreç, 1989 yılında geniş kapsamlı beş amacın tanımlanmasını sağlamıştır (75). 1991’den 1993’e kadar, davetli bilirkişilerin oluşturduğu çalışma grupları, sağlık amaçlarının her biri için hedefler geliştirmiştir. Hedefler, şehir sağlığı reform girişimlerini değerlendirmek için kullanılmıştır. SED açısından, sağlık amaçları ve hedefleri, şehirdeki politikanın yönünü ve geliştirilme sürecini etkilemiştir.

Quebec’teki politika (76), sağlığın iyileştirilmesine yönelik 5 genel amacın ve (yaşam döngüsünün 4 aşamasıyla ilgili) on özel hedefin bir taslağını sunmuştur. ABD Sağlık Bakanlığı’nın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesine ilişkin 1979’daki raporunda açıklanan süreçle uyumlaştırılmış bir süreç yoluyla amaçlar geliştirilmiştir (42). Quebec’in bölgelerinin, sağlık hizmetleri ve kaynaklarına karşı vatandaşların sağlık ihtiyaçlarının üzerinde durarak, şehir amaçlarını bölgesel planlara çevirmesi bekleniyordu.

New Brunswick sağlık stratejisi (77), şehrin sağlık amaçlarını tanımlamış ve bakanlıkları, sağlık hizmetleri sunanları, toplum gruplarını ve tüketicileri, amaçları, hedef ve eylem stratejilerine dönüştürmeye teşvik etmiştir. Toplum sağlığı hizmetleri için paralel bir girişim (78), insanların sağlığını takip edip izlemenin bir yolu olarak öncelik alanlarına göre amaçları belirlemiştir.

Sağlık amaçları, Nova Scotia’nın kapsamlı sağlık politikasının bir parçası olarak geliştirilmiştir. Bir müzakere dokümanında (79) sağlık amaçları, Nova Scotia halkının iyileştirilmiş sağlığına ilişkin planlama ve politika kararlarını yönlendirmenin bir yolu olarak sunulmuştur. Sağlık Hizmetleri Kraliyet Komisyonu’nun (80) tavsiyesi doğrultusunda, hükümetin teklif ettiği bütün girişimler, Nova Scotia halkının sağlığı üzerindeki etkileri açısından değerlendirilmiştir.

Newfoundland, SED’i toplum sağlığı ile birleştirmiştir. Toplumlar, nüfus grupları, istihdam, ekonomik koşullar, sosyal destek, sağlık hizmetleri, temel hizmetler (su, atıkların imhası, ulaştırma ve barınma) ve toplum kaynakları (tüketici örgütleri, gönüllü örgütler ve kulüpler gibi) gibi toplumun belirleyici özelliklerinin tanımlanmasına karşı hükümet politikalarının olası etkilerini değerlendirmiştir. Newfoundland ayrıca, sağlığa ilişkin şehir stratejisinin bir parçası olarak sağlık amaçları geliştirmiştir (81).

Prince Edward Island’da toplum ve meslek temsilcilerinden oluşan sağlık politikası konseyi, şehir için ölçülebilir sağlık amaçları ve hedeflerinin geliştirilmesi ve izlenmesinden sorumlu olmuştur. İnsanların sağlık durumunu takip edip izlemek amacıyla geniş 5 kapsamlı amaç geliştirmiştir.

Ayrıca, Kanada'daki bölgeler, hedefler koymaktadır. Northwest Territories belgesi, sağlık için öncelikli alanların genel bir özetini vermiş ve amaç ve hedeflerin geliştirilmesini desteklemiştir. Yukon Bölgesi'nde önceki 2 girişim [*Sağlık Durum Raporu (Health status report)* (82) ve Yukon Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Anketi] hedef geliştirilmesine temel oluşturmuştur.

Halk Politikasının Etkisini Ölçme: Neye İhtiyaç Var?

Sağlık Göstergeleri

Pederson ve ark. (83), sağlıklı halk politikası üzerine yaptığı incelemede sağlıklı halk politikası ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek sağlık göstergelerine ihtiyaç duyulduğunu saptamıştır. Nicel olarak değerlendirilmesi çok daha zor olan sağlık ve refah ölçümleri kadar mortalite ve morbidite oranları gibi belirgin göstergelerin önemini vurgulamıştır. En önemlisi, her zaman sağlıkla ilgisi olmayan, ancak nedensel olarak sağlık ile ilişkilendirilen olayların göstergelerinin politika ve program analizi için geliştirilmesi gerektiğini iddia etmiştir. Bu amaçla, Güney Avustralya'da Adelaide şehrinde gerçekleştirilen 2. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Edilmesi Konferansı'nın (19) tavsiye kararları, sağlık bilgi sistemlerinin geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur.

Bu tavsiye kararı ile SED arasında bir ilişki kurarak mevcut doğum ve ölüm istatistikleri sistemleri, taburcu kayıtları ve tıbbi bakım faturalandırma sistemleri, eczane kayıt sistemleri, tümör kayıtları ve diğer kayıtlar ve periyodik nüfus anketlerinden elde edilen sağlık etkisi ölçümleri ile ilişkilendirilebilecek performans ölçümlerini sağlamada bu tür sistemleri yararlı olduğunu düşünmekteyiz. Sağlık belirleyicilerinin göstergeleri, sağlığın iyileştirilmesine yönelik ilerlemenin temel ölçütü olarak kullanılabilir ve kullanılmalıdır. Ancak bu göstergeler, sağlık tanımını diğer sektörlerin güvenilirliği ve toleransının ötesine geçecek şekilde esnetmeden sağlık etkisinin eş değeri olarak kabul edilemez.

Sağlıklı halk politikasına ilişkin Uluslararası Sağlık Hizmetlerinin Ötesinde Konferansı, 1984 yılında Toronto'da gerçekleştirilmiştir. Konferans sonrasında, sağlıklı halk politikasının geniş kapsamlı konularının belediye düzeyinde nasıl uygulanabileceğini incelemek için bir günlük Sağlıklı Toronto 2000 çalıştay düzenlenmiştir. Böylelikle, Kanada'da Sağlıklı Şehirler hareketi başlamıştır (29,84). Kanada Sağlıklı Topluluklar Projesi, bu hareketle, sağlığın belediye düzeyindeki "siyasi, sosyal ve ekonomik karar alma sürecinde en temel faktör" olmasını amaçlamıştır (84).

Proje, çok büyük vaatlerde bulunmuş ancak çok kısa sürmüştür. Manson-Singer (84); deneyimsizlik, kaynakların yetersizliği, tanımlarla ilgili sorunlar, diğer sosyal hareketlerle olan rekabet ve finansman kurumlarıyla olan zayıf ilişkiler gibi başarısızlığa yol açan pek çok sebep sıralamıştır. Bu tartışmayla en fazla alakalı olan sorun ise *sağlıklı toplumlar* için uygun bir tanımın bulunmadığı zorluktu. Bu sorun, sağlığın çok geniş tanımlandığı konusundaki uyarılarımızla benzerlik göstermektedir. Proje yürütme komitesi, geniş bir tanım yaparak bu tanımın kapsayıcı

bir tanım olacağını düşünmüştür. Ancak belediye düzeyindeki kişiler, federal hükümetin sağlık alanındaki kurumsal sorumluluğunu belediyelere devretmesinden ve federal sağlık finansmanı sağlayan tarafların, geniş tanımların sağlık alanına yeterli ölçüde odaklandığını kanıtlamada ya da savunmada zorluk yaşamalarından endişe ediyorlardı.

Rootman (85), göstergelerin Proje içerisinde gerekli olup olmadığını incelemiştir. Gözlemleri, tüm halk politikasının daha geniş kapsamlı SED'ler anlayışıyla ve uygun gösterge arayışlarıyla alakalı görünmektedir. Rootman, öncelikle, kişi göstergeleri yerleştirecek ve açıklayacak kavramsal bir çerçevenin ya da teorinin yokluğunda göstergelerin ne anlama geldiğini nasıl bilebilir sorusunu sormuştur. Sonrasında, uygun göstergelerin saptanması ve geliştirilmesine yönelik bazı metodolojik konulara işaret etmiştir:

- Göstergeler, sağlığın olumlu boyutları için şu anda mevcut değildir (mortalite ve morbidite oranlarındaki düşüşler dışındakiler).
- Sağlığın nesnel ve öznel boyutlarını bir araya getiren bütünsel ölçüler geliştirmek zordur.
- Sağlığın durumuna ilişkin bağlamsal faktörleri kişinin nasıl yakaladığı belirsiz ve toplum düzeyinde hiçbir gösterge hedeflenmemiştir; göstergeler, bireysel ölçümlerin bütünü üzerine kurulmuş durumdadır.

Sağlıklı Toplamlar stratejisi; sağlıklı topluma ilişkin kendi vizyonunu oluşturmuş, ihtiyaçları ve güçlü noktaları vurgulayan toplum profilleri oluşturmuş ve kendini vatandaşların sağlığının iyileştirilmesine adanmış koalisyonlar ve ortaklıklar kurmuş olan British Colombia'daki pek çok toplulukta yankı bulmuştur. British Colombia Sağlık Kurumu, insanlar ve toplumlar için iyileştirilmiş sağlık yolunda kaydedilen ilerlemenin tanımlanması ve takip edilmesi için toplumları göstergeler geliştirmeleri konusunda cesaretlendirmiştir. Toplum sağlığını ölçmek için göstergelerin kullanılması, toplumların karar alıcıları etkileyebilmelerinin ve kendilerini etkileyen programların planlanmasına ve politikaların geliştirilmesine katılabilmelerinin bir yoludur (35-37).

Uygun göstergelerin seçilmesi konusu, sıklıkla Sağlıklı Şehirler hareketinin forumunda tartışılmıştır. Hatta bu tartışmalardaki bilgili ve kendini bu işe adanmış insanlar, üzerinde anlaşmaya varılmış bir dizi göstergenin belirlenmesini sağlayamamıştır. DSÖ Sağlıklı Şehirler Projesi, 1987 yılında neyin ölçülebileceği ve neyin ölçülmesi gerektiği konusunda bir fikir birliğine varılması için bir toplantıya sponsorluk etmiştir (86). Belirlenen seçim kriterleri, göstergelerin şu özelliklere sahip olmasını zorunlu kılmıştır: toplanması ve kullanılması kısmen basit, kısa vadeli değişikliklere duyarlı, küçük alan düzeyinde analiz yapmaya yeterli, sağlık, DSÖ'nün Herkes İçin Sağlık Politikası, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve Sağlıklı Şehirler Projesi ile ilgili, sosyal ve siyasal gücü taşıyabilecek, sayı olarak otuzla sınırlı, şehir yaşamının tüm yönleriyle alakalı ve hem öznel hem de nesnel (87).

Toplantıya cevaben, proje şehirlerini (87) değerlendirmek için bir kılavuz hazırlanmıştır. O'Neill'in (86) belirttiği gibi devasa büyüklüğünden dolayı plan gerçekleştirilememiştir. Plan, şehrin coğrafyasından (topografyası, iklimi, doğal kaynakları, biyolojik ekosistemi ve “şehir biçimi” dâhil), tarihine, demografisine, siyasi yapısına (yargı ve yönetim biçimi dahil), ekonomisine, sosyal konularına ve din ve kiliselerin etkisine kadar her şeyi bilmeyi kapsıyordu. Bu durum, performans göstergeleri ve arka plandaki verileri, sağlık etkisi göstergelerine duyulan ihtiyaçla karıştırmanın bir başka örneği olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı Şehirler'in değerlendirilmesine ilişkin bir sonraki toplantıda, sunulan raporların hiçbir SED'in somut göstergelerini sunmamıştır (88).

DSÖ'nün Sağlıklı Şehirler Projesi gibi Avustralya'daki Sağlıklı Şehirler ve Eyaletler Projesi, herkes için sağlığa erişilmesinin bir yoludur. Avustralya'daki proje kapsamında belediye idari teşkilatları; şehir için vizyon geliştirmekte, ihtiyaçları saptamakta, öncelikleri belirlemekte, ölçülebilir sağlık amaçları ve hedeflerini tanımlamakta ve bunlara yönelik ilerlemeyi gözlemleyerek değerlendirmektedir. 1993 yılında, proje Queensland eyaletinin üç şehrinde pilot proje olarak test edilmiştir (89).

DSÖ Avrupa Sağlıklı Şehirler Projesi, tek tip veya sistemleştirilmiş göstergeler aramanın getirebileceği tuzakları kabul ederek yaklaşımını değiştirmiş gibi görünmektedir (bk. Fasl 14). O'Neill ve Cardinal'in (90,91) incelediği diğer yerlerdeki girişimler de aynı şekilde sonuçlanmış gibi görünüyor. Şehirlerin sağlığını değerlendirmenin basit ve tek tip bir yolu bulunmamaktadır.

Kanada'nın en büyük 14 belediyesinin belediye başkanları, şehirlerin yaşanılabilirliği konusundaki federal düzeydeki ve şehirler düzeyindeki harcama kesintilerinin etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yaşam kalitesi göstergelerinin geliştirilmesi tavsiyesinde bulunmuştur. Önerilen bu göstergeler; açlık sınırının altında yaşayan insanların oranı, devlet yardımı alanların sayısı, gıda bankası kullanımı ve sunulan toplum hizmetlerinin türü gibi çeşitli faktörleri göz önünde bulunduracaktı (92). Etki göstergelerinin bu karışımı; morbidite, engellilik ya da mortaliteyi içermiyordu; fakat sağlığın belirleyicileri ve sağlıktaki değişim sonuçlarının birleşimine eşit olacaktı.

Sağlığın Belirleyicileri

Daha önce de belirtildiği gibi Lalonde Raporu (40), Laframboise'nin sağlık alanı kavramını (39) hükümet sağlık politikasının vurgusunu tıbbi bakımdan sağlığın diğer 3 temel belirleyicisine (yaşam biçimi, çevre ve insan biyolojisi) doğru yeniden yönlendirmeyi amaçlayan ilk ana politika belgesinde ortaya atmıştır. Tıbbi bakımla ilişkili olan sağlığın diğer belirleyicilerinin önemine ilişkin deliller sunmuş diğer kişilerin çalışmalarına dayanarak Kanada İleri Araştırma Kurumu (Canadian Institute for Advanced Research) (93); çevreyi, sosyal ve fiziksel bileşenlere ve insan biyolojisini birincil belirleyicisi olarak genetik donanım ve sağlığın ikincil ya da daha yakın bir belirleyicisi olarak davranışsal tepkiyle birlikte bireysel tepkinin bir parçası olarak çevresel ve genetik belirleyicilere verilen biyolojik tepkiye ayırmıştır.

Kurum, ayrıca sağlığı 3 alana ayırmıştır: sağlık ve işlev, bu belirleyicilerin ani etkileri olarak hastalık ve uzun vadeli ya da ikincil etki olarak refah.

SED ile doğrudan daha alakalı olan Kurum'un toplum sağlığı belirleyicilerini formüle etme biçimi, sağlık kavramını çeşitli parçalara ayırmaktadır. "Neredeyse Platocu bir 'iyi' ideali gibi olan DSÖ'nün her şeyi kapsayan tanımı"na daha kullanışlı alternatifler arayan Evans ve Stoddardt (49) (fizyolojik risk faktörleri ile eş tutulabilecek) biyolojik tepkileri, işlevsel kısıtlamalardan; kapasite olarak sağlığı, rahatsızlık veya hastalıktan ve refaktan ayırmış ve şu sonuca varmıştır (49):

Böyle bir süreklilik içerisinde, sağlığa ilişkin çeşitli kavramlar arasında çizilmiş kesin sınırlar yok. Ancak bu durum, bizim bu kavram arasındaki farklılıkların varlığını kabul etmemize bir engel teşkil etmiyor. Farklı kavramlar, ne yanlış, ne de doğru; sadece farklı uygulama amaçlarına ve alanlarına sahip.

Kullanılan sağlık tanımının düzeyi ne olursa olsun, bu düzey; sağlık (tanımının) belirleyicileri sorusundan ayırt edilebilmelidir.

SED'e gösterilen günümüzdeki ilgiyi yönlendiren toplum sağlığı modelinin öncülerine göre yapılan bu önemli ayrımlar, sağlık etkisinin sağlık sürekliliği üzerindeki ölçülebilir sonuçları temelinde değerlendirilmesi gerektiği ve belirleyiciler üzerindeki etki veya sağlığın varsayılan sonuçları (sırasıyla tıbbi bakım ve refah gibi) ile eş tutulamayacağı sonucumuzu desteklemektedir.

Politika Çevresini Değerlendirme

Politikaların sağlık etkisini değerlendirmek için göstergelerin geliştirilmesine ek olarak Pederson ve ark. (83), sağlıklı halk politikasının varlığını ölçmek için özel göstergelerin geliştirilmesi çağrısında bulunmuştur. Böylece araştırmacılar, sürece dâhil olan sosyal örgütler ve kurumların saptanması, süreçlerin ve sonuçların belirlenmesi, politika doğrultularının tanımlanması ve geçmişteki, günümüzdeki ve gelecekteki eğilimlerin analizi dâhil olmak üzere politika oluşturma sürecinin çeşitli aşamalarını takip edebilmiştir. Bu öneri; fiziksel, sosyal ve ekonomik faktörlerin ve siyasi önceliklerin ve bağlılığın analizi yoluyla sağlıklı halk politikasının olanaklı kılınması tavsiyesinde bulunan Adelaide Konferansı (100) raporuyla tutarlılık göstermektedir. Bu analizler, belirleyicilerin ve performansın önemli göstergeleridir; ancak tek başına SED işlevi görmezler.

SED Stratejisi Olarak Sağlık Hedefleri, Amaçları ve İdealler

Sağlığın genişletilmiş tanımının kabulünden ve belirleyicilerin ve sonuçların birbiri ile karıştırılmasından kaynaklanan tuzaklardan kaçınmanın bir yolu da bir sağlık stratejisini açıkça ifade etmek veya daha belirgin olarak bir ülke veya bölgeler için sağlık amaçları ve hedefleri belirlemektir. Bu, SED süreci için ilgili belirleyicilerin veya sonuçların saptanması için bir çerçeve sunar. Genel politika doğrultuları önemli olsa da belli bir süresi olan ölçülebilir hedeflerin belirlenmesi, harekete geçmek için

önemli bir motivasyon unsurudur. Bu tür hedefler, önceki hareketlerin etkisini ve geleceğe ilişkin tekliflerin uygulanabilirliğini değerlendirme gerekliliğini ortadan kaldırmaz (101). Sağlık için ulaşılabilir hedeflerin olmaması durumunda, politikada kararlaştırıldığı gibi teklif edilmiş olan diğer politikaların göreceli potansiyel sağlık etkisi sonsuza dek tartışılabilir. Amaçlar ve hedefler, değerlendirme için oldukça önemli bir ölçüt sunar.

Kanada'daki Amaçlar ve Hedefler

Her ne kadar Kanada şehirleri, sağlık amaçları geliştirmiş veya geliştiriyor olsa da ulusal amaçların tanımlanması güç olmuştur. Pinder (39), farklı paydaşların yazılarında ve konuşmalarında ulusal amaçların belirlenmesi çağrısında bulunduğunu göstermiştir (40,102-105).

Ulusal düzeyde hedef belirleme; tütün ve uyuşturucu kullanımı, çocuk sağlığı ve yaralanma kontrolü gibi öncelik alanlarıyla sınırlandırılmıştır. Örneğin ABD'deki Sağlıklı İnsanlar girişimi çerçevesini temel alarak ulusal stratejiyi belirlemek ve yaralanmaların önlenmesine ilişkin ulusal hedefleri belirlemeye çalışmak amacıyla Mayıs 1991'de bir sempozyum düzenlenmiştir (106). Sempozyum; ev ve toplum, çalışma sağlığı ve güvenliği, spor ve dinlenme tesisleri ve ulaştırma olmak üzere 4 alanda Kanada için yaralanma kontrolü hedefleri geliştirmiş olan hükümet, kamu yararına çalışan gruplar, meslek odaları, akademik çevreler ve standart belirleme kurumlarından temsilcileri, çalışan kesimi, işverenleri, kaza atlatmış kişileri ve kamuoyunu bir araya getirmiştir. Şiddet yanlısı ve kötü davranışlara ilişkin hedefler belirlemenin uygulanabilirliğini incelemek için beşinci bir grup toplanmıştır. Yaralanma kontrolü hedeflerini belirleme, Kanada'nın sağlık önceliği alanına göre hedefleri belirlemeye olan yaklaşımını gösteren birkaç örnekten biridir (55).

Kanada'da ulusal amaçları belirlemenin bir başka dikkate değer örneği ise sigara içmeyenlerin tütün kullanımından kaçınmalarına yardımcı olmayı (önleme), sigara içenlere sigarayı bırakmaları konusunda yardımcı olmayı (bırakma) ve sigara içmeyenlerin sağlığını ve haklarını korumayı (koruma) hedefleyen *Tütün Kullanımını Azaltmaya Yönelik Ulusal Strateji*'dir (107). Strateji; mevzuat, bilgiye erişim, hizmet ve programların kullanılabilirliği, vatandaş hareketlerine destek, mesaj yoluyla teşvik, araştırma ve sektörler arası politika koordinasyonu kapsayan bu amaçları gerçekleştirmeyi sağlayacak 7 stratejik doğrultudan ana hatlarıyla bahseder. Strateji, federal hükümetler ve şehir yönetimleri/bölgesel yönetimler ile Kanada Sigara ve Sağlık Konseyi, Akciğer Birliği, Kalp ve Felç Derneği ve Kanada Halk Sağlığı Birliği'nin de aralarında bulunduğu çeşitli ulusal sağlık örgütleri arasındaki iş birliğine dayalı bir girişimdir.

Benzer şekilde, Kanada'daki kalp ve damar hastalıkları için ulusal amaçlar geliştirilmiştir. Kanada Kalp Sağlığı Girişimi (bk. Fasıl 20), federal sağlık otoritesi ile 10 kentsel/bölgesel sağlık bakanlığının tamamı ve tanıtım projelerinin gerçekleştirildiği toplumlar arasında bir bağlantı kurar (108). Bir de ulusal girişimler

ağı vardır. Hükümetin yargı alanlarının ortak sorumluluğu, bu ağı ayırt edici özelliğidir. Ulusal yargı; teknik destek, kalp sağlığı risk faktörlerine ilişkin ulusal veri tabanının oluşturulması ve anketler ve tanıtım projeleri için uygun araştırma fonlarının sağlanmasından sorumludur. Şehir yönetimleri; risk faktörlerine ilişkin temel anketlerin gerçekleştirilmesi, eylem planlarının geliştirilmesi ve toplum temelli tanıtım projelerinin uygulanması ve değerlendirilmesinden sorumludur.

Planlamaya yönelik hedeflere göre yönetim yaklaşımı, ülkeler genelinde giderek artan bir süreklilikle ve DSÖ'nün denetimi ve teşviki altında uygulanmıştır. Bu yaklaşımın temelinde yatan mantık, amaçların ve hedeflerin, başarı düzeyleri ve şimdiki ya da yakın zamandaki bir başlangıç noktasından çıkan bitiş süreleri ile belirlenebilir olmasıdır. Bu, beklenen ilerleme hızına ve sağlık sonuçlarına işaret ederek bir politika veya program için anlaşılır bir yol haritası sunar. Bir sağlık hedefi, kimin (genellikle nüfus grubu olarak ifade edilir) ne zaman (genellikle 10 yıllık zaman dilimi içerisindeki bir yıl olarak ifade edilir) hangi değişimin (genellikle sağlık sorunu veya ihtiyacı olarak ifade edilir) ne kadarını (genellikle mortalite veya morbidite oranı veya yüzde hedefi olarak ifade edilir) gerçekleştireceğini belirten tek bir cümle hâlini alır.

Sağlık amaçlarını ve hedeflerini geliştirme süreci; çeşitli hükümet, sektör ve organizasyon düzeylerinde verilen desteğin kapsamını belirleyecektir. Hedeflerin geliştirilmesine ve onaylanmasına katılım ne kadar geniş olursa ilgili bütün sektörlerden bütün düzeylerdeki potansiyel ortaklar tarafından bu hedeflerin kabulü ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için kaynakların aktif olarak tahsisi de o kadar büyük olur.

ABD'deki Sağlıklı İnsanlar Girişimi

Bir hükümetin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi politikasını yönlendirmede kullandığı en sistematik ve sürekliliği olan SED süreci, ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Ofisi'nin 1979 yılından bu yana uygulamakta olduğu 'hedeflere göre planlama' süreci olmuştur. ABD'deki ulusal sağlık ve eyalet sağlığı politikası ve programlarına bir katkı olarak bu planlama süreci, federal hükümetlerin çabaları arasında oldukça muazzam bir yer kaplamaktadır. Bu dönemde pek çok gelişme yaşandığından, nüfusun sağlık durumunun değişmesindeki katkıları tartışılabilir. Ancak 1995 incelemesi ve revizyonu, ölçülebilir ve inkar edilemez ilerlemenin kaydedildiğini bildirmiştir (106). SED'e yönelik bir strateji olarak amaçların ve hedeflerin belirlenmesi; Sağlıklı İnsanlar girişimi için bir mihenk taşıdır. 2010 amaç ve hedefleri Ocak 2000'de lanse edilmiştir (<http://www.health.gov/healthypeople>, 21 Şubat 2001 tarihinde erişilmiştir)

Planlama, politika oluşturma ve program ve veri geliştirme çalışması; morbidite, engellilik ve mortalite oranı azaltılmasında kaydettiği ilerleme için ne kadar övgü alabilir? İlerlemenin ne kadar ulusal düzeydeki iyileştirilmiş planlama ve politikalara

bağlanabilir? Ne kadarı eyalet düzeyindeki ve yerel düzeydeki iyileştirilmiş planlama ve politikaların ikincil etkisine bağlanabilir? Bu sorular, önümüzdeki yıllar boyunca tartışılmaya devam edecektir. En azından bu tartışmalar, 1985 ve 1995 arasındaki dönemi kapsayan süreç ortası incelemelerinin belgelendirdiği tarihten yararlanabilir (106). Bu incelemeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme politikaları, amaçları, hedefleri, programları ve hizmetleri ile sonuç olarak ortaya çıkan nüfus için risk azaltma ve çevresel sonuçlar ve sağlık sonuçlarındaki iyileşmeler arasındaki tarihi bağlara ilişkin zengin detaylar konusunda eşsizdir.

Sağlıklı İnsanlar girişimi, eyalet düzeyindeki ve yerel düzeydeki ve diğer ülkelerdeki eylemleri doğrudan etkilemiş ya da bu eylemler için bir model sunmuştur. ABD'deki ulusal düzeyden yayılma etkisi, Sağlıklı İnsanlar girişimini belgeleyen ciltlerin bazılarında kendini göstermektedir (109,110). Örneğin 2000 yılı için belirlenen hedeflerden biri, toplum sağlığının temel işlevlerini yerine getiren yerel sağlık kuruluşunun hizmet sunduğu insanların oranını en az % 90'a çıkarmaktı. Yerel seçmenlerin ve eyalet seçmenlerinin Sağlıklı İnsanlar 2000 hedeflerini belirlemedeki tepeden aşağı etkisi, etkileyiciydi. Diğer ülkelere doğru yayılan dalgalanma etkisi, ek bir uluslararası katkı olarak görülmektedir.

Sağlıklı İnsanlar girişimin başarısı, SED'deki ulusal girişimin ve politikanın beraberinde getirdiği belgelerin içeriği ve özellikle gelişim süreci açısından bazı dersler sunmaktadır. Fikir birliği oluşturmaya, geniş kapsamlı istişarelerde bulunulmasını sağlamaya ve koalisyonlar oluşturmaya yönelik çalışma ve tüm bu çabaların her birini takiben, hedefleri gözden geçirme ve iyileştirme isteği ABD'nin deneyiminde önemli bir rol oynamıştır. 1995 incelemesinin alt başlığı (106), devam etmekte olan hedeflere göre ihtiyaç değerlendirme ve planlama sürecinin ruhunu ve esas özünü ifade eder: En çok ihtiyaç duyulan yerlerdeki çabaları hedeflemede ve sağlığın etkisini kanıtlamada kendi kendini düzeltir ve iyileştirir.

DSÖ ve Ülke Girişimleri

DSÖ'nün 1981 yılında kabul edilen Herkes İçin Sağlık politikası, amaç ve hedeflerin belirlenmesini kapsar. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 1985 yılında bir dizi hedef yayınlamış, bunları 1991 yılında güncelleştirmiş ve Avrupalı üye devletlerle yaptığı ve üye devletler arasındaki geniş istişareler temelinde 2000 yılı politikası için gözden geçirerek düzenlemiştir (24-26).

Sağlık için ulusal amaçların belirlenmesi, İngiltere'nin belirleyici bir özelliği olmuştur. İngiltere'de *Ulusun Sağlığı* (111), hareket için 5 öncelik alanı seçmiş, öncelik alanlarındaki ulusal hedefleri belirlemiş, hedeflere ulaşmak için ihtiyaç duyulan eylemin bir haritasını çıkarmış, uygulama stratejileri önermiş ve izleme ve incelemeyi devam ettirebilmek için bir çerçeve sunmuştur. Sağlık hedefleri belirlenirken tahmini gelecek eğilimleri, müdahalelerin, programların veya politikaların toplum sağlığı üzerindeki olası etkilerine ilişkin değerlendirme ile birleştirilmiştir. Sağlığın sonuçları, politika formülasyon sürecine dâhil edilmiştir.

İngiltere'deki ulusal amaçlar ve hedefler, bölgesel ve yerel amaçlara, hedeflere ve eylem planlarına dönüştürülmüştür. Benzer girişimler Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler'de tamamlanmış ya da hâlâ uygulanma aşamasındadır.

Avustralya, toplum sağlığı için belirlediği ilk ulusal amaç ve hedeflerini 1988 yılında yayınlamıştır (112). ABD'nin deneyimine benzer şekilde, Avustralya'da ulusal düzeyde amaç belirleme, eyalet düzeyinde sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik amaç ve hedeflerin geliştirilmesi üzerinde etkili olmuştur. Sağlıklı Victoria Halkı 2000 (113), Avustralya ulusal stratejisinin doğal bir sonucudur. Sağlıklı Victoria Halkı 2000, Victoria nüfusu için amaçlar ve hedefler geliştirmeyi amaçlayan, Victoria Eyaleti Sağlık Geliştirme Derneği ile Sağlık ve Toplum Hizmetleri Bakanlığı arasındaki ortak girişimdir. Bunun, sağlık sisteminin güvenilirliğini artırması ve karar alıcıların programların eyalet halkının sağlığı üzerindeki etkisini değerlendirme yeteneğini iyileştirmesi bekleniyor. Avustralya'da 8 eyalet ve 4 bölge; temel işlevi, programların sağlık üzerindeki etkisinin izlenmesi ve değerlendirmesine yönelik eyalet çapındaki amaç ve hedefleri belirlemek olan sağlığı geliştirme vakıfları kurmuştur.

Nutbeam ve Sidney Üniversitesi'ndeki meslektaşları (114), ABD'deki hedeflerin sunmuş olduğu modelin de hakkını vererek Avustralya'da 2000 yılı ve ilerisi için daha fazla amaç ve hedefin tarihini ve gelişimini ayrıntılarıyla açıklamıştır. Avustralya'nın ulusal sağlık amaçları ve hedefleri belirlemedeki deneyimini irdeleyen Harris ve Wise (115), bu deneyimin sağlık politikası üzerinde önemli etkiye sahip olmasını şu nedenlere bağlamıştır:

- Sağlık sisteminin dikkatini, sistemin sunduğu hizmetlerden ziyade elde ettiği sonuçlara yoğunlaştırma,
- İlerlemenin ölçülebileceği bir bilgi tabanı sunma,
- Toplum içindeki farklı grupların sağlık sonuçları arasındaki farkı vurgulama,
- Sağlık okur-yazarlığının ve becerilerinin vazgeçilmez önemi ve sağlık geliştirme çevreleri dâhil olmak üzere Avustralya halkının sağlığının artırılması ve sağlık eşitsizliğinin azaltılması için ne yapılması gerektiği konusunda bir düşünce biçimi sunma.

Avustralya'daki ulusal strateji; kalp hastalıkları, kanser, akıl sağlığı ve yaralanma olmak üzere 4 öncelik alanı için amaçları ve hedefleri tanımlamıştır. Hedeflere ulaşmak için eyalet düzeyi ve bölge düzeyinde stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, erken müdahale, tedavi, rehabilitasyon, genişletilmiş bakım ve araştırma dâhil olmak üzere sağlık bakımını tüm yönleriyle kapsıyor. Eyaletler ve bölgeler, en iyi uygulamalar ve performans izleme için ulusal hükümete düzenli rapor vermeyi kolaylaştıran standartlar ve sistemler geliştirmektedir. Amaçlar ve hedefler çerçevesi, Avustralya Federal Devleti ile eyaletler ve bölgeler arasındaki sağlık finansmanı düzenlemelerini belirleyen ve bütün eyaletlerin amaç belirleme sürecine katılımını zorunlu kılan 1992 Tıbbi Bakım Anlaşmasına dâhil edilmiştir.

Yeni Zelanda'nın deneyimi, ulusal düzeyde resmî olarak duyurusu yapılmış sağlık politikası ve hedeflerin kalıcı gücü açısından çelişen bir tarih sunar (116). Yeni Zelanda Sağlık Anlaşması ve model sözleşmesi, sağlık kurullarını bütçelerini doğrulayacak hedefler gerçekleştirme açısından ulusal hükümete karşı hesap verebilir hâle getirmiştir. Eyaletlere ve topluluklara, ulusal hedefleri kendi politika ve planlarına dâhil etme veya uyarlama konusunda karar yetkisi vererek ABD ve Avustralya'nın yaklaşımı daha az yönlendirici olmuştur. 1990 yılında hükümet değişikliği ile birlikte Yeni Zelanda, amaçlar ve hedefleri bırakmış; buna karşın ABD'de 4 devlet başkanı ve 6 sağlık ve insani hizmetler bakanının görev süreleri boyunca Sağlıklı İnsanlar süreci ve hedefleri, işleyişi değiştirmeksizin devam ettirilmiştir. Her ne kadar Beyaz Saray, Sağlıklı İnsanlar 2000 için belirlenen taslak hedefler için dikkate değer bazı değişiklikler yapmış olsa da her hükümet; sürece, amaçlara ve hedeflere saygı göstererek bu süreci devam ettirmiştir.

Sonuç

Dünya çapında sağlık reformu; toplum kontrolü, azalan kaynaklar, yaşlanan nüfus ve sağlık hizmeti sunmasının tek başına sağlığı getirmeyeceğinin kabul edilmesi yönündeki daha büyük bir talebi kapsayan büyük ölçekli sosyal akımların şekillendirdiği gelişmekte olan bir bağlam içerisinde ve daha önce görülmemiş bir hızda meydana gelmektedir. Bu tür bir reformun, zorunlu işaret tabelaları (en düşük düzeydeki toplum sağlığı amaçları) sunan kavramsal veya düzenleyici bir çerçevenin yokluğunda devam ettirilmemesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu tür amaçlar, somut, ölçülebilir hedefler içerisinde faaliyete geçirilmelidir.

SED, hükümetin program ve politika girişimlerinin üzerinde anlaşmaya varılmış sağlık amaçları ile uyumlu hâle getirildiğinden veya uyumlu olduğundan emin olmak için yenilikçi bir yaklaşım sunmaktadır. SED, hangi sektörden geldiğine bakılmaksızın politika ve programların sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri açısından değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Ulusal sağlık hedefleri ve hedefleri belirleme ve SED'i bunlarla bağlantılı olarak yürütme, hükümetin bütün sektörlerinin katılımını gerektirir. Sağlık sektörünün ideal rolü, sadece harekete geçmek değil, aynı zamanda sektörler arası iş birliği için ortaklıkları etkilemek, ortaklıkların kurulmasını sağlamak ve ortaklıklara aracılık etmektir.

Kaynaklar

1. PAL, L.A. *Public policy analysis: an introduction*, 2nd ed. Scarborough, Nelson Canada, 1992.
2. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
3. COLLINS, T. Models of health: pervasive, persuasive and politically charged. *Health promotion international*, 10: 317-324 (1995).
4. GREEN, L.W. Refocusing health care systems to address both individual care and population health. *Clinical investigative medicine*, 17: 133-141 (1994).
5. FRANKISH, J. ET AL. *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. A report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada* (<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthpromotiondevelopment/pube/impact/impact.htm>). Ottawa, Health Canada, 1996 (accessed 21 February 2001).
6. ROOTMAN, I. & RAEBURN, J. The concept of health. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 56-71.
7. Constitution of the World Health Organization. In: *Basic documents*, 42nd ed. Geneva, World Health Organization, 1999.
8. O'DONNELL, M.P. Definition of health promotion. Part III: expanding the definition. *American journal of health promotion*, 3(3): 5 (1989).
9. BERLIN, S. Current status and indicator needs of the Canadian Healthy Communities Project. In: Feather, J. & Mathur, B., ed. *Proceedings of an invitational workshop: indicators for Healthy Communities*. Winnipeg, Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development, 1990, pp. 5-7.
10. CRAWFORD, R. YOU are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International journal of health services*, 7: 663-680(1977).
11. STRONG, P.M. A new-modelled medicine? Comments on the WHO's regional strategy for Europe. *Social science and medicine*, 22: 193-199 (1986).
12. LABONTE, R. Death of program, birth of metaphor: the development of health promotion in Canada. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 72-90.
13. GREEN, L.W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
14. ALLEN, R.E., ED. *The concise Oxford dictionary of current English*, 8th ed. New York, Oxford University Press, 1990.
15. EVANS, R.G. & STODDARD, G.L. *Producing health, consuming health care*. Toronto, Canadian Institute of Advanced Research, 1990 (CIAR Population Health Working Paper No. 6).
16. HANCOCK, T. Beyond health care: creating a healthy future. *The futurist*, 16(4): 4-13 (1982).
17. HANCOCK, T. Beyond health care: from public health policy to healthy public policy. *Canadian journal of public health*, 76(Suppl. 1): 9-11 (1985).

18. HANCOCK, T. Health in transition. *Canadian home economics journal*, 35(1): 11-13,16(1985).
19. *Healthy public policy: Adelaide recommendations*. Geneva, World Health Organization, 1995 (document WHO/HPR/HEP/95.2).
20. *Healthy public policy*. Victoria, Office of Health Promotion, British Columbia Ministry of Health, 1991 (Health Promotion in Action, No. 7).
21. *A guide for communities to enact health-promoting policies*. Victoria, Office of Health Promotion, British Columbia Ministry of Health, 1991.
22. KICKBUSCH, I. Introduction: tell me a story. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 8-17.
23. PEDERSON, A. ET AL. Preface. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 1-7.
24. *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (European Health for All Series, No. 1).
25. *Health for all targets. The health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (European Health for All Series, No. 4)-
26. *HEALTH21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6).
27. RACHLIS, M. & KUSHNER, C. *Strong medicine: how to save Canada's health care system*. Toronto, HarperCollins, 1994.
28. RACHLIS, M. & KUSHNER, C. *Second opinion: what's wrong with Canada's health care system and how to fix it*. Toronto, HarperCollins, 1989.
29. The argument for healthy public policy. In: *Healthy public policy*. Victoria, Office of Health Promotion, British Columbia Ministry of Health, 1991 (Health Promotion in Action, No. 7), pp. 1-3.
30. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health Canada, 1986.
31. HANCOCK, T. Public policies for healthy cities: involving the policy makers. In: Flynn, B.C., ed. *Proceedings of the Inaugural Conference of the World Health Organization Collaborating Center in Healthy Cities*. Indianapolis, Institute of Action Research for Community Health, Indiana University School of Nursing, 1992, pp. 33-41.
32. HANCOCK, T. Health promotion in Canada: did we win the battle but lose the war? In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 350-373.
33. *Quality health for Manitobans: the action plan*. Winnipeg, Manitoba Health, 1992.
34. *Closer to home*. Victoria, Royal Commission on Health Care and Costs, 1991.
35. *Health impact assessment guidelines*. Victoria, Population Health Resource

- Branch, British Columbia Ministry of Health, 1995.
36. *Health impact assessment tool kit*. Victoria, Population Health Resource Branch, British Columbia Ministry of Health, 1994.
 37. *Health indicator workbook: a tool for healthy communities*. Victoria, Population Health Resource Branch, British Columbia Ministry of Health, 1995.
 38. *Working together for health gain at a regional level: the experience of Catalonia*. Barcelona, Department of Health and Social Security, Autonomous Government of Catalonia, 1994.
 39. LAFRAMBOISE, H.L. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association journal*, 108: 388-393 (1973).
 40. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information, 1974.
 41. *Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention* Washington, DC, US Department of Health, Education, and Welfare, 1979 (PHS Publication No. 79-55071).
 42. PINDER, L. The federal role in health promotion: art of the possible. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 92-106.
 43. FEDERAL, PROVINCIAL AND TERRITORIAL ADVISORY COMMITTEE ON POPULATION HEALTH. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Ministry of Supply and Services, 1994.
 44. HAMILTON, N, & BHATTI, T. *Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion*. Ottawa, Health Promotion Development Division, Health Canada, 1996.
 45. GREEN, L.W ET AL. Ecological foundations of health promotion. *American journal of health promotion*, 10: 270-281 (1996).
 46. WORLD HEALTH ORGANIZATION MONICA PROJECT. Ecological analysis of the association between mortality and major risk factors of cardiovascular disease. *International journal of epidemiology*, 23: 505-516 (1994).
 47. RICHARD, L. ET AL. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *American journal of health promotion*, 10: 318-328 (1996).
 48. DRUMMOND, M. & STODDART, G. Assessment of health producing measures across different sectors. *Health policy*, 33: 219-231 (1995).
 49. EVANS, R.G. & STODDART, G.L. Producing health, consuming health care. *Social science and medicine*, 31(12): 1347-1363 (1990).
 50. EVANS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Walter de Gruyter, 1994.
 51. DIANE McAMMOND & ASSOCIATES. *Analytic review towards health goals for Canada*. Ottawa, Federal, Provincial, and Territorial Advisory Committee on Population Health, 1994.
 52. *National framework for health impact assessment in environmental impact assessment*. Wollongong, University of Wollongong, 1992.

53. SIMON, J.S. *Health aspects of environmental impact assessment. Vol. 1. Overview of current practice, findings, and recommendations.* Hull, Canadian Environmental Assessment Research Council, 1988.
54. DAVIES, K. Health and environmental impact assessment in Canada. *Canadian journal of public health*, 82: 19-21 (1991).
55. SAUNDERS, L.D. & STEWART, L.M. *A safer Canada: year 2000 injury control objectives for Canada. Proceedings of a National Symposium. Edmonton, Alberta. May 21-22, 1991.* Ottawa, Health Canada, 1991.
56. ALDRICH, T. & GRIFFITH, J. *Environmental epidemiology and risk assessment.* New York, Van Nostrand Reinhold, 1993.
57. BAILAR, J. ET AL. *Assessing risk to health: methodological approaches.* London, Auburn House, 1993.
58. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES TASK FORCE ON HEALTH RISK ASSESSMENT. *Determining risk to health: government policy and practice.* Dover, Auburn House, 1986.
59. MARINKER, M. *Controversies in health care policies.* London, BMJ Books, 1994.
60. OLDEN, K. & KLEIN, J. Environmental health science research and human risk assessment. *Molecular carcinogenesis*, 14(1): 2-9 (1995).
61. WIGLE, D. Canada's health status: a public health perspective. *Risk analysis*, 15: 693-698 (1995).
62. WARFORD, J. Environment, health, and sustainable development: the role of economic instruments and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, 73: 387-395 (1995).
63. IEZZONI, L. *Risk adjustment for measuring health outcomes.* Ann Arbor, Health Administration Press, 1994.
64. SCHMID, T. ET AL. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *American journal of public health*, 85: 1207-1211 (1995).
65. KOTCHIAN, S. Environmental health services are prerequisites to health care. *Family & community health*, 18(3): 45-53 (1995).
66. SAUNDERS, L. ET AL. Measurable objectives for local environmental health programs. *Journal of environmental health*, 58(6): 6-12 (1996).
67. SEXTON, K. ET AL. Informed decisions about protecting and promoting public health: a rationale for a national human exposure assessment survey. *Journal of exposure analysis and environmental epidemiology*, 5: 233-256(1995).
68. VAUGHN, E. ET AL. An information manager for the Assessment Protocol for Excellence in Public Health. *Public health nursing*, 11: 399-405 (1994).
69. McDONALD, T. ET AL. Development of an environmental health addendum to the Assessment Protocol for Excellence in Public Health. *Journal of public health policy*, 15: 203-217 (1995).
70. BERKOWITZ, B. Improving our health by improving our system. *Family and community health*, 18(3): 37-44 (1995).
71. PRESIDENTIAL/CONGRESSIONAL COMMISSION ON RISK ASSESSMENT AND RISK

- MANAGEMENT. *Risk assessment and risk management in regulatory decision-making*. Washington, DC, Environmental Protection Agency, 1997.
72. PREMIER'S COMMISSION ON FUTURE HEALTH CARE FOR ALBERTANS. *The rainbow report: our vision for health*. Edmonton, Alberta Ministry of Health, 1989.
 73. *Health goals for Alberta: progress report*. Edmonton, Alberta Ministry of Health, 1993.
 74. *Working together toward wellness: a Saskatchewan vision for health*. Regina, Saskatchewan Health, 1992.
 75. PREMIER'S COUNCIL ON HEALTH, WELL-BEING AND SOCIAL JUSTICE. *A vision for health: health goals for Ontario*. Toronto, Ontario Ministry of Health, 1989.
 76. *The policy on health and well-being*. Quebec, Quebec Ministry of Health and Social Services, 1992.
 77. *Health 2000: toward a comprehensive health strategy*. Fredericton, New Brunswick Government, 1990.
 78. *Public health service: vision, mission, goals and objectives*. Fredericton, New Brunswick Government, 1993.
 79. *Developing health goals and a comprehensive health strategy for Nova Scotia*. Halifax, Nova Scotia Provincial Health Council, 1992.
 80. *The Report of the Nova Scotia Royal Commission on Health Care*. Halifax, Nova Scotia Government, 1989.
 81. *Provincial health goals*. St John's, Newfoundland Department of Health, 1994.
 82. *Health status report*. Whitehorse, Yukon Health and Social Services, 1992.
 83. PEDERSON, A.P. ET AL. *Coordinating healthy public policy: an analytic literature review and bibliography*. Toronto, Department of Behavioural Science, University of Toronto, 1988 (HSPB Publication No. 88-1).
 84. MANSION-SINGER, S. The Canadian Healthy Communities Project: creating a social movement. In: Pederson, A. et al. *Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives*. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 107-122.
 85. ROOTMAN, I. Current issues in indicator development. In: Feather, J. & Mathur, B., ed. *Proceedings of an invitational workshop: indicators for healthy communities*. Winnipeg, Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development, 1990, pp. 9-19.
 86. O'NEILL, M. Healthy Cities indicators: a few lessons to learn from Europe. In: Feather, J. & Mathur, B., ed. *Proceedings of an invitational workshop: indicators for healthy communities*. Winnipeg, Prairie Region Network on Health Promotion Knowledge Development, 1990, pp. 33-38.
 87. WHO HEALTHY CITIES PROJECT. *A guide to assessing Healthy Cities*. Copenhagen, FADL, 1988 (WHO Healthy Cities Papers, No. 3).
 88. DE LEEUW, E. & O'NEILL, M. *Towards a Healthy Cities research agenda*. Maastricht, Department of Health Ethics and Philosophy, School of health Sciences, University of Limburg, 1992.
 89. *Municipal public health planning: resource guide*. Brisbane, Health Advancement

- Branch, Queensland Health, 1995.
90. O'NEILL, M. & CARDINAL, L., ED. *Des indicateurs pour evaluer lespro-jets quebécois de villes et villages en sante: la necessite de faire des choix*. Quebec, Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la sante de l'Universite Laval (GRIPSUL), 1992.
 91. CARDINAL, L. & O'NEILL, M. Building information partnerships with communities: the necessity of strategic choices. In: Scott, L.R., ed. *Building partnerships in community health through applied technology. Proceedings of the fourth national and second international conferences on information technology and community health (ITCH)*. Victoria, University of Victoria, 1992, pp. 245-248.
 92. MUNRO, H. Mayors propose quality-of-life index. *The Vancouver sun*, 27 February 1996, p. B1.
 93. EVANS, R.G. & STODDART, G.L. *Producing health, consuming health care*. Toronto, Canadian Institute for Advanced research, 1990 (CIAR Population Health Working Paper No. 6).
 94. DUTTON, D.B. Social class and health. In: Aitken, L.H. & Mechanic, D., ed. *Application of social science to clinical medicine and health policy*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1986, pp. 31-62.
 95. LEVINE, S. & LILLIENFELD, A. *Epidemiology and health policy*. London, Tavistock Press, 1987.
 96. MARMOT, M.G. Social inequalities in mortality: the social environment. In: Wilkinson, R.G., ed. *Class and health: research and longitudinal data*. London, Tavistock Press, 1986, pp. 21-33.
 97. McKEOWN, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* 2nd ed. Oxford, Basil Blackwell, 1979.
 98. McKINLAY, J.B. ET AL. A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *International journal of health services*, 19: 181-208 (1989).
 99. TOWNSEND, P. & DAVIDSON, N., ED. The Black report. In: *Inequalities in health*. Harmondsworth, Penguin, 1992.
 100. KICKBUSCH, I. ET AL. *Healthy public policy Report on the Adelaide Conference. 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-9, 1988, Adelaide, Australia*. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1988.
 101. ASVALL, J. *Healthy public policy: stimulating health for all development*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1988 (document).
 102. *Report of the Ad Hoc Committee on National Health Strategies*. Ottawa, Health Canada, 1982.
 103. CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. CPHA 1984 resolutions and motions. *CPHA health digest*, 8(4): 61 (1984).
 104. CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. CPHA 1987 position paper/ resolutions and motions. *CPHA health digest*, 11(3): 19 (1987).
 105. *Caring about health. Issue paper on federal/provincial/territorial arrangements for health policy*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1992.
 106. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2000:*

- midcourse review and 1995 revisions*. Boston, Jones & Barlett, 1996.
107. *The national strategy to reduce tobacco use in Canada*. Ottawa, Health Canada, 1995.
 108. *Canadian heart health initiative*. Ottawa, Health Canada, 1992.
 109. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. *Profile of state and territorial public health systems: United States, 1990*. Atlanta, US Department of Health and Human Services, 1991.
 110. *Healthy Communities 2000: model standards. Guidelines for community attainment of the Year 2000 national health objectives*, 3rd ed. Washington, DC, American Public Health Association, 1991.
 111. SECRETARY OF STATE FOR HEALTH. *The health of the nation*. London, H.M. Stationery Office, 1992.
 112. COMMONWEALTH DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES AND HEALTH. *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1993.
 113. *Healthy Victorians 2000 - Towards Victorian health promotion goals and targets*. Melbourne, Victorian Health Promotion Foundation. 1995.
 114. NUTBEAM, D. ET AL. *Goals and targets for Australia's health in the year 2000 and beyond*. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1993.
 115. HARRIS, M. & WISE, M. Can goals and targets set a radical agenda? *Health promotion international*, 11: 63-64 (1996).
 116. *New Zealand health goals and targets for the year 2000*. Wellington, New Zealand Department of Health, 1989.

Sosyal Sermaye: Toplum Sağlığının Geliştirilmesi İçin Değerlendirme Sonuçları

Marshall W. Kreuter, Nicole A. Lezin, Laura Young ve Adam N. Koplan¹

Giriş

Toplum ve topluma dayalı terimleri, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin bazı temel ilkeleri için sanal bir hızlı yazım metodu olmuştur. İş birliği ve katılım ilkelerine dayanarak topluluğa dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplum sağlığına odaklanır ve böyle yaparken bireysel sağlık davranışını etkileyen fiziksel ve sosyal altyapıyı açık bir şekilde kabul eder (1). Topluluğa dayalı bir yaklaşımla ele alınan sağlık konularının en gelişigüzel incelemesi bile genellikle (bebek ölüm hızları, HIV enfeksiyonu, sigara içme ve gençlerde planlı olmayan gebelik gibi) sağlık problemleri ve bunların mahalle veya topluluğa göre kümelenme eğilimindeki sosyal belirleyicileri (yoksulluk, barınma ve eğitim) arasında bağlantıyı ve karmaşıklığı ortaya çıkarmaktadır (2,3).

Toplum Sağlığının Teşvik Edilmesi: Karmaşık Sonuç Bilmecesi

Topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının pozitif etkiler yapabileceğine yönelik kanıt sunan araştırmalar, bu programların zorlayıcı felsefi ve sezgisel çekiciliğini desteklemektedir (4-10). Bu çalışmalarda uygulanan müdahale stratejilerinin raporları, işe yarayan toplum sağlığı programlarını uygulamak için gerekli teori, süreç ve yöntemler hakkında çok şey bilindiği varsayımını desteklemektedir (11).

Etkililik yerine *işe yarayan programlar* ibaresini kullanıyoruz. Çünkü halk sağlığı tabiriyle etkililik terimi, topluluğa dayalı müdahaleler için genellikle gerçekçi olmayan kesin bir sonuç düzeyini ifade etmektedir. Ancak bu kanıta rağmen, topluluğa dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğinin değerlendirilmesi için yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, planlama ve uygulama için uygun standartlar uygulanmış olsa bile karmaşık ve belirsizdir (12,13). Topluluğa dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisi aşağıdakileri yerine getirdiğinde bu standartları karşılar:

¹ Bu fasılın taslaklarını gözden geçiren ve sosyal sermayenin potansiyel ölçümlemlerini somut ve ölçülebilir hâle getirmek için bizimle çalışan meslektaşlarımızın katkılarını takdir ediyoruz; Beth Baker, St Louis Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümü, ABD; David Cotton, Macro International, ABD; Robert Goodman, Wake Forest Üniversitesi, ABD; Larry Green, British Columbia Üniversitesi, Kanada; Pamela Gillies ve Moira Kelly, HEA, İngiltere; Donna Higgins ve David McQueen, CDC, ABD; Richard Levinson, Emory Üniversitesi, ABD; Irving Rootman, Toronto Üniversitesi, Kanada ve Gerry Veenstra, McMaster Üniversitesi, Kanada. Ayrıca mevcut sosyal sermaye göstergelerini ve kaynakları izleme konusundaki gayretli çalışmalarından dolayı Nathan Jones ve Lisa Powell'a da teşekkürü bir borç biliriz.

1. Toplum taahhüdü ve katılımının mantıklı teorilerine bağlı olması,
2. Sağlam teoriye dayanan ve benzer ortamlarda etkili olduğu görülmüş metotların uygulanması,
3. Sosyopolitik sistem ile sağlığı etkileyen çevresel ve davranışsal güçlere değinmesi,
4. Yetkin ve yeterli personel ile yönetilmesi,
5. Yeterli mali, idari ve kurumsal desteğe sahip olması,
6. Söz konusu problem, şartlar ve okuyucular için uygun olması.

Ölçme Zorluğu

Bu tutarsızlığın ölçme zorluğunun karmaşıklığı ile açıklanması mümkündür. Topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğinin ölçülmesi, literatürde çok fazla tartışılmaktadır. Birçok yazar (14-16) dikkatli açıklamalarda bulunmuştur. McKinley (17), sağlığın teşviki ve geliştirilmesi araştırma metodolojisinin uygunluğu konusuna daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini savunmaktadır:

Araştırma metodolojisinin uygunluğu; çalışma kapsamındaki fenomenin fonksiyonu, büyüklüğü, ortamı, mevcut teori ve bilgi durumu, geçerli ölçüm araçlarının mevcudiyeti ve toplanacak bilgilerin uygun şekilde kullanılmasıdır. Metodolojik yaklaşımın faydası, büyük ölçüde taşınmasını istediğiniz yükün bir fonksiyonu ve kime verildiğidir.

Uygunluk konusu, genellikle topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğinin değerlendirilmesi için kullanılan tasarımlar hakkındaki tartışmalarda ortaya çıkar. Örneğin randomize klinik deney, halk sağlığı müdahalelerinin etkililiğine karar verilmesi için altın standart iken Pearce'ın da (18) aralarında bulunduğu çeşitli yazarlar, bunun çevresel toplum çalışmalarındaki uygulamasını sorgulamıştır (bk. Fasıl 1, 10 ve 11):

... randomize klinik deney, spesifik risk faktörlerinin birçok epidemiyolojik çalışmasında uygun paradigma olabilir. Ancak tarihsel ve sosyal bağlamı dikkate alması gereken çalışmalarda genellikle uygun değildir. Diğer tüm hastalıkların etkilerini ortadan kaldırmaya çalışmanın (karışıklığı önleme çabası) gerekli tarihsel ve sosyal bağlamı ve gerçek neden-sonuç ilişkisini oluşturan birçok yumuşatıcı etkiyi ortadan kaldırma tehlikesi vardır. Bundan dolayı, yalnızca deney paradigmasına uyan çalışma faktörlerine eğilime karşı konulmalı ve ele alınan halk sağlığı sorusuna uyması için uygun çalışma tasarımları seçilmelidir (veya geliştirilmelidir).

Aracı Faktörler

Şüphesiz, akademisyenler ve uygulayıcılar, topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinin etkisini ve etkililiğini değerlendirmek için uygun ve tutarlı bir metodolojinin ne olduğu konusunda fikir birliğine varmaya öncelik vermelidir. Tahmin edilebilir ve tutarlı biyolojik özelliklere göre hareket edecek

şekilde geliştirilen aşılardan aksine, topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin, topluluğa özgü dinamik sosyal, kültürel ve politik faktörlere rağmen bir etkisi olması beklenir. Topluluklarda güçlü sosyal ve siyasi güçler etki etmekte; ancak bunlar toplumdan topluma değişmektedir. Fasıl 1’de tartışıldığı gibi sosyal ve politika bağlamının dikkate alınmaması, toplum sağlığı müdahalelerini değerlendirmeyi güçleştiren başlıca faktördür.

Bu sebeple topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğinin bildirilmemesinin bir başka olası açıklaması, toplum yaşamının doğasındaki genellikle saklı karmaşıklıklarda yatıyor olabilir. Finlandiya’da topluma dayalı kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yönelik 20 yıllık tecrübeyi inceleyen Puska ve meslektaşları (19,20), en iyi yöntemleri ve uygulamaları kullanan ve en yetkin uygulayıcılar tarafından yönetilen programlarda bile toplum katılımı ve iş birliği yokluğunda dirençle karşılaşmakta olduğunu belirtmektedir. İş birliği yapma isteği ve kapasitesinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının etkililiğine aracı olabileceği fikri; toplum yetkinliğini (21), toplumun hazır olup olmadığını (22,23), yetkilendirmeyi (24) ve katılımı (25) araştıran çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

Amaç ve Varsayımlar

Sosyal sermaye teorisi; güven düzeyi, vatandaşların katılımı ve kurumsal iş birliğinin, müşterek çabayı gerektiren toplu eyleme vasıta olduğunu öne sürmektedir. Bu tür katılım ve iş birliği, toplum sağlığının geliştirilmesi programlarının temel konuları olduğundan, sosyal sermaye düzeylerindeki değişikliklerin bu programları etkileyip etkilemediğinin sorulması uygundur. Bu soruları ele almak için önce şu 3 sorunun sorulması gerekmektedir:

1. Sosyal sermaye toplum düzeyinde uygun şekilde ölçülebilir mi?
2. Ölçülebilir ise sosyal sermaye düzeylerindeki farklılıkların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının etkililiği ile ilgili olduğuna dair kanıt var mıdır?
3. Sosyal sermaye ölçülebilirse ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi etkililiği ile bağlantılı olduğu anlaşılırsa, sosyal sermaye yaratılabilir veya değiştirilebilir mi?

Bu fasılda, araştırmacılar ve değerlendirmecilerin bu sorulara yanıt ararken ele almaları muhtemel olan bazı belirgin zorluklar tartışılmaktadır.

Sosyal Sermaye: Genel Bakış Kavram

Topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında *sosyal sermaye*, güven ortamında iş birliği içinde çalışan insanlar ve kurumlar arasında, ortak sosyal fayda amacına ulaşmayla sonuçlanan spesifik süreçler anlamına gelir. Bu açıklama, James Coleman’ın insanların kendi kurdukları kurumlar ve yapılar içinde ve arasındaki sosyal ilişkilere yaptığı vurguyu içermektedir (26). Ayrıca Robert Putnam’ın ortak çıkar düşüncesini vurgulamaktadır (27). Sosyal sermaye; bireylere, üretim araçlarına

veya fiziksel altyapıya değinmez. Etkileşimi güçlendiren ve destekleyen sistemler vasıtasıyla insanlar arasındaki etkileşim anlamına gelen ilişkisel bir terimdir.

ABD’de sosyal sermaye; Putnam’ın İtalya’da yerel yönetimin evrimsel modelleri hakkındaki araştırmasının (28) ve ABD’deki ilgili araştırmaların yorumlanmasıyla birlikte belirsiz akademik kökeni yüzünden, basında çok daha geniş tartışmalara ve görüş ayrılıklarına sebep olmuştur. Yirmi yıl süresinde, Putnam; İtalya’daki bölgesel yönetimlerin performansını incelemiş ve bazılarının diğerlerine göre daha iyi performans sergilediğini keşfetmiştir. Daha da önemlisi vatandaşların yurtseverliği, daha fazla vatandaş katılımı ve müşterek, genellikle politik olmayan ortaklıklar kurma eğiliminden görüldüğü üzere Putnam, daha üstün yönetimi olan bölgelerin daha fazla sosyal sermayeye sahip olduğu sonucuna varmıştır. Putnam, ayrıca sosyal sermayenin çekirdek unsurları olan güven ve iş birliğinin, toplum kurumlarınca desteklenen uzun vadeli ilişki içinde insanların sürekli etkileşiminden oluşabildiğini öne sürmektedir. Bundan dolayı bu çekirdek unsurlar öğrenilen davranışlardır.

Genellikle bu terimi sosyal teoriye resmî olarak sokan yazar olarak bilinen Coleman; insanlar arasında genellikle diğer faaliyetlerin yan ürünleri olarak bilgi, güven ve dayanışma kurmasından dolayı, sosyal sermayenin daha güçlü bir sosyal yapı üretme potansiyeli olduğunu öne sürmektedir (29). Güven, sosyal sermayenin tüm kavramlarında bulunan dikkat çekici bir faktördür. Mecazi olarak diğerleri ile ilişkilerin bu etkinliği riske atabildiği durumlarda, belli bir etkinliğin meydana geleceği kararına varılmasında güven görülebilir. “Bu mahallede kendimi güvende hissediyorum. Çünkü buradaki insanları tanıyorum ve onlarla iyi ilişkilerim var.” gibi bir cümle güven örneğidir.

Sosyal sermayenin özellikle toplum sağlığının geliştirilmesi bağlamında kurulması olarak güven algılaması kurum ve kuruluşları bireyler düzeyinde değerlendirilmelidir. Örneğin, insanlar gıda güvenliğinden sorumlu kamu kurumlarına ve özel kurumlara güvendiğinde gıda maddelerinin seçilmesi ve satın alınması daha kolaydır. Gıda kaynaklı hastalık salgınları veya hükümete olan güvenin sarsılması bu güveni ihlal edebilir.

Princeton Üniversitesi’nden Robert Wuthnow (kişisel görüşme, Temmuz 1998), demokratik toplumların etkililiği için güvenin çok önemli olduğunu, bu toplumların kaderinin insanların elinde olduğunu söylemektedir. Koşullu güvenin, totaliter liderlere güveni teşvik eden ve etkili güçler ayrılığının işlemlerini sağlayamayan fazlasıyla iyimser, gizli, evrensel güven fikirlerinden çok, demokrasi teorilerinin çoğuna daha uygun olduğuna dikkat çekmektedir. Bu ince detaylar, güveni ölçmenin önündeki zorlukların karmaşıklığını artırmaktadır.

Putnam’ın sosyal sermayenin kilit unsurlarının öğrenilen davranışlar olduğu yönündeki iddiası, sosyal sermayenin yaratılabileceği umudunu vermektedir. Bununla birlikte Coleman’a göre sosyal sermayede artışlar kolay olmamaktadır. Paradoksal

olarak sosyal sermayeyi diğer sermaye şekillerinden ayıran özellik (kamu yararına taahhüt) bazıları için engel teşkil edebilir. Sosyal sermaye, üstü kapalı olarak yatırım içerdiğinden Coleman, tüm toplumun daha iyi olmasına yatırım yapan birçok bireysel aktörün (bireysel veya kurumların üyeleri olarak) kişisel olarak faydaların çok az bir kısmını aldığına dikkat çekmektedir. Bazıları için bu olgunun gerçekleşmesi, sosyal sermayeye yetersiz yatırım yapılmasına yol açabilir (30). Düşünürler, genellikle sosyal sermayenin insanlar bu sermayeyi harcadığında arttığı konusunda hemfikirler (ne kadar çok kullanırlarsa o kadar çok üretirler) (31). Bu açıdan, sosyal sermaye, akılcıca yatırım yapılmış finansal sermaye gibi daha fazla üretim sağlayarak işlevini daha çok yerine getirir.

Sosyal sermayenin üretilmesi ‘karşılıklı olma’ya (reciprocity) ilişkin gibi görünmektedir: düzenlemeler yapılması, iş birliği ve paylaşım için ilişkilerin kurulması veya paylaşımların başlatılması. Taylor’a göre (32) karşılıklı olma:

Genellikle kısa vadeli fedakârlık ile uzun vadede menfaatin kombinasyonudur: Gelecekte bana yardımcı olacağın beklentisiyle şimdi sana yardım ediyorum (üstü kapalı, belirsiz, niyet edilmeyen).

Karşılıklı olma, her biri kısa vadede fedakârca olan (diğerlerinin faydasına olan) ancak birlikte genellikle her katılımcıyı daha iyi duruma getiren bir dizi eylemden meydana gelir.

Karşılıklı olma kavramı; özellikle alkol ve uyuşturucu kullanımını, kaza ve genç yaşta hamilelikleri önlemek ve bağışıklama, çocuk güvenliği ve refahını sağlamak gibi görevlere değinmek amacıyla, kamu politikası ve programlarının teşvik edilmesi için iş birliğine çağrılan kurumlar arasındaki etkileşim ve paylaşımlarla ilgilidir.

Sosyal Sermayenin Popüler Hâle Gelmesi

ABD’de, Putnam’ın sosyal sermayeyi çağdaş yaşama uygulaması, kavrama daha fazla ilgi gösterilmesine ve bunun izinde yazarın metotlarının ve sonuçlarının daha fazla eleştiri almasına sebep olmuştur. Putnam’ın İtalyan siyasi yaşamı ve toplum yaşamındaki bölgesel farklılıklar hakkındaki orijinal çalışmasında ana tezi; “İtalya’da iyi yönetimin, şarkıcı grupları ve futbol kulüplerinin yan ürünü olduğu”dur (28). Dikkatini ABD’ye çeviren Putnam, vatandaşların bu tür gruplara katılımının azaldığını ve sonuç olarak kentsel ve politik yapının zarar gördüğünü öne sürmüştür. Bu tez, başlıca 3 anlaşmazlık alanı ortaya çıkarmıştır:

1. Putnam’ın ölçümlerinin sosyal sermayeyi tam olarak yansıtmadığı konusunda metodolojik bir anlaşmazlık,
2. Sosyal sermayenin azaldığı yönünde vardığı sonuçlar ilgili anlaşmazlık,
3. Sosyal sermaye azalsa da azalmasa da bu konuda yapılacak çok şey olmadığı hissi.

Sosyal sermayeyi akademik çevreden *People* dergisine taşıyan makalenin adı “Tek Başına Bowling”dir (Bowling alone) (33). Makalenin ve konusunu oluşturan kitabın

başlığı (34), Putnam'ın ABD'deki bowling oyuncularının sayısının 1980 ile 1993 yılları arasında %10 oranında artmış olmasına rağmen, bowling liginin %40 oranında azaldığı gözleminden çıkarılmıştır. Putnam ayrıca "Amerikan toplum yaşamının coşkuluğunu" ve katılımcı demokratik geleneklerini alevlendiren kentsel sosyal bağlardan, atomlarına ayrılan, izole bir halk ortaya çıktığı argümanını desteklemek için bir dizi başka ölçek sunmuştur. Bunlar arasında seçmen sayısında, kiliseye gitme oranında, birliklerden gönüllü kuruluşlara kadar çeşitli kuruluşlara üyeliklerde ve hükümete duyulan güvende azalma bulunmaktadır.

Eleştirmenler bu ölçümlerin vatandaşlık bağlarının doğru bir resmini yansıtmadığını ileri sürmüştür. Örneğin, bir ligde oynamak yerine tek başına bowling oynamak, yalnız bowling oyuncularının bowling pistlerini doldurması demek değildir. Aslında bowling daha gayriresmî bir sosyal etkinlik olarak devam etmektedir. İnsanlar hâlen gruplar halinde bowling oynamaktadır; ancak belki de spor yerini genel olarak dostluğa bırakmıştır. Ayrıca, Putnam'ın bahsettiği kurumlara üyelik azalırken başka kuruluşlara üyelik önemli miktarda artmıştır (örneğin genç futbol takımları gibi) (35).

Bazı eleştirmenler tüm üyelik çeşitlerinin eşit sayılmamasını protesto etmektedir. Örneğin yönetime ilişkin güven ve iş birliği, daha sosyal gruplar ve eğlence gruplarından çok, uyuşturucu madde kullanımı koalisyonları gibi bazı toplum problemlerini çözmeye adanmış kurumlar için daha olası (veya daha derin) yan ürünler olabilir (36).

Ayrıca tek başına üyelik, vatandaşlık faaliyetinin yoğunluğunu yansıtmayabilir. Örneğin bazı bireylerin kiliseye üye olması, kilisenin sponsorluğundaki çeşitli etkinlikler (örneğin İnsanlık İçin Habitat (Habitat for Humanity) çalışması vasıtasıyla ev inşa edilmesi) vasıtasıyla yüksek derecede gönüllülük yansıtabilir. Ancak bu etkinlikler bir bireyin kiliseyle bağlantısının tek tek sayımında tam olarak yansımaz. Benzer şekilde derneklere üyelik, daha geniş topluluğun yararına olan etkileşime dönüşmeyebilir. Örneğin aşırı uç gruplar, kendi insanları ile yüksek düzeyde sosyal bağlılık sergileyebilir; ancak eylemleri dışarıdaki insanlar için yıkıcı olabilir.

Sosyal Sermayenin Halk Sağlığı Bağlamında Ölçülmesi

Sosyal sermayenin yapı taşları veya bileşenleri (güven, vatandaş katılımı, sosyal katılım ve karşılıklı olma) sağlıkla ilgili çeşitli çalışmalarda bağımsız olarak ölçülmüştür. Örneğin gelir eşitsizliği, mortalite ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi incelemek için 1990 yılı Amerikan nüfus sayımından seçilmiş verileri ve eyalet düzeyinde nüfus araştırmalarını kullanan Kawachi ve ark. (37); gelir eşitsizliğinin sosyal sermayenin azalması ile mortalitenin artmasına yol açtığı sonucuna varmıştır. Bu çalışmanın önemli bir sonucu, sosyal bağlılığın olumlu rezervlerinin (sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çevresel bir güç) ekonomik sermayenin az veya tükenmiş olduğu topluluklarda var olabileceği savıdır.

Sampson ve ark. (38), “toplulu tesir” (collective efficacy) ve Şikago’nun içlerindeki çeşitli mahallelerde suç oranlarına göre ölçülen gençlerde şiddet bulgusu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sosyal sermayenin 2 boyutunu kullanmışlardır: güven ve sosyal katılım. Mahalle sakinlerine çocukları aşağıdaki durumlarda gözlemledilerse müdahale etme isteklerini belirtmelerini isteyerek sosyal katılımı ölçmüşlerdir: okula gitmeme, mülklere sprey boya ile yazı yazma, bir yetişkine saygısızlık etme. Çalışma, yüksek düzeyde toplulu tesir gösteren mahallelerin en düşük suç ve şiddet düzeyine sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır.

2-5 yaş arası 600’den fazla çocuk ve bunların bakıcıları (hepsi çocuk istismarı ve ihmali hakkında boylamsal bir çalışmanın katılımcılarıydı) üzerinde yapılan bir çalışmada, Runyan ve ark. (39), Battelle Gelişim Envanteri ve Çocuk Davranış Kontrol Listesi’nde ölçümlere dayalı olarak çocukların yalnızca %13’ünün “iyi durumda” olarak sınıflandırıldığını ortaya çıkarmıştır. Yazarların analizi; iyi davranış sergileyen bir çocukla iyi davranış sergilemeyen bir çocuk arasında en iyi ayrımı yapan faktörlerin, kiliseye gitme, annenin kişisel sosyal destek algısı ve toplum içindeki destek olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Northland Projesi, Minnesota’nın okul bölgelerinde yapılmak için tasarlanan toplulu çapında bir demonstrasyon araştırma projesidir (40). Perry ve meslektaşları; bu projeyi, teorik olarak uygun okul müfredatı, ebeveyn katılımı ve toplum görev gücü desteğinin aktif koordinasyonunun, gençlerin alkol tüketimini etkileyip etkilemediğini belirlemek için tasarlamıştır. Üç yıldan sonra müdahale ve kontrol bölgeleri arasında farklar, Northland Projesi’nin alkol kullanımını azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Northland Projesi’ni bağımsız olarak eleştiren bir köşe yazısında Wechsler ve Weitzman (41); güven modelleri, ortak yükümlülük ve destekleyici resmî ve gayriresmî sosyal ağların gösterdiği sosyal sermayenin projenin başarısındaki olası rolüne dikkat çekmektedir. “Gençlerin madde kullanımında azalmayı sağlamak için sorumluluğun, kaynakların ve rollerin paylaşımı vasıtasıyla sosyal sermayenin birikmesi ve harcanmasının sonunda madde kullanımı ve suistimali ölçüsünde sürekli azalma sağlanacaktır.” hipotezini oluşturmuşlardır (41).

Higgins (42), sosyal sermayenin bireysel algılamalarının, Denver, Colorado ve New York City’deki HIV önleme projelerinde çalışan düşük gelirli, gönüllü yaşı eğitimcilerin eylemleri ile nasıl ilişkili olduğunu belirlemek için bir çalışma yapmıştır. Sosyal sermayede yüksek puanları olanların ayrıca toplumda daha fazla katılım sağladığını, kendilerini korumalarının daha olası olduğunu, projeye katılarak kendi sosyal ağlarını genişlettiklerini ortaya çıkarmıştır. İlginç bir şekilde çalışmanın bulguları, aynı zamanda topluma dayalı bir müdahaleye katılımın, sosyal sermayeyi büyütebileceğine dair kanıtlar sunmaktadır.

Ölçme Uyarıları ve İpuçları

Toplulu düzeyinde sosyal sermayeyi ölçmeye çalışan kişiler için literatürde bazı önemli uyarı notları bulunmaktadır. Bazı yazarlar, sosyal sermaye değerlendirmesinin

gereksiz tekrar riski olduğunu gözlemlemiştir: yani söz konusu topluluğun başarı veya başarısızlığını sonunda sosyal sermayenin olup olmaması ile belirlenmesi. Örneğin Portes ve Landolt (43), Putnam'ın İtalya'nın kuzeyindeki iyi yönetilen topluluklar ile güneyindeki kötü yönetilen toplulukları karşılaştırmasında gereksiz tekrar yaptığını ima etmektedir:

[Putnam'ın] deyişiyle “sivil toplumlar dayanışma, vatandaş katılımı ve bütünlüğe değer vermekte ve demokrasi burada işe yaramaktadır. Diğer yanda Kalabriya ve Sicilya gibi kentsel olmayan bölgeler bulunmakta, bunlar Fransızca bir terim olan *incivisme* ile tanımlanmaktadır. Vatandaşlık kavramı gelişmemiştir.” Eğer kentiniz “medeni” ise medeni işler yapar; eğer “medeni değilse,” medeni işler yapmaz.

Bununla birlikte hangi bileşenlerin veya göstergelerin sosyal sermayenin bir toplumda işlediği dereceyi geçerli bir şekilde göstereceğini bulma görevine nasıl yaklaşılabileceği hakkında bazı önemli ipuçları literatürde bulunmaktadır. Örneğin Carr (44), sosyal sermayenin üç şekilde bulunduğunu öne sürmektedir:

1. Yoğun yatay topluluk katılımı ağları ve dernekleri,
2. Ağlara katılan bireylerin güvenilirliği hakkında yüksek düzeyde bilgi,
3. Ortak amaçlara ulaşmak için iş birliği içinde geçmiş başarılar vasıtasıyla kurulan etkili normlar ve yaptırımlar (ortak değerler).

Toplulukların, karmaşık topluluğa dayalı programlar uygulama kapasitesini değerlendirme yollarını inceleyen Goodman; topluluk kapasitesini değerlendirmek için 10 genel alan belirlemiştir. Bunlardan birine “zengin sosyal ağlar” denmektedir ve aşağıdaki 7 özellikten oluşmaktadır (45):

- Topluluk ağından ortak bağlantılar,
- Sık destekleyici etkileşimler,
- Yeni iş birlikleri kurabilme,
- Güven ve iş birliği,
- Dikeyden çok yatay bağlar ve ilişkiler,
- Müşterek karar alma süreçleri,
- Organizasyonlarda, gruplarda ve bunlar arasında benzer ağ özelliklerinin bulunması.

Ortak bir fayda için sektörler arası iş birliği düzeylerini ve vatandaş katılımı yönünde benzer göstergeleri değerlendiren araştırmalardan bazı topluluk düzeyinde ölçekler edinilmiştir. Örneğin Kaliforniya Sağlığı İyileştirme Merkezi ile sözleşme yapan Louis Harris ve Ortakları; vatandaşların, topluluklarının sağlığını iyileştirmek için enerjilerini nasıl harcamak veya oy haklarını nasıl kullanmak istediklerini belirlemek için 18 yaş ve üstü Kaliforniyalılarla 1338 telefon görüşmesi yapmıştır (44). Ankette aşağıdaki konulara değinilmiştir:

- Yaşam alanları olarak toplulukların puanlanması ve bunları iyileştirmek için olası iyileştirmeler,
- Toplumdaki insanların genel sağlığı hakkında görüşler ile sağlık ve yaşam kalitesine katkıda bulunan çeşitli faktörlerin derecelendirilmesi,
- Toplum katılımı, gönüllü çalışma ve buradan kazanılan tecrübe, oy verme ve toplum sağlığını iyileştirme tutumları,
- Basının toplum katılımındaki rolüne karşı tutumlar,
- Eyalet yönetimi ve yerel yönetimin gücü ve kontrolü hakkındaki görüşler,
- Yerel sağlık kurumları, işletmeler ve işverenlerin derecelendirilmesi.

Sosyal Sermaye İçin Bir Ölçüm Protokolünün Tasarlanması

Sosyal sermayenin geçerli bir topluluk düzeyinde ölçümü, çeşitli zorlu tasarım ve ölçüm sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bunların çoğu, topluluk müdahaleleri değerlendirmecilerinin aşına oldukları sorunlardır. Bu kısımda küçük topluluklarda sosyal sermayeyi değerlendirmek için geçerli bir süreç oluşturma amacıyla pilot bir proje yürütmeye karşılaştığımız zorluklar anlatılmaktadır. Genel görevlerimiz arasında şunlar bulunmaktadır:

- Sosyal sermaye teorisi içinde ölçülebilir bileşenlere karar verilmesi,
- Topluluk büyüklüğü sorusuna değinilmesi,
- Uygun ölçüm birimlerine karar verilmesi (bireysel veya kurumsal),
- Mevcut sosyal sermaye düzeylerini tahmin etmek için bir protokol geliştirilmesi ve uygulanması,
- Tahmini sosyal sermaye düzeylerini doğrulamak veya reddetmek için nitel değerlendirmeye yönelik bir protokol ve araçlar geliştirilmesi,
- Sosyal sermaye anketinin geliştirilmesi ve iki karşılaştırma alanında ikamet eden rastgele kişilere uygulanması.

Bunların her biri aşağıda tanımlanmaktadır.

Ölçülebilir Bileşenler

Bileşenler, toplu şekilde nedensel bir açıklama veya temel bir teori sağlayan kavramlardır. Örneğin “algılanan duyarlılık” (perceived susceptibility) Sağlık İnancı Modeli’ndeki (46) çeşitli bileşenlerden biridir ve “ön derin düşünme” (precontemplation) Değişim Modelinin Aşamaları’ndaki bir bileşendir (47). Sosyal sermayeyi ölçmek amacıyla bir araç geliştirmek için 4 bileşen belirledik ve tanımladık: güven, vatandaş katılımı, sosyal katılım ve karşılıklı olma durumu.

Güven; bir birey, grup veya kurumun bir eyleme tutarlı, adil, mantıklı ve tahmin edilebilir bir şekilde (bireylerin değerleri ve inançları tarafından şekillenen kriterler) dayanabileceğine olan inancıdır. Burada kullanıldığı gibi güven, genel bir duygu olarak değil; hükümet, aile üyeleri veya arkadaşlar, eğitim sistemi vb. birine veya bir şeye güven olarak tanımlanır.

Vatandaş katılımı, toplumun genel refahına doğrudan veya dolaylı olarak katkı sağlayan faaliyetlere katılımı içermektedir. Oy verme ve gazete okuma gibi tek

yapılan faaliyetler ve kentsel iyileştirme gündemi olan kuruluşlara katılmak gibi toplu yapılan faaliyetler bunlara dâhildir. Tüm toplumun yararına olan faaliyetlere zaman ve çaba katkısında bulunan bilgili, aktif bir nüfus, yüksek düzeyde vatandaş katılımını ve taahhüdünü yansıtır. İlgili bir alt kategori, fedakâr ve halkın iyiliğini dikkate alan faaliyetlerde ifade edilen vatandaşlık bilinci olabilir. Vatandaşlık bilincinin işaretleri, bir kişinin mahallede köpeğini yürüyüşe çıkardıktan sonra temizlik yapması veya geri dönüşüm çabalarını desteklemesi olabilir.

Sosyal katılım, topluluk üyeleri veya kurumları arasındaki bağlantıları güçlendiren etkileşimlerdir. Bu bağlantılar, çeşitli vatandaşlık katılımı türlerini karakterize eden organize grupları değil, ayrıca düzenlenmiş veya tanımlanmış bir amacı olmayan gayriresmî bağlantıları da içermektedir. Birinin komşularını tanıması veya onlarla sosyalleşmesi, sosyal katılıma bir örnektir.

Karşılıklı olma, birinin yatırımının geri dönmesini beklemektir: birinin yaptığı iyiliklerin bir şekilde geri döneceğine inanması gibi. Kaynakların, iyiliklerin veya desteğin paylaşılması ve ortak olarak yeterli olması için hemen veya mükemmel derecede eşleşmiş olması gerekmez. Aslında tanımlanmış bir paylaşım meydana gelebilir. Gerçekten de karşılıklı olma, bir kişinin cömert eylemlerinin belirgin bir etkileyicisi olmayabilir. Bu tür bir paylaşımın gerekli olduğunda ortaya çıkacağı beklentisi karşılıklı olmanın önemli (ve ölçülebilir) bir özelliğidir. Bu beklenti, bir defalık veya önceki tecrübenin tekrarlanmasına dayalı olabilir veya güvenin bir yan ürünü olabilir; güven, spesifik bir bireyin veya kurumun onurlu davranacağına olan inançtır.

Topluluk Büyüklüğü

Toplum sağlığının geliştirilmesi uygulayıcıları toplulukları tanımlama problemlerine aşınadır. En doğal tanım büyüklük ve homojenlik açısından farklılık gösteren coğrafi sınırlara dayanmaktadır: posta kodları, mahalleler, okul bölgeleri ve seçim bölgesi. Topluluğun özelliklerini tanımlayan kapsamlı bir söylemde Taylor (32) şöyle demektedir:

Topluluk; ortak değer ve inançlar ve doğrudan, çok yönlü ilişkiler ve karşılıklık ile karakterize edilirse toplulukların oldukça küçük ve istikrarlı olması gerektiği açıktır. Büyük ve değişen insan kitlelerinde, bireyler arasındaki ilişkilerin çok azı doğrudan veya çok yönlü olabilir ve karşılıklı olma durumu geniş çapta yayılamaz. Çünkü bunun bir süre devam etmesi için bir miktar gerçek karşılıklı olma durumu gereklidir. Bunun sonucunda ise bilenen bireylerle istikrarlı ilişkiler gereklidir.

Taylor'ın, "Daha küçük olmak daha iyi olmasa bile kesinlikle daha uygulanabilir." dediği görülmektedir. Uygulanabilirlik, bu pilot çalışmada kilit bir unsur olduğu için yaklaşık 20.000 nüfuslu küçük topluluklarla çalışmak istedik.

Ölçüm Birimleri

Sosyal sermayenin tanımı, değerlendirmenin metodolojik engellerinden birini taşımaktadır: ortak faydayı büyüten, bireyler arasındaki süreçler. Değerlendirme bakış açısından bu, Pandora'nın ölçüm problemleri kutusunu açar. Örneğin, bireysel eylem, topluluk düzeyinde ölçülebilir bir sonuca ne derece sebep olur? Bu ölçümler birbiri ile nasıl etkileşir? Sosyal sermaye üretmede kurumların ve sosyal ağların rolü nedir? Toplum sağlığı bakış açısından, bireyler, topluluklar, kurumsal ve sosyal ağların hepsi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çabalarının başarısı için önemlidir. Sosyal sermaye literatürünün, sosyal sermayenin bireysel ve kurumsal algısının çifte önemini vurgulaması gibi, her alana yönelik ölçme stratejilerini incelemenin çok önemli olduğu sonucuna vardık.

Mevcut Sosyal Sermaye Düzeylerinin Hesaplanması

Potansiyel hedef topluluklarda mevcut sosyal sermaye düzeyini hesaplamak için bu protokolün bir parçası olarak aşağıdaki prosedürü test ettik. Midwester Sağlık Departmanı'ndaki kıdemli görevlilerle temasa geçtik ve kendileri çalışmada katılımcı ve kolaylaştırıcı olmayı kabul ettiler. Sosyal sermaye teorisini ve operasyonel bileşenlerini incelemişler ve sosyal sermaye açısından iyi veya kötü olan toplulukları belirtmeleri istenmiştir. Ortak coğrafi özellikler konusu dikkate alındığında, kümede sosyal sermayesi yüksek olan 2 topluluk kalmıştır. Dört tanesi düşük sosyal sermaye kümesinde kalmıştır. Bu kanının, ilk bakışta olan (prima facie) sosyal sermayeyi temsil ettiğini düşündük. Kalan 6 topluluğun her birindeki yerel sağlık görevlilerinden, topluluklarının sosyal sermayeyi ölçme amaçlı bir araştırma projesine katılmayı isteyip istemeyeceklerini belirlemeleri istenmiştir. Hepsi kabul etmiştir. Son olarak sosyal sermayenin ilk bakışta yüksek olduğu, diğerinde ise düşük olduğu, benzer coğrafi özellikleri olan 2 topluluk seçilmiştir.

Tahminlerin Doğrulanması

Sosyal sermayenin ilk bakıştaki tahminini doğrulamak için 3 kaynaktan alınan verileri üçgenlere ayırdık. Bu kaynaklardan ilki, her toplulukta bilgi veren kişiler ve liderler ile yapılandırılmış görüşmeler; ikincisi dış gözlemci görevi gören on ilçe iş birliği artırma görevlisi (yerel kuruluşlara ve işletmelere tarım, işletme ve sağlık konularında temel teknik destek vermek için bir ilçe tarafından istihdam edilen kişiler) ile yapılandırılmış görüşmeler ve üçüncüsü 2 topluluktaki bazı gazetelerde bildirilen sosyal sermaye bileşenlerinin değerlendirilmesidir.

Her toplulukta 25 paydaş ile yüz yüze yapılandırılmış görüşmeler yaptık. Yerel sağlık departmanlarının yöneticileri tarafından belirlenen paydaşlar, aşağıdaki sektörleri temsil eden topluluk liderleriydi: ticaret, sağlık, medya, din, sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri (özel, kamu ve gönüllü) ve yerel yönetim. Ekte kullanılan genel soruların bir listesi bulunabilir. Ayrıca, yapılandırılmış görüşme rehberindeki soruların çoğu, toplulukların bulunduğu 2 ülkeden 5, iş birliği artırma görevlisine de soruldu.

İçerik analizi, nicel yapılmıştır. Dört sosyal sermaye bileşeninden bahsedildiğine göre baş sayfa haberleri ve köşe yazıları okunmuş, kodlanmış ve kod sayımları her gazetede her bileşen için yapılmıştır.

Seçilen toplulukların, *ilk bakıştaki (prima facie)* hesaplamalarca tahmin edildiği yönde sosyal sermaye düzeylerinde değişiklik gösterip göstermediğini belirlemek için bu 3 değerlendirmeden üretilen verileri analiz ettik.

Anket Tasarlanması

Bireysel sosyal sermaye düzeylerini değerlendirmek için Windsor (48) tarafından önerilen protokolün değiştirilmiş hâli kullanılarak nicel bir anket tasarlanmıştır. İlk olarak 40 soruluk bir havuz oluşturulmuştur. Bu sorular kavramsal olarak 4 sosyal sermaye bileşenine bağlanmış ve önceki anketlere veya sosyal sermayenin temelindeki teorik varsayımlara dayalı olmuştur. Literatürde sıklıkla alıntı yapılan ölçüm örnekleri arasında şunlar bulunmaktadır: seçmen sayısı; gazete okumak; topluluktaki sosyal eylem grupları, genç gruplar ve gündüz bakım merkezlerinin sayısı; kurumlara ve insanlara güvenme; halkın menfaati için kişisel taahhütte bulunma; ailelerde sosyal ağların algılanan gücü.

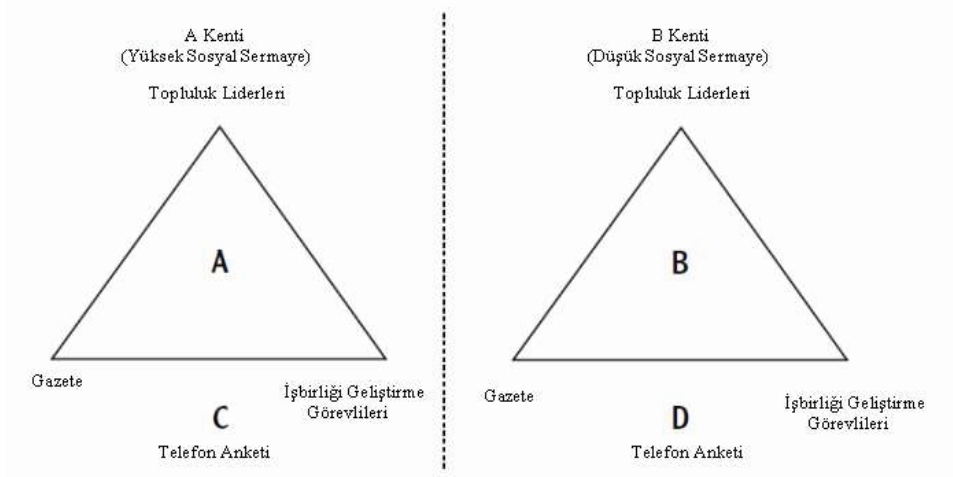
Soruları incelemeleri ve eleştirmeleri için davranış bilimleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanlarında uluslararası bir uzman grubunu bir araya getirdik ve eklemeler, çıkarmalar ve revizyonlar yapmak için grubun tavsiyelerini kullandık. Bu ortak adımlar, anket içeriğinin geçerliliğini sağlamıştır(49).

Ölçek üzerinde seçilen 2 toplulukta alan testi yapılmıştır. Her toplulukta 400 kişiyle temasa geçmek için randomize telefon numarası çevirme metodu uygulanmıştır.

Şekil 19.1, bu çalışmada kullanılan araştırma tasarımının şematik bir çerçevesini göstermektedir. A ve B olarak işaretlenen üçgenler, çalışmanın yapıldığı 2 yerdeki yapılandırılmış görüşmelerle ve gazete içerik analizinden üçgenlere ayırma ile elde edilen bulguları göstermektedir. İki topluluktaki telefon anketlerinden elde edilen bulgular, C ve D olarak etiketlenmiştir. A ve B'den verilerin karşılaştırılması ilk araştırma sorusuna, ilk bakıştaki farklı sosyal sermaye düzeylerinin doğrulanmasına değinmektedir.

Ayrıca 2 toplulukta, kurumsal düzeyde sosyal sermaye algılarını da ortaya çıkarmaktadır. A'nın C ile ve B'nin D ile karşılaştırılması ikinci araştırma sorusuna değinmektedir: sosyal sermayenin nüfus düzeyindeki ölçümünün ilk bakıştaki ve kurumsal düzey sosyal sermaye değerlendirmelerini yansıtır yansıtmadığı.

Şekil 19.1. İki Orta Batı Topluğunda Sosyal Sermayenin Ölçülmesi



Bulgular ve Sonuçlar

Genel olarak sosyal sermaye tahminlerini doğrulamak için kullanılan üçgenlere ayırma yöntemi, topluluklar arasında farklılık olduğu hipotezini doğrulamıştır. Görüşmelerden edinilen veriler, en güçlü doğrulayıcı kanıt sağlamıştır. Gazete içeriklerinin analiz edilmesinden elde edilen kanıtlarda, daha az doğrulayıcı nitelikte olsa da, sosyal sermayenin bir bileşenine, güvene yönelik tahmini doğrulayan, istatistiksel açıdan önemli farklılık bulunmuştur.

Verilerin üçgenlere ayrılmasından ve telefon anketlerinden edinilen bulguların karşılaştırılması, araştırmanın geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan birincil metottur. Bu karşılaştırma, araştırma sonuçlarının görüşme verilerince gösterilmeyen farklılıkları yansıtmamasından dolayı sonuçsuz kalmıştır.

İçerik Analizi Üzerine Notlar

Gazete içeriklerinin analiz edilmesi güven tahminlerini doğrulamış; ancak sosyal sermayenin diğer 3 bileşenini doğrulamamıştır. Analiz faydalı bir algılama sağlamış olsa da sosyal sermayenin toplum düzeyinde değerlendirilmesine yönelik toplam değeri tartışmalıdır. Bileşenlerin doğal olarak karmaşık ve tanımlanması zor olmasından dolayı, geçerli içerik analizinin gerekli bir unsuru olan, kodlamayı yapan kişilerin güvenilirliğini oluşturmak, zor olmuştur.

Ayrıca gazetelerin, sosyal katılım ve karşılıklı olma gibi bazı bileşenler hakkında nadiren bilgi verdiğini keşfettik. Bu durum, içerik analizinin bunları değerlendirme metodu olarak geçerliliğini azaltmaktadır. Son olarak veri kaynakları olarak gazeteler, tarihsel etkilere özellikle yatkındır. Örneklemenin zamansal dönemi, taraflı bir veri havuzuna sebep olabilir. Bu faktörler, bu çalışmada sosyal sermaye düzeylerini geçerli bir şekilde değerlendirmek için içerik analizini kullanmayı zorlaştırmıştır.

Telefon Anketinin Sonuçlarının Açıklanması

Bu çalışmada incelenen başlıca sorulardan biri, söz konusu toplulukta sosyal sermaye düzeyi biliniyorsa topluluk nüfusunun randomize örnekleme uygulanan geçerli bir ankete verilen ortalama yanıtların bu düzeyin göstergesi olup olmayacağıdır. Daha önce de söylendiği gibi topluluk liderleri ile yapılandırılmış görüşmelerden ortaya çıkan farklılıklar, topluluk üyelerinin tavırlarını değerlendiren telefon anketlerinde yansımamıştır. Bunun olası açıklamasından 2 tanesinin altını çizmekteyiz.

İlk olarak, anket nüfusu yeterince ayırıcı olmayan maddelerden oluşmuş olabilir. Madde seçimi 3 kriterle dayalıydı: birincisi uzman grubu tarafından doğrulanan içerik geçerliliği, ikincisi daha önce yayınlanmış ve test edilmiş araçlardan alınan maddelerin çoğunun uyarlanması ve üçüncüsü telefon görüşmelerini yapan kişilerin, sürecin görüşülen kişiler arasında herhangi bir karmaşaya sebep olmadan düzgün işlediğini doğrulaması. Geçmişe bakıldığında bu kriterlerin yeterli olduğu görülebilir. Aracın daha kapsamlı ön testi, bu problemi anketin uygulanmasından önce ortadan kaldırılabirdi.

Tourangeau ve Rasinski (50) tarafından yapılan gözlemler, bu konuya ek bir bakış açısı sağlamıştır. Yazarlar; insanlardan nadiren kullandıkları veya güçlü bir şekilde oluşturulmamış bir çerçeve kullanarak tavır sorularına yanıt vermeleri istendiğinde, güçlü bağlam etkileri ve ölçüm hatası meydana geldiğine dikkat çekmektedir. Bu çalışma için seçilen kentler, zengin kültürel tarihleri olan, iyi tanımlanmış ve istikrarlı topluluklardır. Yerel mağaza ve restoranları sıkça ziyaret eden kişiler; kent sakinlerinin dost canlısı, hoş ve sempatik olduğunu görecektir. Her iki topluluk hakkında da sıra dışı bir şey fark etmeyeceklerdir. Pragmatik bir bakış açısından, bu 2 kentin sakinlerinin güven, karşılıklı olma gibi konuları her gün düşünmeleri mümkün olmayabilir. Bundan dolayı, bu konular hakkında tam olarak hüküm vermemiş olabilirler. Bu durum, yanıtlarını bağlama daha duyarlı hâle getirir. Bunun aksine, topluluk organizasyonları ve hükümetin günlük işleyişine aktif olarak katılan topluluk liderleri, sosyal sermaye hakkındaki tavırlarını diğer liderlerle ve ilgili kurumlarıyla etkileşim tecrübelerine göre sürekli olarak düzenlemelidir. Böylece, yargıları kullanıma daha hazır ve daha güçlü oluşturulmuş olduğundan, yanıtları bağlam etkilerine daha dayanıklı olabilir.

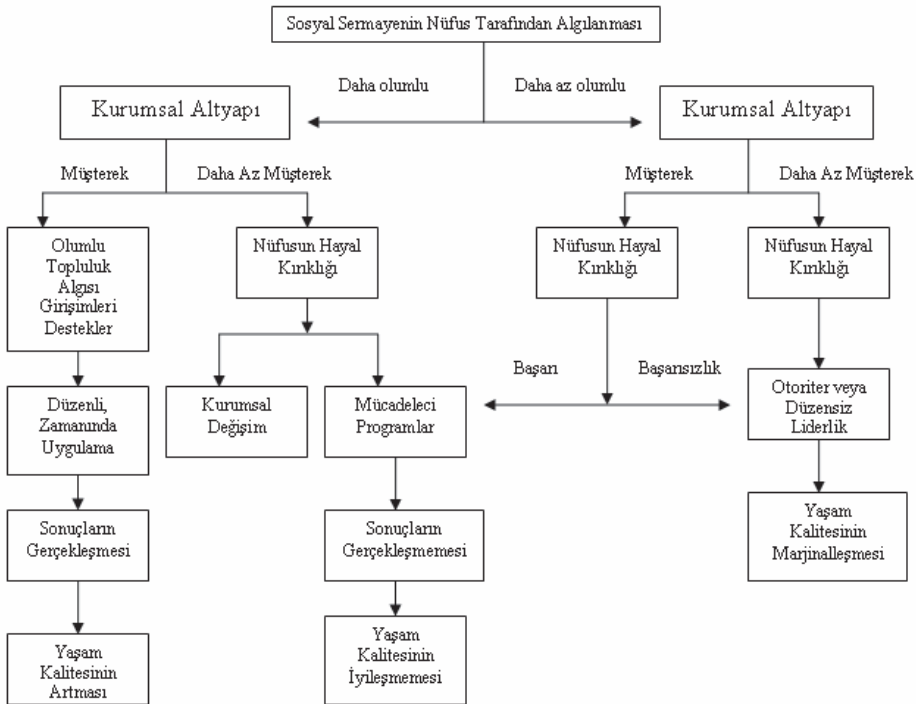
Sosyal sermayenin nüfus düzeyinde ölçülmesi, soruların, bizim çalışmamızda kullanılan genel yaklaşımdan çok, spesifik bir konu bağlamında çerçevelenmesini gerektirebilir. Örneğin Sampson ve ark. (38), bir mahalledeki sosyal sermaye boyutu ile (topluluk etkililiği) spesifik bir bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi incelemiştir: gençlerde şiddet. Bu en azından sosyal sermaye bileşenlerinin evrenselliği hakkında endişeler yaratmaktadır. Görüşme ve anket konuları arasında ilişki olmamasına ilişkin ikinci bir olası açıklama, kurumun ve toplum düzeyinde sosyal sermayenin daha büyük sosyal sermaye modelinin bağımsız parçaları olmasıdır. Temkin ve Rohe (51), 2 sosyal sermaye operasyonel düzeyinin altını çizen mahalle değişimi modeli önermektedir: sosyokültürel çevre ve kurumsal altyapı. Sosyokültürel

çevreyi 3 özelliğın kendini göstermesi olarak tanımlamaktadırlar: kendi sakinlerinin mahalleleri ile kendilerini eşleştirmesi, komşuların sosyal etkileşim düzeyi ve kent sakinlerinin mahallelerinin dışındaki kişilerle bağlantıları. Kurumsal altyapı, yerel kuruluşların mahallenin menfaatine çalışma derecesi olarak tanımlanır. Çalışmamızda, kurumsal ve toplumsal düzeylerde sosyal sermaye algılarındaki farklılıkları ortaya koyan bulgular, Temkin ve Rohe tarafından tanımlanana benzer bir modelde yorumlanabilir.

şekil 19.2’de bizim çalışmamızda yapılan deneysel gözlemlerden yola çıkarak ulaşılmış; topluma dayalı sağlık girişimlerine yönelik bir sosyal sermaye modeli sunulmaktadır. Bu modelin kurulmasında çeşitli varsayımlarda bulunulmuştur:

1. Topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının nihai sonucu (başarı göstergesi), sağlıkta iyileşme olduğunun ve toplumda yaşam kalitesinin iyileştiğinin kanıtıdır.
2. Organizasyonlar arasında fazla güven ve iş birliği olması, topluma dayalı bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programının başarılı olma olasılığını güçlendirir.
3. Organizasyonlar arasındaki iş birliği toplumdan topluma değişir.
4. Sosyal sermayenin toplum tarafından algılanması toplumdan topluma değişmektedir.

şekil 19.2. Toplum Değişiminin Sosyal Sermaye Modeli



Modelin akışı (Şekil 19.2), bu varsayımları ters yönlü takip etmektedir. Topluluğun, topluluk sakinleri tarafından algılandığı şeklinde, sosyal sermaye düzeyinin yüksek veya düşük olabileceği fikri ile başlar. Her durumda bu algı; topluluğun kurumsal altyapısının (kamu kurumları, özel ve gönüllü kurumlar), ortak menfaat konularını ele alma çabalarında gösterdiği güven ve iş birliği derecesinden etkilenir. Modelde, topluluğun sosyal sermaye algısı olumlu olduğunda ve kurumsal altyapı müşterek olduğunda (tablonun sol tarafında olduğu gibi), topluluğa dayalı bir girişimin başarılı bir şekilde uygulanma olasılığının arttığı öne sürülmektedir. İyi planlanmış topluluk girişimlerinin topluluk sakinlerinin yaşam kalitesini artıracasına inanılmaktadır.

Öte yandan, topluluğun sosyal sermaye algısı olumlu ve kurumsal altyapı daha az müşterek ise bu uyumsuzluk bir hayal kırıklığı yaratır. Bu uyumsuzluk, ele alınmazsa programların amaçlarına ulaşmasını engelleyerek veya yaşam kalitesini artırmak için çok az şey yapılmasına neden olarak programları tehlikeye atabilir. Bundan dolayı, sosyal sermaye hakkında olumlu bir algılama olmaması veya müşterek bir kurumsal altyapı olmaması durumunda (tablonun ortası veya sağ tarafı) topluluğa dayalı girişimler risk altındadır. Düşük sosyal sermaye rezervlerini kabul edebilen topluluklar, olumlu değişiklikler yapmak için gerekli planlama ve organizasyon adımlarını atabilirler.

Sonuçlar

Topluluğa dayalı halk sağlığı müdahaleleri konusunda uygulama ve araştırma tecrübemiz sosyal sermaye teorisi bilgimizle birleştiğinde, aşağıdaki birbiriyle ilişkili sonuçlara ulaşmamızı sağlamıştır:

1. Topluluğa dayalı müdahale doğal olarak bağımsız bir kavramdır. Yani, teorik olarak sağlam müdahale metotları ve taktikleri uygun şekilde uygulanırsa topluluğun işletmeyi destekleyen kurumsal varlıklar ve sistemleri olması ve bu varlıkların ve sistemlerin çalışır durumda olması ölçüsünde etkili olacaktır.
2. Bu aktivasyon bir ölçüde, ilgili topluluk kurumları ve sistemlerin birbirine güvenmesi ve iş birliği yapmasına, topluluğun (bireyler ve kurumlar) önerilen müdahaleden haberdar olmasına, önerilen müdahaleye değer vermesine ve güvenmesine bağlıdır.
3. Çalışır hâle getirilmiş kurumsal varlıklar ve güven, sosyal sermaye teorisinin temel bileşenleri olduğundan, topluluğa dayalı müdahale bağlamında sosyal sermayenin ölçülmesi; müdahalenin uygulanabilirliği, zamanlaması, metodolojisi ve etkililiği sorularına cevap verebilir.

Sezgisel olarak güven, vatandaş katılımı, sosyal katılım ve karşılıklı olma, hem toplum sağlığının geliştirilmesine hem de sosyal sermayeye ilişkin ortak ilkelerdir. Bu bileşenlerin ölçülmesinin belli bir bölgenin kültürel farklılıklarına uyarlanması gerekse de sosyal sermaye ilkelerinin coğrafya, kültür, dil veya sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak işlediği görülmektedir. Bu kısmen Avusturalya, Kanada, İspanya, İngiltere ve ABD’de sürdürülen toplum sağlığı stratejileri ile sosyal sermaye

arasındaki ilişkiye yönelik ön çalışmaların gösterdiği, sosyal sermaye araştırması, çapraz ulusal gündeminin ortaya çıkmasını açıklayabilir. Bu ülkelerdeki düşünürler ve uygulayıcılar ile temasa geçtik ve kendileri ile iş birliği yapmaya başladık.

Değerlendirme araştırması bakış açısından, yukarıda tanımlanan pilot çalışma sosyal sermayeye bağımsız bir değişken olarak odaklanmaktadır. Yani, toplum sağlığının geliştirilmesi programlarının etkililiğini ne derece etkileyebileceği incelenmektedir. Bununla birlikte, sosyal sermayeye bağımlı bir değişken olarak da araştırılabilir; yani, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylemlerinin sosyal sermayeyi meşru bir sonuç olarak ne derece teşvik ettiğinin, güçlendirdiğinin ve oluşturduğunun incelenmesi. Takip edilen yöntem ne olursa olsun, ölçme bu aşamada çok önemli bir görevdir.

Sosyal Sermayenin Ölçülmesi: Politika Sonuçları

Küresel olarak topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinin uygulanmasını desteklemek amaçlı finansmanın büyük çoğunluğu, spesifik bir sağlık kategorisine bağlı olmaya devam etmektedir: kalp hastalığı, astım, tütün, HIV/AIDS, aile içi şiddet vb. Bu durumlarda (koalisyon ve kurumsal ortaklıklar kurulması istisnasıyla) tam finansman politikası, söz konusu sağlık sorununun çözümüne doğrudan bağlı olan eyleme harcandıkları ölçüde kaynakların mazur görülebilir olmasıdır. Güncel sağlık sorunlarının sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilerini ele alan kapsamlı literatüre rağmen, toplum sağlığı geliştirilmesinin etkili bir şekilde uygulanması için çok önemli olan topluluk kapasitesini kurmaya veya güçlendirmeye nadir olarak kaynak ayrılmaktadır. Bu, “Piller dâhil değildir.” etiketine benzeyen bir durumdur: fonksiyonel bir ürünün, bunu kullanmak için gerekli enerji kaynağı olmadan satılması.

Bu durum için 2 olası açıklama akla gelmektedir. Finansman kurumları ya bu kapasitenin gerekli olduğundan haberdar değildir ya da gerekli olduğuna inanmıyordur veya bu tür faaliyetin sağlık finansmanı için uygun olmadığını düşünüyordur. Sosyal sermaye veya topluluk kapasitesinin bir yönünün, topluma dayalı halk sağlığı programlarının etkili bir şekilde uygulanması ile bağlantılı olduğunu gösterecek geçerli ölçme yapılırsa finansman kurumları, mevcut politikalarını yeniden gözden geçirmenin haklılığı için değerli bilgiler edinecektir. Böylece, spesifik olarak, kamu finansman kurumları, özel ve hayırsever finansman kurumları (başarılı müdahaleler için gerekli kapasiteyi artırmak veya kendileri doğrudan müdahalelere yönelmek için), bir topluluğa sağlıkla ilişkili finansman katkısında bulunmanın en verimli yolları hakkında daha aydınlatılmış kararlar alabilecektir.

Kaynaklar

1. GREEN, L. W. & KREUTER, M.M. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
2. EVANS, R.G. ET AL. *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York, Aldine de Gruyter, 1994.
3. GERSTEIN, R. ET AL. *Nurturing health: a framework on the determinants of health*. Toronto, Premier's Council on Health Strategy, 1991.
4. KREUTER, M.W. Human behaviour and cancer: forget the magic bullet! *Cancer*, 72(3): 996-1001 (1993).
5. KOTCHEN, J.M. ET AL. The impact of a high blood pressure control program on hypertension control and CVD mortality. *Journal of the American Medical Association*, 257: 3382-3386 (1987).
6. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Increasing breast cancer screening among the medically underserved, Dade County, FL. *Morbidity and mortality weekly report*, 40(16): 261-263 (1991).
7. PUSKA, P. ET AL. The community-based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from the ten years of the North Karelia Project. *Annual review of public health*, 6: 147-193 (1985).
8. VARTIAINEN, E. ET AL. Prevention of non-communicable diseases: risk factors in youth - the North Karelia Youth Project (1984-1988). *Health promotion*, 1(3): 269-283 (1986).
9. LANDO, H.A. ET AL. Community impact of a localized smoking cessation contest. *American journal of public health*, 80: 601-603 (1990).
10. PIERCE, J.P. ET AL. Long-term effectiveness of mass media led antismoking campaigns in Australia. *American journal of public health*, 80: 565-569 (1990).
11. FISHBEIN M. Great expectations, or do we ask too much from community-level interventions? *American journal of public health*, 86(8): 1075-1076(1996).
12. HANCOCK, L. ET AL. Community action for health promotion: a review of methods and outcomes. *American journal of preventive medicine*, 13: 229-239(1992).
13. COMMIT RESEARCH GROUP. Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT). II. Changes in adult cigarette smoking prevalence. *American journal of public health*, 85: 193-200 (1995).
14. SCHWAB, M. & SYME, S.L. On paradigms, community participation, and the future of public health. *American journal of public health*, 87(12): 2050(1997).
15. WINKELSTEIN, W. Editorial. Eras, paradigms and the future of epidemiology. *American journal of public health*, 86: 621-622 (1996).
16. SUSSER, M. The logic in ecological. II. The logic of design. *American journal of public health*, 84: 830-835 (1994).
17. MCKINLEY, J.B. The promotion of health through planned socio-political change: challenges for research and policy. *Social science and medicine*, 36: 109-117(1993).
18. PEARCE, N. Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public

- health. *American journal of public health*, 86: 678-683 (1996).
19. PUSKA, P. ET AL. *The North Karelia Project: 20 year results and experiences*. Helsinki, National Public Health Institute, 1995.
20. PUSKA, P. ET AL. Use of lay opinion leaders to promote the diffusion of health innovations in a community programme: lessons learned from the North Karelia project. *Bulletin of the World Health Organization*, 64(3): 437-446 (1986).
21. ENG, E. & PARKER, E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between program evaluation and empowerment. *Health education quarterly*, 21(2): 199-220 (1994).
22. Creating capacity: a research agenda for public education. *Health education quarterly*, 22(3) (1995).
23. BOWEN, DJ. ET AL. Analyzing communities for readiness to change. *American journal of health behavior*, 21: 289-298 (1997).
24. WALLERSTEIN, N. & BERNSTEIN, E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health education quarterly*, 21(2): 141-148 (1994).
25. GREEN, L. W. ET AL. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
26. COLEMAN, J. *Foundations of social theory*. Cambridge, Harvard University Press, 1990.
27. PUTNAM, R.D. The prosperous community: social capital and public life. *The American prospect*, 13: 33-42 (1993).
28. PUTNAM, R.D. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton, Princeton University Press, 1993.
29. COLEMAN, J. & HOFFER, T. *Public and private high schools: the impact of communities*. New York, Basic Books, 1987.
30. COLEMAN, J.S. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94(Suppl.): 95-120 (1988).
31. COX, E. *A truly civil society. 1995 Boyer Lectures*. Sydney, Australian Broadcasting Company Books, 1995.
32. TAYLOR, M. *Community, anarchy and community*. London, Cambridge University Press, 1982.
33. PUTNAM, R.D. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of democracy*, 2: 65-78 (1995).
34. PUTNAM, R.D. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York, Simon and Schuster, 2000.
35. LEMANN, N. Kicking in groups. *Atlantic monthly*, April 1996.
36. SCHUDSON, M. What if civic life didn't die? *American prospect*, 25: 17-20 (1996).
37. KAWACHI, I. ET AL. Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*, 87(9): 1491-1498 (1997).
38. SAMPSON, R.J. ET AL. Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 111: 918-924 (1997).

39. RUNYAN, D.K. ET AL. Children who prosper in unfavourable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 101: 12-18 (1998).
40. PERRY, C.L. ET AL. Project Northland: outcomes of a community-wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American journal of public health*, 86: 956-965 (1996).
41. WECHSLER, H. & WEITZMAN, E.R. Editorial. Community solutions to community problems: preventing adolescent alcohol abuse. *American journal of public health*, 86: 923-925 (1996).
42. HIGGINS, D.L. *Social capital and HIV intervention* [Thesis]. Nottingham, University of Nottingham, 1997.
43. PORTES, A. & LANDOLDT, P. The downside of social capital. *American prospect*, 26: 18-21 (1996).
44. CARR, M. *Social capital, civil society, and social transformation*. Vancouver, British Columbia, 1996.
45. GOODMAN, R.M. ET AL. An attempt to identify and define the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health education and behavior*, 25(3): 258-278 (1998).
46. ROSENSTOCK, I.M. & KIRSCHT, J.P. The Health Belief Model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2: 470-473 (1974).
47. PROCHASKA, J.O. ET AL. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47: 1102-1114 (1992).
48. WINDSOR, R. A. ET AL. *Evaluation of health promotion programs*. Mountain View, Mayfield Publishing, 1984, pp. 205-212.
49. GREEN, L.W & LEWIS, F.M. *Measurement and evaluation in health education and health promotion*. Mountain View, Mayfield Publishing, 1986, pp. 106.
50. TOURANGEAU, R. & RASINSKI, K.A. Cognitive processes underlying context effects in attitude measurement. *Psychological bulletin*, 103(3): 299-314(1988).
51. TEMKIN, K. & ROHE, W Neighborhood and urban policy. *Journal of planning education and research*, 15: 159-170 (1996).

Ek. Topluluk Kilit Bilgi Vericisi ile Yapılandırılmış Görüşme: Genel

Uygun şekilde giriş yapın.

Toplumdaki insanların veya kurumların birlikte nasıl çalıştıklarını daha iyi anlamamıza yardımcı olacak bir çalışma yapıyoruz ve _____ çalışma topluluklarından biri. Bu toplulukta fikirlerine önem verilen biri olmanızdan dolayı, _____’de bulunan kişiler ve kurumlar hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz.

Bu görüşmelerden elde edeceğimiz bilgilerde isminiz **kullanılmayacaktır**. Yaklaşık 25 görüşme yaptıktan sonra, bilgileri bir araya getireceğiz ve “topluluktaki kilit bilgi sağlayıcı liderler” genel bakışı ile raporlayacağız.

Veriler akademik amaçlarla resmî olarak sunulmadan önce, _____’deki liderlere bulgularımızı topluluk üyeleri ile bir toplantı yaparak bildireceğiz.

Görüşme soruları

1. İlk olarak _____’de büyüyen çocuklar hakkındaki görüşlerinizi alabilir miyiz. Bu alanın çocuk yetiştirmek açısından *en iyi* yönleri nelerdir? Üç tane sıralayınız: (Başka bir şey var mı?)

2. Buranın çocuk yetiştirmek açısından en kötü yönleri nelerdir? Üç tane sıralayınız: (Başka bir şey var mı?)

Aşağıdaki düşüncelere ne derece katılıyorsunuz veya katılmıyorsunuz?

3. _____’deki inanç topluluğu (dinî kurumlar) başı dertte olan gençlere ve ihtiyacı olanlara destek vermek ve programlar sunmak konusunda gerçekten aktiftir.

KK K ED HK HKK

[KK = Kesinlikle Katılıyorum, K = Katılıyorum, ED = Emin Değilim, HH = Hayır, Katılmıyorum, HKK = Hayır, Kesinlikle Katılmıyorum]
Yorumunuz?

4. _____’de insanlara gönüllü iş yaptırma konusunda bir sorun yoktur.

KK K ED HK HKK

Yorumunuz?

Şimdi size _____’deki bazı görevlilerle geçen yıl, yani Şubat 1997’den şu ana kadar kurmuş olabileceğiniz temaslar hakkında soru soracağım.

Size soracağım her pozisyon için lütfen bu pozisyondaki bir kişiyle geçen yıl içinde *doğrudan temas* kurduysanız belirtiniz. **Bir kuruluşun üyesi olarak bir diğeriyle, ...’deki toplum yaklaşımına ilişkin olarak resmî olarak kurduğunuz temasla ilgileniyorum. Doğrudan temas derken telefonla, yazı ile ve bizzat kurduğunuz temastan bahsediyoruz.**

5. Okul müdürü?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

6. Yerel bir okulun kurul başkanı?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

7. Geçen yıl, _____’deki yerel bir ticaret birliği veya yerel Ticaret Odasının müdürü ile doğrudan temas kurdunuz mu? **Doğrudan temas derken telefonla, yazıyla veya şahsen kurduğunuz temastan bahsediyoruz.**

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

8. _____’deki gayrimenkul şirketinin sahibi veya yöneticisi?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

9. Bir bankanın veya kredi kuruluşunun görevlisi?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

10. _____’deki gazetelerden birinin editörü?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

11. Hastane veya klinik yöneticisi?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

12. Bir sosyal hizmet kurumu veya ajansının direktörü?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

13. Belediye Başkanı (veya kentin yöneticisi) kendisi veya üst düzey bir belediye çalışanı?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

14. Yerel polis şefi veya polis teşkilatında çalışan yüksek rütbeli bir başka kişi?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

15. Geçen yıl içinde İlçe Sağlık Departmanı'ndan bir görevli ile temas kurdunuz mu?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

16. _____'den bir eyalet temsilcisi veya meclis üyesi?

EVET HAYIR BİLMİYORUM REDDEDİLDİ

Evet ise temas şekli? Sonuçlar?

17. Tarih boyunca yaşadığımız yerlerin yaşam kalitesini değerlendirmek için birçok farklı gösterge kullandık. Örneğin, mortalite hızı, anne ölüm hızı, istihdamdaki kişilerin yüzdesi, sağlık hizmetlerine erişim, kirlilik seviyesi, hava kalitesi vb.

Üç faktörü ölçen yeni bir gösterge ekledik: (1) insanların birbirine güvenme düzeyi, (2) insanların topluluklarındaki kurumlara güvenme düzeyi ve (3) topluluğun ortak menfaati için insanların birlikte bir şeyler yapma isteği.

A. 5 = en yüksek güven seviyesi ve 1 = en düşük güven seviyesi olmak üzere 1 ile 5 arası bir puan vermeniz gerekirse _____ için kaç puan verirsiniz? _____

B. 5 = kurumlara duyulan en yüksek güven seviyesi ve 1 = en düşük güven seviyesi olmak üzere 1 ile 5 arası bir puan vermeniz gerekirse _____ için kaç puan verirsiniz? _____

C. 5 = en yüksek birlikte çalışma isteği ve 1 = en düşük birlikte çalışma isteği seviyesi olmak üzere 1 ile 5 arası bir puan vermeniz gerekirse _____ için kaç puan verirsiniz? _____

18. _____'deki insanlar, yerel yönetime aşağıdakileri yerine getirmesinde ne derece güveniyor:

	Çok güvenir	H güvenmez	i	ç	
a. Toplum ihtiyaçlarına cevap vermek	5 4	3	2	1	R
b. Yolsuzluktan uzak olmak	5 4	3	2	1	R
c. Adil olmaya çalışmak	5 4	3	2	1	R
d. Vatandaşları bilgilendirmek	5 4	3	2	1	R

19. _____’deki haberler ve neler olduğuna ilişkin olarak _____’de bunların basına yansımaları ne kadar doğrudur?
ÇD BD ÇDD R
(ÇD = Çok Doğru; S = Biraz Doğru; ÇDD = Çok Doğru Değil;
R = Reddedildi)

20. Şimdi size Roseville adında farazi bir topluluğu tanımlayacağım. “Roseville’de halk her zaman birbiriyle aynı düşüncede olmayabilir; ancak kenti ilgilendiren önemli bir konu veya sorun olduğunda insanlar ve topluluktaki kurumlar işe dört elle sarılmaya ve işi yapmaya isteklidirler.” Aşağıdaki cümleye ne derece katılıyorsunuz?

“_____Roseville’e çok benziyor.” KK K ED HK HKK

Görüşmeciye not: 5 Puan= Kesinlikle Katılıyorum; 4 = Katılıyorum; 3 = Emin Değilim; 2 = Hayır Katılmıyorum ve 1 = Hayır Kesinlikle Katılmıyorum. Yanıt “4” veya “5” ise 20A ve 20B sorularını sorun. Verilen puan “4”den az ise 20C’ye geçin.

20A. Lütfen _____’nin Roseville’e nasıl benzediğine dair bir örnek verin:

20B. _____’deki insanların ortak bir sorun için birlikte çalışmaya istekli olmasının sebebi sizce nedir?

20C. Daha fazla puan vermeniz için ne olması gerekir?

Vaka Çalışması: Kanada Kalp Sağlığı Girişimi

Sylvie Stachenko

Giriş

Bu fasılda, Kanada’da kardiyovasküler hastalıkları (KVH) önlemek için çok düzlemli, çok bileşenli bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisinin uygulamalı değerlendirmeye dönük bir tanımı yapılmaktadır. Değerlendirme bağlamı, 1998 yılında sistematik organize bir kardiyovasküler hastalıkları önleme yaklaşımı olan Kanada Kalp Sağlığı Girişimi’dir. Bu girişim; politika, uygulama, araştırma ve eylemi çeşitli ortaklar arasında kapasite oluşturulmasına bağlamaktadır: federal ve il sağlık müdürlükleri; gönüllü, mesleki ve akademik kuruluşlar ve özel sektör. Amaç aşağıdakilerin kombinasyonu ile ulusal bir kardiyovasküler hastalıkları önleme politikası uygulamaktır:

- Topluluğa dayalı kalp sağlığı demonstrasyon programlarının uygulanmasıyla, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde uygulamalı bilgi oluşturmak için araştırma yapılması,
- İllerde ve topluluklarda uygulama kapasitesi oluşturmak için çalışılması.

Kardiyovasküler hastalıklar Kanada’da başlıca mortalite sebebi ve sağlık bakım maliyetlerinin başlıca sebebidir (1). Organize topluluk önleme girişimleri vasıtasıyla önemli sağlık kazanımları elde etme fırsatı bulunmaktadır (2). Kanada’nın kardiyovasküler hastalıkları önleme yaklaşımı, halk sağlığı veya toplum sağlığı modelini takip eder (3) ve mevcut sağlık sistemi içine kurulmuştur. Bu açıdan, Girişim’in tasarımı diğer ülkelerde 1970 ve 1980 yılları arasında uygulanan kardiyovasküler hastalıkları önleme projelerinden farklıdır (4-7). Bu projelerin çoğu, topluluk müdahalesinin kardiyovasküler hastalıkları önlemedeki etkililiğini ve uygulanabilirliğini göstermeyi amaçlamıştır. Üniversitelere dayalı olan bu projeler, kapsamlı sonuç ve süreç değerlendirmelerini desteklemek için finanse edilmiştir. Bunun aksine, Kanada Kalp Sağlığı Girişimi’ndeki il düzeyinde kalp sağlığı projeleri, il sağlık müdürlüklerinin halk sağlığı birimlerinde kurulmuş ve üniversitelerin bölümlerine bağlanmıştır. Değerlendirme, 5 yıllık demonstrasyon programının uygulanma sürecine odaklanmıştır.

Buradaki değerlendirme sürecinin anlatımı, 1997 yılında tamamlanan federal düzeyde ve il düzeyinde kalp sağlığı programlarının demonstrasyon aşamasına değinmektedir. Merkezden uzak yönetim yaklaşımı ve il düzeyinde kalp sağlığı protokollerinin çeşitliliği birtakım metodolojik zorluklar ortaya çıkarmış; ayrıca sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının diğer konularda uygulanması için yollar açmıştır. Kanada Kalp Sağlığı Girişimi’nin mevcut aşaması başarılı müdahalelerin yayılması ve yerleşmesine odaklanmaktadır.

Kanada Kalp Sağlığı Girişimi

Kardiyovasküler hastalıkların özellikleri, birden fazla faktörlü olmasıdır. Yaşam tarzı, sosyoekonomik çevre ve genetik-çevresel etkileşimler; majör risk faktörlerini etkilemektedir: sigara kullanımı, yüksek tansiyon, kanda yağ oranının yüksek olması, obezite, şeker ve fiziksel aktivite. Bunun politika oluşturma açısından 2 kilit anlamı vardır: İlk olarak kardiyovasküler hastalıkların bireysel veya toplumsal düzeyde ele alınması için çeşitli risk faktörlerine ve bunların belirleyicilerine dikkat edilmesi gerekmektedir. İkinci olarak yaşam tarzı ve çevresel belirleyicilere değinen koruyucu sağlık hizmetlerine erişim sağlayan müdahalelerin düzenlenmesi için hem sağlık sektörünün hem de sağlık dışı sektörlerin çabası gereklidir. Bu sebeplerden dolayı kalp sağlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme yaklaşımlarıyla birlikte ele alması gereken bir zorluk teşkil eder.

Girişim, kardiyovasküler hastalıkları önlemek amacıyla kapasite oluşturmak için çok düzeyli bir strateji (ulusal düzey, il düzeyi ve topluluk düzeyinde) uygulamaktadır. Girişim; ulusal düzey, il düzeyi ve topluluk düzeyleriyle ilgili olan bir bağlantı sistemi olarak tanımlanabilir (8,9). On beş yıllık bir sürede, politika gelişiminden yaygınlaştırmaya kadar 5 aşamada tasarlanmıştır. Girişim, Ulusal Sağlık Araştırma Geliştirme Programı vasıtasıyla Kanada Sağlık Dairesi ve 10 tane il sağlık müdürlüğü tarafından ortak finanse edilmektedir. Kanada Sağlık ve Felç Vakfı ve bunların il düzeyindeki kuruluşları kilit ortaklardır. Girişim, kardiyovasküler hastalık riskini ve belirleyicilerini önlemede en başarılı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme yaklaşımları arasındaki sinerjileri kullanmayı amaçlamaktadır (10).

Politika Fikir Birliği

Girişim, il düzeyinde Sağlık Bakanı Yardımcıları Konferansı tarafından 1996 yılındaki görevlendirmede, kardiyovasküler hastalıkları önleme ve kontrolü stratejisinden meydana gelmiştir. Rapor hazırlamaya odaklı bazı politika geliştirme çalışmalarının aksine (bazen bir danışman tarafından), bu defa Federal-İl Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Çalışma Grubu, ülke çapında kapsamlı danışmanlık yapmıştır. Üyeleri arasında Kanada Sağlık Dairesi, 3 il sağlık müdürlüğü ve Kalp ve Felç Vakfı bulunmaktadır. 1986 ve 1987 yıllarında çalışma grubu tüm illeri ve bölge başkentlerini ziyaret etmiş ve ele alınacak konular ile takip edilecek stratejiler hakkında yorumlar çıkarmıştır. Bunu yaparken arka plan olarak kardiyovasküler hastalıkların epidemiyolojisi hakkındaki bir sunum, hastalık önlemenin gerekçesi, potansiyel stratejiler ve potansiyel paydaşlar kullanılmıştır. İstişare döneminde çalışma grubu, kamu sektörü ve özel sektördeki 100'den fazla sağlık kuruluşu ve kurumunun temsilcileri ile görüşmüştür.

Bu çalışmanın temelinde Çalışma Grubu, Yardımcı Sağlık Bakanları Konferansı'nın onayladığı, *Kanada'da Kalp Sağlığının Geliştirilmesi (11)* raporunu hazırlamıştır. Böylece istişare sürecinde kilit tavsiyeler katılımcı paydaşlara önceden sunulmuştur.

KVH Risk Faktörü Veri Tabanı

Federal-il ortaklığı standart il düzeyinde kalp sağlığı araştırmalarının uygulanmasını sağlamış ve risk faktörleri hakkında Kanada Kalp Sağlığı Veri Tabanı oluşmuştur. 1985 yılında araştırma ilk olarak Nova Scotia’da gerçekleştirilmiştir (12). Bu araştırmadaki protokol, diğer iller için de kullanılmış; Nova Scotia halk sağlığı personeli bu araştırmaların yürütülmesine destek vermiştir. Her ilden elde edilen kilit, tutarlı bulgu; yetişkinlerin yaklaşık üçte ikisinin bir veya daha fazla kardiyovasküler hastalık riski taşıdığı yönündedir. Bu bulgular, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinin, birincil olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımına ihtiyaç duyan bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülmesi önerisi için bilimsel bir temel sağlamıştır. Hiç şüphesiz, nüfusun büyük çoğunluğunu etkileyen bir konu, tek başına klinik bir yaklaşımla ele alınamaz. Bundan dolayı, kalp sağlığına yönelik il düzeyinde demonstrasyon programlarına toplumda güçlü bir şekilde odaklanması önemlidir (13).

Halk Sağlığı Sisteminin Yükümlülüğü

İl düzeyinde kalp sağlığı araştırmalarının halk sağlığı sistemi tarafından uygulanması, politika ve ortaklık gelişimi için çok önemliydi. Araştırmayı yürütmek için eğitim alan halk sağlığı hemşireleri kalp sağlığı hakkında uygulamalı bilgi edinmiş ve önleme konularına duyarlı hâle gelmiştir. Bunların çoğu, daha sonra demonstrasyon aşamasında programı desteklemiştir. İl sağlık müdürlükleri; araştırmaları, Kanada Sağlık Dairesi’nin sınırlı eş güdümüyle yürüttüğünden, iller sonuçları sahiplenmiş ve tabiri caizse topu tek başına sürmüştür. Araştırma sonuçları, bağımsız bilimsel panellerce incelenmek üzere sunulmuş; bu paneller sağlık bakımı uygulayıcıları ve bilimsel topluluk arasında köprü kurmuştur. Araştırmalar tamamlandığında kalp sağlığı demonstrasyon programları her ilde büyük tanıtımlarla başlatılmıştır. Böylece, araştırmanın uygulama yöntemleri, sonuçları ve inceleme süreci; kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine halk sağlığı yaklaşımının uygulanması konusundaki fikir birliğini güçlendirmiş, kalp sağlığına yönelik ortaklıkların oluşmasını kolaylaştırmıştır. Ayrıca bunların kronik hastalıkların ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesine dair geleneksel programlara yönelik halk sağlığı sisteminde bulunmasını taahhüt etmesini sağlamıştır.

Tüm illerde araştırmalar, 1992 yılında tamamlanmıştır. Sonuçlar, daha sonra St John’s, Newfoundland’da Memorial Üniversitesi’nin Toplum Sağlığı Bölümü’nde Kanada Kalp Sağlığı Veri Tabanı’na eklenmiştir. Veriler 1992 yılında yayınlanmıştır (14). Federal düzey-il düzeyleri arasındaki iş birliği, müdahale programlarının gerçekleştirilmesine; politika, epidemiyolojik araştırma ve politik desteği sağlayacak şekilde ulusal bir veri tabanının kurulmasını sağlamıştır.

Demonstrasyon Aşaması ve Ortaklıkların Geliştirilmesi

Federal ve il sağlık müdürlüklerinin ortak finanse ettiği il kalp sağlığı demonstrasyon programları, politikanın uygulamaya dönüştürülmesinde kilit araçlardı. Demonstrasyon aşaması, 1989-1997 yılları arasına yayılmış ve iller farklı zamanlarda katılmıştır.

İl düzeyindeki programlar, il araştırmalarının meydana getirdiği epidemiyolojik bilgi temeli ve iyi niyet üzerine kurulmuştur. Federal ve il sağlık müdürlükleri, il düzeyindeki programların finanse edilmesi için aşağıdaki koşulları belirlemiştir:

- Halk sağlığı yaklaşımına odaklanması,
- Program gelişimini ve uygulamasını desteklemek için il düzeyinde sektörler arası koalisyonların kurulması,
- Müdahale sürecinin gerekli bir bileşen olarak değerlendirilmesi,
- Müdahale ve değerlendirme protokollerinin, Kanada Sağlık Dairesi Ulusal Sağlık Araştırma ve Geliştirme Programı tarafından düzenlenen alan ziyaretlerinde bilimsel bir ekip tarafından incelenmesi.

Geçmişe bakıldığında, *Kanada'da Kalp Sağlığının Geliştirilmesi*'ni gerçekleştirmek üzere masaya sınırlı ancak somut finansal kaynaklar koyma kararının (11), politika belgesinin masada tozlanması yerine ili harekete geçirecek bir katalizör görevi görmesinin sağlanmasına yardımcı olduğu görülmektedir. Buna ek olarak illerin uygun gördüklerinde girişime katılma özgürlüğü, kurulan ortaklıkların kalitesi açısından çok önemli olmuştur. İl düzeyindeki programların proje müdahale karışımının tanımlanmasında esneklik ve ortak finansman düzenlemeleri, ulusal koalisyonların iyi bir şekilde işlemesine katkıda bulunmuştur. Kanada Kalp ve Felç Vakfı temsilcilerini de içeren Kalp Sağlığı Baş Müfettişleri Konferansı bu koalisyonlardan biridir. Çeşitli il düzeyinde kalp sağlığı programlarının tipik bileşenleri belgelenmiş olup bunlar; halk eğitimi, toplumun harekete geçirilmesi, sağlıklı halk politikası ve koruyucu hizmetlere yönelik stratejiler içermektedir (13).

Finansman koşullarının uygulama açısından 2 önemli sonucu bulunmaktadır: İlk olarak kalp sağlığı politikasının sürekli geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik sorumlulukların odak noktasını belirlemişlerdir. İkinci olarak başlangıçtan itibaren ortaklıkların kurulması sürecini teşvik etmişlerdir. İl düzeyindeki koalisyonlara yönelik şart ve koşullar değişse de ortaklık yaklaşımı il ve topluluk demonstrasyon alanlarında kalp sağlığı programlarının icra tarzı (*modus operandi*) olmuştur.

Değerlendirme Yaklaşımı

Girişimin ana amacı, kardiyovasküler hastalıkların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi vasıtasıyla önlenmesi için il ve topluluk düzeyinde kapasite geliştirilmesidir. Buna göre, il düzeyinde kalp sağlığı demonstrasyon programları uygulanabilirlik ve kapasite oluşturmaya odaklanmıştır. Nutbeam (15) tarafından önerilen bir model takip edilerek, Kanada Kalp Sağlığı Girişiminin değerlendirilmesinde sonuçtan çok, topluluklarda KVH önleme konusunda çalışan diğer kişiler tarafından kabul edilen bir yaklaşıma, süreç değerlendirilmesine odaklanılmıştır (16,17). Değerlendirme, ulusal düzey ve il düzeylerinde gerçekleştirilmiştir.

İl Düzeyinde Değerlendirme Protokolleri ve Bilgi Toplama

İl düzeyindeki programları inceleyen kişiler, ulusal düzeyde eş güdüm ve akademik

uzmanların teknik danışmanlığı ile değerlendirmeye yönelik süreç rehberlerini birlikte kabul etmişlerdir (18). Rehberlerde sağlık ve sağlık sistemlerine yönelik amaçlar önerilmiş ve Kanadalı ve yabancı bilim adamları tarafından yerinde ziyaretlerle gözden geçirilmiş il değerlendirme protokollerinin hazırlanması için temel oluşturmuştur. Rehberlerde, *Kanada'da Kalp Sağlığının Geliştirilmesi* raporunda belirlenen kilit stratejilere yönelik süreç göstergelerinin listesi sunulmaktadır (11).

Rehberler, çeşitli amaçlar (sağlık, çevresel değişiklik ve sağlık sistemine yönelik amaçlar) olarak yapılandırılmıştır. Kilit prensip, değerlendirmenin uygulanabilir ve finansal olarak karşılanabilir tutulmasıdır: Bir proje için 3-6 göstergeden fazlası ele alınmayacaktır. Projelerin çoğunda bu kural geçerli olsa da rehberlerde il düzeyindeki programların bazı projeler üzerinde değerlendirme yapmak isteyebileceği kabul edilmektedir. Bundan dolayı bazı projelerin derinlemesine değerlendirilmesini, bazıları için ise daha basit bir izleme sistemi kurulmasını sağlayan ikili bir sistem kabul edilmiştir.

Bu rehberlere uygun olarak (18) il düzeyinde sağlık programlarının her biri kendi değerlendirme planlarını geliştirmiş, genel olarak bilimsel ekipler tarafından incelenecek projelere yönelik göstergelerin tanımlanmasında paydaşları da dâhil etmiştir. Rehberleri takip ederken il düzeyindeki programlar, süreç değerlendirmesi için farklı plan ve göstergelere göre bilgi toplamıştır. Yine de iller değerlendirme yaklaşımlarında önemli ölçüde bilgi paylaşımında bulunmuştur. Bunun sonucunda, Girişim'de projeleri belgelemek ve izlemek için ortak birtakım göstergeler seçilmiştir.

İl ve topluluk düzeyindeki projelere yönelik değerlendirme bilgileri çeşitli kaynaklardan edinilmektedir. Bilgiler; geçici olarak tasarlanan araçlardan, toplantı tutanaklarından, üç aylık raporlardan, anketlerden, araştırmalardan (örneğin sosyal pazarlama kampanyalarını izlemek için) ve idari ve mali kayıtlardan elde edilir. Bazı iller, nitel bilgileri ele almak için bilgisayarlı veri tabanları oluşturmuştur. Bu yaklaşım, rapor hazırlanması ve topluluk ile paydaşlara hızlı bir şekilde geri bildirim yapılmasına yönelik kapasiteye katkı sağlayan bir gelişmedir. Projeye ilişkin süreç göstergeleri verilerine ek olarak il düzeyindeki programlar, il ve topluluk ihtiyaç analizleri ve topluluk kaynak envanterleri yapmıştır. Bunlar kavramsal faktörlerin belirlenmesi ve programların sosyal çevre ve politika çevrelerindeki değişimlere karar verilmesi için kullanılmıştır.

Çekirdek Değerlendirme: Kanada Süreç Değerlendirme Veri Tabanı

İl düzeyinde kalp sağlığı programlarının demonstrasyon alması için merkezden uzak bir süreç değerlendirilmesi yapılırken girişimin bir bütün olarak ulusal bir resmini görmek için il düzeyinde elde edilen bilgilerin toplanması zor olmuştur. İl düzeyindeki programların protokollerinde farklı müdahaleler bulunduğundan, bu programlarda farklı süreç değerlendirme göstergeleri uygulanmıştır. Bu durumda, il programlarınca uygulanan projelerin türüne, kapsamına ve doğasına yönelik bir

temel oluşturmak için her ilde ortak olan çekirdek göstergelerin geriye dönük bir şekilde belirlenmesi gerekmiştir.

Ortak karara dayalı 2 yıllık katılımcı süreçte, başaraştırmacılar; girdileri, süreçleri ve ara sonuçları (çıktılar) tanımlamada anlamlı olan çekirdek süreç göstergeleri üzerinde mutabakata varmıştır. Tüm iller, bunlara ilişkin veriler toplamıştır. Bilgi toplama görevi yapan tüm il kalp sağlığı koordinatörlerine eğitim kılavuzları ve eğitim verilmiştir. Çekirdek süreç değerlendirme verileri, 1994 ve 1996 yılları arasında toplanmıştır. Faaliyetlerin belgelenmesi ve bilgi toplanması ise 1989-1995 yılları arasında gerçekleşmiştir.

Veriler toplanmış, doğrulanmış ve Memorial Üniversitesi'nde bulunan nitel bir değerlendirme veri tabanında bir araya getirilmiştir. Veri tabanında girdiler ve süreçler ile program kapsamı gibi bazı etki göstergeleri hakkında bilgiler bulunmaktadır. Program girdileri arasında, proje maliyetleri hakkında bilgi ile (doğrudan ve dolaylı) katkıların türü (finansal ve ayni) ve kaynakları (kamu, özel ve gönüllü sektörler; sağlık sektörü ve sağlık dışı sektörler) hakkında bilgi bulunmaktadır. Süreç göstergeleri hakkında elde edilen bilgiler kullanılan stratejilere göre sınıflandırılmıştır: halk eğitimi, uygun sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, toplumun harekete geçirilmesi, halk sağlığı sisteminin liderliği ve sağlıklı halk politikası.

Çekirdek süreç göstergelerine ek olarak başaraştırmacılardan uygulamanın çeşitli konularına ilişkin görüşler sunmaları istenmiştir. Ekipleri ile istişare ederek araştırmacılar aşağıdaki konularda yazılı cevaplar hazırlamıştır:

- Politik ortam, ekonomi ve sağlık reformu gibi kavramsal etkiler,
- Gönüllüler, personel gibi kaynaklar ve kaynak mobilizasyonu,
- Koalisyonların işleyişi ve liderlik gibi organizasyon ve yönetim,
- Demonstrasyon topluluklarının seçilmesi, stratejilerin entegrasyonu, diğer sağlık konuları ile bağlantı, stratejik ve operasyonel planlama ve ortaklık oluşturma gibi süreçler,
- İllerde ve topluluklarda süreç değerlendirme tecrübesi ve değerlendirme,
- Teknik destek,
- Uygulamanın önündeki engeller ve başarı algıları, en az ve en başarılı projelere değinilmesi,
- Demonstrasyon projelerinin mirası.

Yazılı ifadeleri netleştirmek için başaraştırmacılarla telefon görüşmeleri yapılmıştır.

Süreç Değerlendirme Bilgisinin Analizi

Ulusal düzey, il düzeyi ve topluluk düzeylerinde toplanan bilgiler, analiz edilirken 1997 yılında 4. Uluslararası Koruyucu Kardiyoloji Konferansı'nda 1989 ve 1995 yılları arasında 302 projeden edinilen çekirdek göstergelere ilişkin ön bir rapor sunulmuştur. Bu raporda halk eğitimi ve toplumun harekete geçirilmesinin en çok

kullanılan stratejiler olduğu belirtilmiş ve projelerin biyolojik risk faktörlerinden çok (yüksek tansiyon ve diyabet gibi), davranışa ilişkin risk faktörlerinin (kötü beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği) belirleyicilerine odaklandığının altı çizilmiştir.

Projeler, davranış ve sistemlere yönelik amaçlar belirlemiştir. Sistemlere yönelik amaçlar arasında; koalisyonların kurulması, uygulama, kurumsal kapasite, altyapı, sürdürülebilirlik ve müdahalelerin yayılması ve kurumsallaştırılması bulunmaktadır. Projelerin büyük çoğunluğu, birden fazla risk faktörü hakkında eyleme katılmış ve ikiden fazla ortakları olmuştur. Bu durum; kalp sağlığına ait riskin azaltılması ve uygulama için sektörler arası modele ve ortaklık modeline getirilmesi gereken entegre yaklaşımı kanıtlamaktadır.

Kaynak girdileri, il sağlık müdürlüklerinin %44 oranında kaynak katkısında bulunduğunu göstermiştir (finansal veya ayni); Kanada Sağlık Dairesi'nin katkısı %26 (çoğunlukla mali) olmuştur. Kalan %30 oranındaki katkı, gönüllü kuruluşlar ile özel sektörden gelmiştir. Kanada Kalp Sağlığı Girişimi'ne tahsis edilen toplam fonların %30'u değerlendirmeye ayrılmıştır.

Nitel veri tabanı analiz edilmiş; ancak herhangi bir rapor hazırlanmamıştır. Bununla birlikte veri tabanındaki bilgilerin ele alınması; süreç değerlendirmesinden elde edilen nitel bilgilerin analiz edilmesi ve bir araya getirilmesine yönelik kapasiteye ihtiyaç olduğunu gösteren zorlu bir süreç olmuştur.

Sonuçlar

Kanada Kalp Sağlığı Girişimi, katılımcı bir değerlendirme modeli takip etmiş; entegre yaklaşımları sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ve hastalıkların önlenmesine uygulamak için uygulama bilgisi edinmeye ve sürece odaklanmıştır.

Girişimin, federal-il düzeyinde ortaklıkla mümkün olan çok düzeyli organizasyonu; politika yapıcılar, sağlık alanında çalışanlar ve topluluk koalisyonlarının kardiyovasküler sağlık politikasının sistematik uygulamasında birlikte çalışmaları için bir bağlam sağlamıştır. Koalisyonların ve iletişim ağlarının politika desteğinin alınmasının, hedef nüfusa ve çeşitli sektörden kaynaklara erişme konusunda çok önemli bir araç olduğu ortaya çıkmıştır.

İl düzeyinde kalp sağlığı programlarının, il düzeyinde halk sağlığı sistemleri ile bağlantısının kurulmasının, bu müdahalelerin sürdürülebilirliğini ve kurumsallaşmasını desteklediği yönünde kanıtlar bulunmaktadır. Başlangıçtan itibaren on yıl boyunca ve ekonomik kısıtlamalara rağmen, il sağlık müdürlükleri tarafından ortak finansman düzenlemelerinin sürdürülmesi, il müdürlüklerinin sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde kapasiteyi artırma aracı olarak girişime verdikleri değeri yansıtmaktadır.

Girişimin uzun vadeli etkisi önceden tahmin edilemeyecek olsa da bazı faktörler politika ve ortaklıkların kurulması ve uygulanmasına yardımcı olmuştur.

1. 1986 yılında KVH politikasına ilişkin istişarelere başlandığında Kanada'da sağlık politikası hakkında geniş çaplı bir fikir birliği oluşmaktaydı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (19) ve Kanada'da Herkes İçin Sağlık Çerçevesi (20) bu dönemde yayınlanmış ve KVH toplum stratejisini uygulamak için gerekli sektörler arası yaklaşım türlerine yönelik ortamı hazırlamıştır.
2. Kardiyovasküler hastalıklar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi konusunda ortak çalışmanın giriş noktasıdır. Klinik ve toplumsal düzeylerde kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yönelik bilimsel temel çok güçlüdür. Kardiyovasküler hastalıklardaki tanımlayıcı ve müdahaleci epidemiyoloji, kanıta dayalı karar almayı desteklemektedir.
3. *Kanada'da Kalp Sağlığın Geliştirilmesi'nin (11)* iyileştirilmesinde takip edilen istişare yaklaşımı, kalp sağlığı araştırmalarına ve girişimin sonraki demonstrasyon ve yaygınlaştırma aşamalarına katılan tüm halk sağlığı departmanlarında fikir birliği ve taahhüt oluşturmıştır.
4. Bu raporun takip edilmesi için bir miktar finansal kaynak tahsisi yapmaya yönelik federal girişim, il ortaklığında belki de kilit faktördür ve sürdürülebilirliğin sağlanmasına çok önemli olmaya devam edecektir.
5. Bireysel il araştırmaları vasıtasıyla ulusal bir veri tabanının oluşturulması, illerin girişimi sahiplenmesini sağlamış ve her ildeki takip demonstrasyon aşamasını kolaylaştırmıştır.
6. Ortaklık; ulusal düzey, il düzeyi ve topluluk düzeylerinde girişimin icra tarzı olmuştur. Ayrıca uluslararası düzeyde de ortaklıklar geliştirilmiştir.
7. Demonstrasyon ve yaygınlaştırma programlarının tasarlanmasında illere sağlanan esneklik, analiz edilen ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerini desteklemek için değerli bir bilgi temeli sunması gereken çeşitli müdahaleler sağlamıştır. Girişim, şu anda yaygınlaştırma araştırmasına yönelik bir platform görevi görmektedir.
8. Girişimin merkezden uzak ve yatay organizasyon yapısı, idari engelleri en aza indirmiş ve bilginin il kalp sağlığı programları arasında hızlı transferini ve esnekliği sağlamıştır.
9. En önemli bileşenlerden biri, Kanadalı ve diğer ülkelerden bilim adamlarının saha ziyaretleri ve istişareleri vasıtasıyla teknoloji transferine önem verilmesi olmuştur.
10. Ortak finansman düzenlemeleri, ortaklıkların taahhüt edilmesini ve bu ortaklıkların sürdürülebilir olmasını sağlamıştır ve mevcut kaynakları önemli ölçüde artırmıştır.
11. Girişimin çekirdek değerlendirmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme stratejilerini birleştiren çok düzlemli girişimlerin değerlendirilmesi hakkındaki literatürün eksik olduğunu ortaya koymuştur. Bağlantı sistemlerini, ortaklıkların sürdürülebilirliğini, ve müdahalelerin yayılmasını ve uygulama süreçlerini incelemek için bir metodoloji geliştirilmelidir.

İl düzeyinde kalp sağlığı programları; kardiyovasküler hastalık bilgisinin önleme için yeterli olduğu, zor olanın ise uygulama ve iyi uygulama modellerinin kullanılması

olduğu hakkındaki baskın politikaya uyum sağlayarak Yaygınlaştırma Araştırması aşamasına girmiştir (21) (22). Girişimin başlangıç aşaması 1995 yılında, Kanada Yaygınlaştırma Araştırması Konferansı'nın olduğu yıl başlatılmıştır. Yaygınlaştırma Araştırması; kalp sağlığı programlarının yetkililer, kurumlar ve topluluklar tarafından anlaşılmasına aracılık eden değışkenlerin ve süreçlerin incelenmesi olarak tanımlanır (23). Kapasite oluşturma süreçlerinin incelenmesi yaygınlaştırma protokollerinde belirgin şekilde ortaya çıkar. Diğer çalışma konuları şunlardır:

1. Müdahalelerin yerine getirilme ekonomileri,
1. Makul bir maliyetle geniş çapta yayılabilecek model ve müdahalelerin geliştirilmesi,
2. İyi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarının uygulanmasını en iyi destekleyen kurumsal düzenlemelerin belirlenmesi (24-27).

Girişim tarafından kurulan araştırma platformu; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalık önleme müdahalelerinin uygulanması, yayılması ve yerleştirilmesinin incelenmesi için bir bağlam sunar.

Kaynaklar

1. REEDER, B. ET AL., ED. *Heart disease and stroke in Canada*. Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 1997.
2. VARTIAINEN, E. ET AL. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British medical journal*, **309**: 23 (1994).
3. ROSE, G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
4. FARQUHAR, J.W. ET AL. Community studies of cardiovascular disease prevention. In: Kaplan, N.M. & Stamler, G., ed. *Prevention of coronary heart disease: practical management of risk factors*. Philadelphia, Saunders, 1983.
5. LEFEBVRE, R.C. ET AL. Theory and delivery of health programming in the community: the Pawtucket Heart Health Program. *Preventive medicine*, **16**: 80-95 (1987).
6. PUSKA, P. ET AL. The community based strategy to prevent coronary heart disease: conclusions from ten years of the Karelia Project. *Annual review of public health*, **6**: 147-163 (1985).
7. SCHOOLER, C. ET AL. Synthesis of findings and issues from community prevention trials. In: Pearson, T.A. & Stone, E., ed. *Community trials for cardiopulmonary health: directions for public health practice, policy and research*. *Annals of epidemiology*, **7**(Suppl.): S1-S3 (1997).
8. ORLANDI, M.A. Promoting health and preventing disease in health care settings: an analysis of barriers. *Preventive medicine*, **16**: 119-130 (1987).
9. ORLANDI, M. Health promotion technology transfer: organizational perspectives. *Canadian journal of public health*, **87**: S28-S33 (1996).
10. STACHENKO, S. The Canadian Heart Health Initiative: a countrywide cardiovascular disease prevention strategy. *Journal of human hypertension*, **10**(Suppl. 1): S5-S8 (1996).
11. *Promoting heart health in Canada. Report of the Federal-Provincial Working Group on Cardiovascular Disease Prevention and Control*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1988.
12. MACLEAN, D. & PETRASOVITS A. The prevalence of hyperlipidemia in Nova Scotia. *Nova Scotia medical journal*, **67**(5): 144-147, 151 (1988).
13. HEALTH AND WELFARE CANADA. The Canadian Heart Health Initiative: a policy in action. *Health promotion*, **30**(4): 1-19 (1992).
14. SURVEYS RESEARCH GROUP. Canadian heart health surveys. *Canadian Medical Association journal*, **146**(Suppl.): S1969-S2029 (1992).
15. NUTBEAM, D. ET AL. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *Journal of epidemiology and community health*, **44**: 83-89 (1990).
16. NUTBEAM, D. & CATFORD, J. The Welsh heart programme evaluation strategy: progress, plans and possibilities. *Health promotion international*, **1**: 5-18 (1987).
17. MITTELMARK, M.B. ET AL. Realistic outcomes: lessons from community-based

- research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases. *Journal of public health policy*, 14: 437-462 (1993).
18. STACHENKO, S. *Evaluation guidelines for heart health programs*. Ottawa, Department of National Health and Welfare, 1991.
 19. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
 20. EPP, J. *Achieving health for all: a framework for health promotion*. Ottawa, Health Canada, 1986.
 21. ADVISORY BOARD FOR THE INTERNATIONAL HEART HEALTH CONFERENCE. *The Victoria Declaration on Heart Health*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.
 22. *The Catalonia declaration - Investing in heart health. Declaration of the Advisory Board of the Second International Heart Health Conference*. Barcelona, Department of Health and Social Security, Autonomous Government of Catalonia, 1995.
 23. JOHNSON, J.L. ET AL. A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S5-S10 (1996).
 24. STACHENKO, S. The Canadian Heart Health Initiative: dissemination perspectives. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S57-S59 (1996).
 25. ELLIOTT, S J. ET AL. Assessing public health capacity to support community based heart health promotion: the Canadian Heart Health Initiative, Ontario Project (CHHIOP). *Health education research*, 13(4): 607-622 (1998).
 26. TAYLOR, S.M. ET AL. Heart health promotion: predisposition, capacity and implementation in Ontario public health units, 1994-96. *Canadian journal of public health*, 89(6): 406-409 (1998).
 27. CAMERON, R. ET AL. The dissemination of chronic disease prevention programs: linking science and practice. *Canadian journal of public health*, 87(Suppl. 2): S50-S53 (1996).

Medyadaki Sağlık İletişimi Kampanyalarının Değerlendirilmesiyle İlgili Konular

Vicki Freimuth, Galen Cole ve Susan D. Kirby²

Giriş

Gelişmiş ülkelerdeki prematüre ölümlerin çoğu, bireylerin veya toplulukların eylemine veya eylemsizliğine bağlanabilir (1). Sonuç olarak halk sağlığı uygulayıcıları, sağlıklı tavır ve davranışları teşvik etmek ve zararlı olan davranışları bastırmak için müdahaleler geliştirmiştir. Sağlığı geliştiren bireysel kararlara ve topluluk kararlarına bilgi altyapısı sunmak ve onları etkilemek için stratejilerin incelenmesi ve kullanılması olarak tanımladığımız sağlık iletişimi, bu müdahalelerde gittikçe artan bir şekilde önemli rol oynamaktadır.

İletişim, müdahalede baskın ve destekleyici bir rol oynayabilir. Bu roller arasında birtakım iletişim stratejileri olabilir. Örneğin, sağlık sorununu halkın gündemine sokmayı amaçlayan halkla ilişkiler, bir eğlence programının istenen davranışı model aldığı eğlenirken öğreten eğitim ve basının politika değişikliğinin yapılması için bir destek aracı olarak kullanılmasını kapsayan basın desteği gibi. Bu stratejilerin hepsi, bireysel düzeyde, küçük gruplarda veya kitle iletişim düzeyinde çeşitli iletişim faaliyetlerini içerebilir. Bu fasılda yalnızca son kategori ele alınmaktadır. Daha spesifik olarak medya sağlık iletişimi kampanyalarının geliştirilmesi, uygulanması ve etkilerinin değerlendirilmesini çevreleyen konular bu fasılda anlatılmaktadır.

Sağlık İletişimi Kampanyaları

Rogers ve Storey (2) sağlık iletişimi kampanyalarının 4 tanımlayıcı özelliği olduğundan bahseder. Yazarlar, genellikle belli bir zaman diliminde ve organize birtakım iletişim faaliyetleri vasıtasıyla oldukça çok sayıda insan üzerinde spesifik sonuçlar veya etkiler oluşturmaya çalışır. Sağlık iletişimi kampanyaları, genellikle bir dizi televizyon veya radyo halk duyuruları veya poster, kitapçık ve broşür gibi tanıtım amaçlı basılı materyal içeren medya araçlarına dayanmaktadır.

Sağlık iletişimcilerinin çoğu, medya kampanyasının gelişiminde ortak bir takım değişkenlerin ele alındığı ve iletişim tecrübesinin bir sonucu olarak ortak bir takım sonuçlar beklenebileceği konusunda hemfikirdir. İletişim geliştirilmesi veya bağımsız değişkenler, dört geniş alanda sınıflandırılabilir:

- Alıcının psikososyal tavırları,
- Kaynak veya konuşmacı,
- Mesajı yaygınlaştırmak için kullanılan ortamlar, kanallar, faaliyetler ve materyaller,

2 ABD, CDC'den Carole Craft ve Linda Cockrill'e bu metnin redaksiyonunu yapmalarından dolayı teşekkür ederiz.

- İçerik, ton, çağrı türü, işitsel özellikler ve görsel özellikleri içeren mesajın kendisi.

Birlikte ele alındığında bu bağımsız değişkenlerin kombinasyonu, iletişim stratejisi olarak adlandırdığımız stratejiyi oluşturmaktadır (3-10). Medya iletişim çalışmalarının sonuçları veya bağımlı değişkenleri 6 alanda sınıflandırılabilir: maruziyet, dikkat, kavrama, ürün, tavır değişikliği ve davranış (4,5,11,12). Sonuçların hepsi, bu kadar değildir ve bunların doğrusal olarak ilerlediğini ima etmeye çalışmıyoruz. Bununla birlikte bu terimlerin bu tartışmaya ilişkin ortak bir dil sağladığına inanıyoruz.

Biçimlendirici Araştırma ve Değerlendirme Konuları

Sağlık iletişimi kampanyasının medyaya uygulanmasından önce yapılan araştırmaya genellikle biçimlendirici araştırma veya değerlendirme adı verilir. Biçimlendirici araştırma; müdahale planlayıcılarının, problemleri azaltmak veya ortadan kaldırmak için etkili iletişim stratejilerini ve taktiklerini anlamalarına ve geliştirmelerine yardımcı olur (6,9,13-15).

Bu kısımda, kitle iletişim stratejileri ve taktiklerinin gelişim aşamasında yürütülen biçimlendirici araştırma ve değerlendirmelere ilişkin konular ele alınmaktadır. Bu konular, hedef kitlenin alıcı özelliklerini anlamak ve profilini oluşturmak için gerekli verilere ve uygulamadan önce strateji ve taktiklerin değerlendirilmesine veya test edilmesine ilişkindir.

Verilerle İlgili Konular

Toplunun tamamını hedefleyen bir sağlık iletişimi kampanyasının stratejik olarak geliştirilmesinde aşağıdakilere karar vermek amacıyla ele alınan sağlık sorununun doğasını ve kapsamını anlamak için tanımlayıcı ve analitik epidemiyolojik verilere ihtiyaç duyulur: Kitle iletişimi uygun bir müdahale midir? Bu müdahalenin en uygun hedef kitlesi kimlerdir ve iletişimin amacı ne olmalıdır? Geleneksel epidemiyolojik verilere dayanmanın yanında, sağlık iletişimcilerinin ayrıca nasıl iletişim kurulacağıyla ilgili bağımsız değişkenlere göre potansiyel hedef kitleyi karakterize etmek için gerekli verilere ihtiyaçları vardır (6,9,13,14). Bu, yukarıda listelenen 4 bağımsız değişkene ilişkin verileri kapsamaktadır. Bu veriler, iletişimcinin söz konusu nüfusu homojen alt gruplara veya hedef kitle parçalarına ayırmasına yardımcı olur. Sağlıkla ilişkili hedef kitle parçaları, genellikle 2 şekilde birbirine benzer olarak tanımlanmaktadır: iletişim stratejisinde davranış belirleyicileri (öz etkililik, sosyal normlar veya bilginin benzer düzeyleri gibi) veya faktörler (örneğin korkuya dayalı mesajla motivasyon veya uzman olmayan bir kişinin mesajı iletmek için tercih edilmesi).

Sağlık ve tüketiciler hakkındaki veri kaynaklarının sayısına rağmen (pazarlama amaçları ile kullanılan), bildiğimiz kadarıyla yalnızca bir tanesi (14) sağlık davranış belirleyicilerini iletişim değişkenleri ile birleştiren ABD’de üretilen ulusal veriler sağlamaktadır. Verilerin eksik olması iletişim planlayıcılarını birincil veriler

toplamaya, epidemiyolojik veriler ve pazarlama verilerini birleştirmeye veya iyileştirmeye veya hedef kitlelerinde olası iletişime ilişkin farklılıkları net olarak anlamadan müdahaleleri planlamaya itebilir. Şüphesiz, yeterli zaman ve kaynak varsa ilk seçenek tercih edilir. Sınırlı bir bütçe ve kısıtlı zamanla çalışan kişiler, çok değişkenli veri setlerinin (16-24), sağlıkla ilişkili değişkenler ve iletişim değişkenleri hakkında faydalı bilgi kaynakları olduğunu düşünecektir. Bundan dolayı araştırmacıların aşağıdakileri sağlayan veri tabanlarını birbirine bağlamak veya oluşturmak için sistematik adımlar atmalarını öneriyoruz:

- Sağlık davranış insidansı ve prevalansını anlamak için gerekli olan etiyolojik veriler. Örneğin, Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Çalışması (25), iletişimcilerin kitle iletişim müdahaleleri ile ele alınabilecek sağlık problemlerinin neden kaynaklandığını anlamalarına yardımcı olabilir.
- Planlamacıların, kitle iletişim stratejilerini homojen nüfus bölümlerinin alıcı özelliklerine nasıl uyarlanacağını anlamalarına yardımcı olan iletişim verileri.

İletişim Stratejilerinin ve Taktiklerinin Ön Testten Geçirilmesi

Hedef kitle, iletişim süreci için önemli benzer özellikleri paylaşan gruplara ayrıldıktan sonra, her parça için spesifik iletişim stratejileri ve taktikleri üretilebilir. Böyle bir stratejiyi geliştiren kişilere yaratıcı bir bilgilendirme sağlanması (her hedef kitlenin sağlığa ilişkin bilgi, tavır eylem profili ve iletişime ilişkin özellikleri) görevlerini kolaylaştırır. Mevcut araştırma, iletişim planlama sürecindeki bu aşamada iletişim stratejisindeki her değişken hakkında yönlendirme sağlarken bu değişkenlerin belli bir hedef kitle parçası için en etkin şekilde nasıl bir araya getirileceği hakkındaki araştırma çok nadirdir. Bundan dolayı, sağlık iletişimi planlayıcıları ön test adı verilen biçimlendirici değerlendirme türüne itimat etmektedir.

Kısaca ön test, her iletişim değişkeninin temsil ettiği hangi seçenek kombinasyonlarının (iletişim stratejisi) iletişim hedeflerine ulaşmada en etkili olduğuna sistematik olarak karar verme sürecidir. Bu tür biçimlendirici araştırma, iletişim stratejisi ve taktiklerinin hem temsili sunumunu hem de etkilerini incelemek için tasarlanması açısından süreç ve özetleyici araştırmaya benzer.

Aynı zamanda ön test, hangi unsurun projenin iletişim hedeflerine ulaşmaya yardımcı olduğuna ve hedef kitlenin bilgi ihtiyaçlarını karşıladığına karar vermek için iletişim stratejisinin nihai hâle getirilmesinden ve yürütülmesinden önce yapılması açısından değerlendirme araştırmasından farklıdır (26,27). Bireylerdeki değişikliklerin kitle iletişim müdahalesine doğrudan atfedilmesi zor olduğundan ön test stratejisine öncelik verilmelidir. Ön test; stratejinin, uygulanabilir olmasını da hedef kitlenin temsilcisi olan birey örnekleminde istenen kavramsal etkiyi yaratmasını ve zarar vermemesini de sağlayabilir.

Ön test zorunlu bir biçimlendirici değerlendirme metodu olarak düşünülse de uygulaması hakkında bazı sorular ortaya çıkmaktadır: yani kullanılan araştırma

metotlarının ve karar almaya yönelik karşılaştırma verilerinin kesinliği. Bu durum, özellikle kâr amacı gütmeyen ve sağlık alanında giderek artan odak grubu görüşmeleri için geçerlidir (28). Basit bir MEDLINE® araştırması, bildirilen odak grup çalışmalarında %266 artış olduğunu göstermiştir. 1988-1991 yılları arasında 45 iken, 1992-1995 yılları arasında 165'e çıkmıştır. Her ne kadar tüm araştırma metotlarının doğasında birtakım avantajlar ve dezavantajlar olsa da odak gruplarının uygunsuz kullanımı sorun yaratabilir.

Bu metot, istenen hedef kitle içinden küçük gruplarla tartışmalar içermektedir. Analiz birimi, üyeler değil; grubun kendisi olduğundan grup serileri tavsiye edilir. Çeşitli kısıtlamalardan dolayı, program planlamacıları genellikle söz konusu her parça için çok az grubu ele almaktadır. Bunun sonucunda her parça türü (örneğin siyahi kadınlar, beyaz kadınlar ve Asyalı kadınlardan oluşan gruplar) için sadece bir oturum yapılabilir. Fakat bu, araştırmadan sonuçlar çıkarmak ve gruplar arasında farklılık bulmak için yeterli değildir (28). Odak grupları kullanmadaki bir başka problem ise katılımcıların yanıtlarının sayısallaştırılmasına çalışılmasıdır (örneğin anlamayı oylamaları istenerek). Bu durum diğerlerinin verilerin, bağımsız gözlem veya orta sınır teoremi gibi nicel veri bütünlüğüne ilişkin kurallara bağlı olabileceğine inanmalarına sebep olur. Yazarlar bu tür sonuçları sayısallaştırmamaları konusunda uygulayıcıları uyarmaktadır (28-30). Çünkü okuyucuları yanlış yönlendirir ve nitel araştırmanın gerçek değerine (daha kesin veya doğru ölçüm) ve konunun daha iyi anlaşılmasına zarar verir. Sağlık iletişimi planlayıcılarının, bulgulara yüksek derecede güveni sürdürürken odak gruplarını en avantajlı şekilde kullanabilmeleri gereklidir. Grup mülakatları ile karıştırılmaması gereken odak gruplar, mesajların ön testten geçirilmesi için kullanılmamalıdır Nicel sorulara yanıt bulmak amacıyla kullanılmaları istisnadır.

Araştırmacılar, mesajların ön testini yaparken bilgi toplamak için nicel metotların yanında başka birçok nitel araştırma metotlarını kullanabilir. Bu metotlar arasında vaka çalışmaları, bire bir görüşmeler ve kayıtların özetlenmesi bulunmaktadır (31-33). Mesajları test etmek için biz çoğunlukla bire bir görüşmeleri tercih ediyoruz (veya iletişim araştırmasında genellikle adlandırıldığı gibi merkezî kesişme görüşmeleri). Bire bir görüşmelerin birçok avantajı bulunmaktadır:

- Ulaşılması güç kişilerle, onlar için uygun ve rahat yerlerde daha kolay bağlantı kurulması,
- Uygun bir yer seçilirse istenen nüfus içinde daha fazla sayıda kişiye ulaşılması,
- Maliyet etkin ve oldukça hızlı veri toplanması,
- Odak gruplarından daha büyük örneklem kullanılması ve odak gruplarında olabilecek grup önyargısını ortadan kaldırma eğilimi.

Son olarak biçimlendirici araştırmacılar bazı ön test verilerine ulaştığında, ön testi yapılmış materyallerin gerçek dünyada değişim yaratmak için yeterli performans gösterip göstermediğine karar verilmesine yardımcı olacak karşılaştırma verileri az

miktarda bulunur. Sağlık Mesajı Test Hizmeti dışında (34), çok az sayıda sağlık iletişimi programı nicel mesajlara yönelik ön test yapmış; bulgularını veya ilgili ön test verilerini yayınlamıştır. Ön test verileri ve asıl iletişim sonuçlarını bilmeden sağlık iletişimi planlamacıları, bir iletişim stratejisinin hedeflere ulaşmaya ne kadar yardımcı olabileceğini tahmin edemez. Mesajların ön testten geçirilmesini nüsha testi (copytesting) olarak adlandıran reklam dünyasında, veri eksikliğinin üstesinden gelmeye yardımcı olmak için kullanılabilecek bazı faydalı modeller bulunabilir.

Reklam ajanslarının çoğu, birtakım nüsha testi metotlarını uygulamaktadır (35) ve bu süreçte üretilen verilerin toplanması, analiz edilmesi ve kataloglanmasına yönelik pazarlama surveyans sistemleri kurmuşlardır. Yirmi bir lider reklam ajansı tarafından hazırlanan 1982 Reklam Nüsha Testi Konumlandırması (PACT) anlaşması (36), bu verilerin titiz ve sistematik olarak toplanmasını göstermektedir. PACT belgesi (36); çoklu ölçekleri, temsilci örnekleri, güvenilirlik ve geçerliliği hedefleyen 9 ilkedden bahsetmektedir. Anlaşma yayınlandığından beri, bu ilkelerin yerine getirilmesine yardımcı olmak üzere birçok araştırma şirketi kurulmuştur (37). Bu şirketler, birincil satın alma ve perakende kuruluşlara yeniden satmak üzere nüsha testi verilerini araştırır, izler ve toplar. Bu veriler, pazarlama iletişimine harcanan para için en etkili ve verimli iletişim stratejisinin belirlenmesine yardımcı olur.

Tüketici geri çağırma ve satın alma verileri gibi sonuçlar, perakende pazarlama dünyasında kolaylıkla değerlendirilip toplanırken sağlık iletişimi faaliyetlerinin kavramsal sonuçları ve davranış sonuçlarını değerlendirmek o kadar kolay değildir. Bundan dolayı, kitle iletişim araçlarına dayalı sağlık iletişimi kampanyalarında, genellikle oldukça kısıtlı verilere dayalı ve en iyi durumda bile güncel bilgi ve karşılaştırma verileri olmadan biçimlendirici kararlar alma konusunda zorlukla karşılaşılır. Bununla birlikte yukarıda belirtildiği gibi sağlık iletişimi planlayıcıları, bugünün sağlık problemlerinin sebeplerini ortadan kaldırmak için en iyi mesajları sunmak istiyorlarsa zayıf ve yetersiz programları uygulanmadan önce belirlemek ve iyileştirmek için özel sektör tarafından kurulanlara benzemeyen, zamanında karşılaştırma veri sistemlerine ihtiyaç duymaktadır.

Süreç Değerlendirme Konuları

Genel olarak süreç değerlendirmesi, bir programın planlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığını belirler (27); yani bir medya sağlık iletişimi kampanyasının ne kadar iyi uygulandığı ve hangi koşullar altında uygulandığı ve mesajın iletildiği hedef kitlenin büyüklüğü. Bu tür bir değerlendirmenin planlanması ve uygulanmasında; değerlendirmenin kullanılması, teorik düşünceler ve neden-sonuç yorumları gibi birtakım konular ve değerlendirme esnasında müdahalenin değiştirilip değiştirilmeyeceği konusu ele alınmalıdır.

Fayda

Paydaşların, kampanyaların istenen etkileri hakkında veri almak istemeleri birçok değerlendirmecinin program sonuçları ile meşgul olmasına (38-40) ve böylece

kontrollü deneysel metotlara daha fazla dayanmalarına yol açmaktadır (bk. Fasıl 1-3). Bu metotların çekici özelliği, kampanyaların net etkilerini kampanyanın nasıl çalıştığını anlamadan tahmin etmek için kullanılabilmeleridir (41). Böylece değerlendirmeciler; etkilere yönelik talepleri, bunları üreten program mekanizmalarını dikkatlice ele almadan süreç değerlendirmesi vasıtasıyla karşılayabilir.

Bu şekilde çalışmanın dezavantajı, paydaşların buna göre hareket edecekleri çok az bilgi edinmeleridir (38). Yani deneysel bir değerlendirme bir müdahalenin istenen etkileri ürettiğini gösterse de uygulama süreçleri için resmî bir süreç değerlendirmesi yapılmazsa programı iyileştirmeye yönelik eylem için çok az bir temel olur. Çünkü paydaşlar, sonuçları neyin ürettiği hakkındaki bilgilerden yoksun olur (38). Örneğin, belli bir topluluktaki yetişkinler arasında orta düzey fiziksel aktiviteyi artırmak için bir kamu hizmetleri reklam (Public Service Advertisement-PSA) kampanyasının değerlendirilmesi; hedef kitlenin ne kadarının bu reklamlara maruz kaldığını belirlemeye dönük surveyans içermez, gözlenen etkilerin müdahaleye bağlanması imkânsızdır. Weiss (42) bu konuda şöyle der:

Programın ezber, psikoanaliz veya kara büyü kullanması fark eder mi? Böyle bir yaklaşıma sempati duyan değerlendirmeciler vardır. Bu değerlendirmeciler, programı bir “ilişki” olarak düşünmekte, içeriği ise onları ilgilendirmemektedir; etkileri keşfetmekle görevlidirler. Ancak, değerlendirmecinin programın ne olduğu hakkında bir fikri yoksa doğru soruları soramaz.

Süreç değerlendirmesi olmadan kötü bir kampanya ile kötü uygulanan bir kampanya arasında ayırım yapılamaz. Eğer etkiler kampanya süreçlerini değiştirmek, güçlendirmek ve gerekirse son vermek vasıtasıyla etkileri iyileştirmeye çalışıyorsa bu durum özellikle doğrudur. Özetle en iyi değerlendirme hem süreçleri hem de etkileri ele alan değerlendirmedir.

Teorik Düşünceler ve Sebep Sonuç İlişkileri

Her ne kadar hem süreç değerlendirmesinin hem de özetleyici değerlendirmenin önemli olduğu kabul edilse de bu değerlendirmeler, bazen sanki bağlantıları yokmuş gibi bağımsız yapılır. Bunun sonucunda etkinlik sonrası ‘kes-yapıştır iş’ (cut-and-paste job) ortaya çıkar: Süreç ve sonuç belirleyicileri üzerine veriler toplandıktan sonra değerlendirmeciler etkileri spesifik süreçlere bağlamaya çalışır. Bunu önlemek için değerlendirmeciler, önceden program süreçleri ve istenen sonuçları arasındaki bağlantıları betimlemelidir. Bunun önemini açıklayan Patton (38), Weiss (40) ve Chen (41) değerlendirmecilerin, bir kampanyanın eylem teorisini değerlendirmeye başlamadan önce tanımlaması gerektiğini belirtmektedir. Değerlendirmeye başlamadan önce değerlendirmeciler önemli her müdahale sürecini (bağımsız değişken) istenen her sonuca (bağımlı değişken) net olarak bağlamalıdır. Bu yaklaşıma genellikle teoriye dayalı değerlendirme adı verilir (41) (bk. Fasıl 4).

Teoriye dayalı değerlendirmede amaç programın alt bileşenlerini incelemek ise karşılaştırma standardı, programın teorisi veya alt teorileridir. Bundan dolayı bu tür bir

değerlendirmenin ilk aşaması, teorinin kurulmasıdır. Bunun için program teorilerinin ne olduğunun ve bunların en iyi nasıl oluşturulacağının bilinmesi gerekir. Farklı alt bileşenlerin (Chen'in (41) dediği gibi program teorisinin alanları) örneğin program teorisinin oluşturulması, sunulması, maliyet veya etkilerinin ne olduğunu öğrenmek için değerlendirilecek her program alanına yönelik ayrı bir altteori kurulmalıdır. Chen (41) program teori alanlarının bağımsız olarak ele alınabileceğini (temel türler olarak) veya kombinasyon içinde (bileşik türler olarak) ele alınabileceğini söyler. Kısaca, değerlendirmeci; teoriye dayalı değerlendirme için seçilen her temel veya bileşik alan için her biri karşılaştırma standardı görevi görecektir şekilde ayrı bir teori geliştirmelidir.

Program açısından ne olması gerektiği ile ne olduğunu karşılaştırma fikrini veya bir problem teorisini; teoriye dayalı değerlendirmeye keşfedilen gerçek ile karşılaştırma oldukça basittir. Daha zor olanı, bir programın nasıl çalışması gerektiğini ve programın ortadan kaldırmak için tasarlandığı sorunların doğasını doğru şekilde yansıtan bir problem teorisi veya program eylem teorisinin (standart karşılaştırma) nasıl kurulacağına karar verilmesidir. Neyse ki bu sürece yardımcı olmak için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir (40,43,44). Bu stratejiler; kullanıcıların sistematik olarak program geliştirilmesi, uygulanması ve sebep-sonuç ilişkileri, teorileri ve altteorileri kurmalarına yardımcı olur. Bu teoriler, kampanya faaliyetlerinin istenen etkileri nasıl getirmesi gerektiği ve aslında ne olduğu arasındaki uyumsuzluk ve uygunluğu belirlemek için değerlendirme verilerinin karşılaştırılabilirliği standart görevi görür (44).

Değerlendirme Esnasında Müdahalenin Değiştirilmesi

Değerlendirme, paydaşların bir programı iyileştirmek amaçlı karar almasını sağlamak için tasarlanmış yinelemeli bir süreçtir. Burada altta yatan varsayım, bu geri bildirim değişim ihtiyacını gösteriyorsa programın değiştirilmesi gerektiğidir. Bu durum özellikle, geri bildirim hızlı bir şekilde yanıt vermeyi amaçlayan sosyal pazarlama programları için geçerlidir. Ancak bir programı değiştirmek, müdahale sabitini değerlendirme süreci boyunca tutmak veya standart hâle getirmeye yönelik bilimsel kural ile çatışmaktadır.

Bu ikilemi çözmek için değerlendirmeciler ve program uygulama personeli, en başından geri bildirim verme planı yapmayı ve uygunsa programda değişiklik yapmayı kabul etmelidir. Bulguların geçerliliğine yönelik tehlikeler; kampanya süreçlerindeki değişikliklerin belgelenmesi, bu değişiklikleri açıklamak için süreç değerlendirme izleme protokollerinin değiştirilmesi ve uygulama sürecinde önemli değişiklikler yapmadan önce ve sonra kilit sonuç değişkenleri üzerinde ölçüm yapılması ile en aza indirilebilir. Böylece planlayıcıların programı iyileştirmek için zamanında ve uygun geri bildirim kullanmasına olanak sağlanırken kampanya süreçlerindeki değişikliklerden meydana gelebilecek etkileri algılamak için de gerekli tutarlılık sağlanır.

Özetleyici Değerlendirme Konuları

Özetleyici değerlendirme, medya iletişim programının istenen hedef kitleye ulaşip ulaşmadığını ve paydaşları memnun edecek şekilde etki ve sonuç hedeflerine ulaşip ulaşmadığını değerlendirir. Bu kısımda bu konularla ilgili sorunlar ele alınmaktadır.

Hedef Kitleye Ulaşılmasının Değerlendirilmesi

Bir mesajın istenen etkiyi yaratması için alıcıların öncelikle buna erişmesi gerekir (5). Bundan dolayı, özetleyici bir değerlendirme iletişimin başlangıçtaki etkisini araştırmalıdır: istenen hedef kitlenin istenen mesaja dikkat edip etmediği. Program planlandığı gibi uygulansa ve istenen etkiler meydana gelse bile kampanyanın istenen hedef kitleye ulaştığına dair kanıtlar olmadan bu etkiler müdahale ile bağdaştırılamaz.

Bu soruya yanıt vermek için gerekli ilk adım, mesajın yayınlanıp yayımlanmadığı ve kaç defa yayınlandığının belirlenmesidir. Ücretli reklam karşılanabilirse bu büyük ölçüde basitleştirilebilir. Çünkü mesajın yayınlanma zamanı, yeri ve sıklığı kontrol edilebilir. Bununla birlikte maliyet gibi birçok sebepten dolayı kamu sektöründe sağlık iletişimcileri ücretli reklamı nadiren kullanmaktadır.

Ücretli reklam seçeneği yoksa sağlık iletişimcileri üreticiye maliyetsiz olarak iletilen kamu hizmeti reklamına (PSA) güvenmektedir. Ne yazık ki kamu hizmeti reklamları ABD’de çeşitli televizyon ve radyo istasyonlarındaki kamu hizmeti direktörlerinin kararı ile yayınlanmaktadır. Bu durum, yayınlanmanın izlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu zorlukların üstesinden gelmeye yönelik çabalar arasında, reklamları ve kamu hizmeti reklamcılığını izleyen hizmetlere güvenmek bulunmaktadır. Örneğin bir medya servisi, ABD’deki 211 pazarın hepsinde 1100’den fazla yayın istasyonunda (40 İspanyolca yayın yapan istasyon dâhil) ve 28 ulusal kablo ağında, kamu hizmeti reklamı yayınlarını belirleyen bir izleme hizmeti vermektedir. Bu hizmet; bir kamu hizmet reklamının ne kadar oynadığını, oynadığı pazarları, istasyon çağrı harflerini, yayınlanma tarihi ve zamanını doğrular. Bu izleme 7 gün 24 saat devam eder.

CDC medya kampanyalarımızın yol açmış olabileceği radyo televizyon ve yazılı basın geniş erişimi hakkında fikir edinmek için biz her ikisini de izlemekteyiz. Radyo televizyon yayını izlemek için bir hizmet, yazılı basını izlemek için başka bir hizmetten yararlanıyoruz.

İlk hizmet, 300 yerel televizyon istasyonu ve 50 network ve kablolu kanal dâhil olmak üzere en iyi 46 medya pazarındaki haberleri ve kamu işleri hakkındaki programları izlemektedir. Ayrıca en iyi 15 medya pazarındaki 60 radyo istasyonunun yaptığı bazı radyo haber programlarını da izlemektedir. İkinci hizmet, coğrafi alanlara göre gruplanan haber kaynakları kombinasyonundan oluşan bölgesel bir haber kütüphanesini sürekli olarak güncellemekte ve sürdürmektedir. ABD’deki 125’ten fazla bölgesel haber kaynağının tam metnini, farklı şehirlerdeki 2 gazeteden özetleri, bazı belgeleri ve bir telgraf hizmetinden materyalleri içermektedir.

Bu 3 hizmet birlikte hem radyo televizyonun hem de yazılı basının genel erişim

alanını tahmin etmemizi sağlamaktadır. Bu verilerle, kampanyanın sonunda tamamlayıcı medyanın daha fazla kişiye ulaşp ulaşmadığının belirlenmesi yanında, kamu hizmetleri reklamının ne zaman ve nerede yayınlandığı da belirlenir. Ancak bu hizmetler ve ürettikleri veriler; kampanyanın kilit mesajlarını kimin dinlediğini, anladığını ve kimlerin buna uyduğunu göstermez. Bunun için daha fazla hedef kitle araştırması yapılmalıdır.

ABD’de ulusal sağlık iletişimi kampanyasının bir parçası olarak ana bir mesaj yayını kimin izlediğini veya izleyenlerin buna dinleyip dinlemediklerini belirlemek için her televizyon piyasasında randomize seçilen hanelerde yaşayan bireylerin (100,000’den fazla) izleme davranışları hakkında bilgi üreten Nielson Station İndeks gibi hizmetler kullanılabilir. Bu İndeks, izleyenleri yaşlarına ve cinsiyetlerine göre demografik olarak karakterize eder. Katılımcılar evlerinde her televizyon için günlük tutar, izledikleri programları ve ne kadar izlediklerini, programın yayınlandığı kanalı ve yayın tarihi ile zamanını kaydeder. Televizyon piyasası örnekleminde hane izleme etkinliklerini elektronik olarak kaydeden düzenden elde edilen veriler, günlükteki verileri doğrulamak ve ayarlamak için kullanılır.

Belli bir mesajı izlemiş olabilecek hedef kitleyi daha fazla karakterize etmek için ABD’de çeşitli yerlerde yaşayan insanların demografik veya psikografik profillerini temsil eden semt kümelerinde toplanan coğrafi ve psikografik verilerle İndeks verileri birleştirilebilir. Bu verilerin İndeks verileri ile birleştirilmesi, söz konusu mesajı izleyen kişilerin psikografik özelliklerinin dolaylı olarak tahmin edilmesini sağlar. Örneğin kümeleme analiz sistemi vasıtasıyla (belki de coğrafi psikografik veri kümelerinin en önemli satıcısı olan) bir şirket, 6 kriter faktörüne dayalı olarak 62 hedef kitle dilimine ayırdığı haneler hakkında bilgi sağlar. Bu kriter faktörleri şunlardır: sosyal sınıf, hane bileşimi, ikamet hareketliliği, etnik köken, kentleşme ve barınma türleri. Bu veri tabanı ayrıca medya alışkanlıkları, büyük ve küçük satın alma modelleri, siyasi inançlar, coğrafi alan ve demografik faktörler içerir. Çeşitli veri setlerinin birleştirilmesi, kimin neyi ne zaman izlediğinin dolaylı olarak tahmin edilmesini sağlar.

Ancak, bu hedef kitlenin mesajları anlayıp anlamadığı veya dinleyip dinlemediği hâlen bilinmemektedir. Bunu belirlemeye yönelik bazı yaklaşımlar şunlardır: hedef kitlenin bir kampanyaya yönelik farkındalığını belirlemek için genel bir nüfus araştırmasının yapılması, çok amaçlı bir ankete ilgili spesifik soruların eklenmesi, ulusal olasılık örneklem anketlerinde toplanan verilerin kullanılması ve (etiketlenen bir mesajın yayınlanmasından hemen sonra çok sayıda çağrı gelmesinin, hedef kitlenin mesajı dinlediğini gösterdiği varsayımından hareketle) izleyicileri daha fazla bilgi almak için belli bir numarayı aramaya motive etmek için tasarlanmış olan televizyonda yayınlanan bir mesaja etiket eklenmesi. Arayanlara yöneltilen sorular, mesajı dinleyen kişilerin gerçekten anlayıp anlamadığının belirlenmesine yardımcı olur. CDC tüm bu özetleyici değerlendirme yaklaşımlarını, CDC’deki Ulusal AIDS Bilgi ve Eğitim Programı tarafından yürütülen HIV/AIDS sağlık iletişimi çalışmalarının erişim alanını izlemek amacıyla kullanmaktadır (45).

Elektronik medya ile izlemeye ilişkin olarak gazete ve dergilerdeki mesajlara, özellikle broşürler, afişler, posterler ve ilan panosu gibi tamamlayıcı materyallere kimlerin maruz kaldığının belirlenmesinde oldukça yaratıcı olunmalıdır. Bu genellikle yüksek finansal maliyetler ve iş gücü maliyetleri içerir.

İstenen Etkilerin Değerlendirilmesi

Flay ve Cook (46), sağlık iletişimi programlarının etkilerine ilişkin özetleyici değerlendirmeler yapmak için kullanılan 3 model belirlemiştir: reklam, etki izleme ve deneysel model. İlk model en çok kullanılan modeldir. Program uygulanmadan önce ve program uygulandıktan sonra birer temel araştırma yapılmasını kapsar. Kanser Önleme Farkındalık Kampanyası'nın (47) değerlendirilmesi, bu yaklaşımı temsil eden bir örnektir. Çok kanallı bir kanser önleme kampanyasının başlatılmasından önce ve uygulanmasının ardından bir yıl sonra ulusal olasılık araştırmaları yapılmıştır. Materyaller arasında kitapçıklar, radyo ve televizyondaki kamu hizmeti reklamları ve özel etkinlikler bulunmaktadır. Değerlendirmede, kanser hakkındaki risk faktörlerine ilişkin bilgi ve endişelerin kampanya öncesinde ve sonrasında karşılaştırması yapılmıştır. Bu değerlendirme modeli basittir ve kontrol gruplarının eksikliğinin, kampanya ve sonuçları arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi kurulmasını engellemesinden dolayı genellikle eleştirilmektedir.

Etki izleme modelinde, bir sağlık iletişimi kampanyasının etkilerini ve sonuçlarını izlemek için yönetim bilgi sisteminden düzenli olarak alınan veriler kullanılır. Örneğin ABD'de AIDS karşıtı kampanyaya yönelik değerlendirmenin bir parçası olarak CDC; yıllık sağlık anketlerinden; bilgi, tavır ve davranış ölçümlerini incelemiştir. Bu yöntem, kolay ve maliyet etkindir; ancak genellikle yalnızca davranış sonuçlarını ölçer ve sıklıkla, başarı ve başarısızlıkların sebebini açıklayan bilgileri sunamaz.

Deneysel model, biri kontrol grubu olan 2 veya daha fazla eş değer grubu karşılaştırır. Sigarayı bırakmaya ilişkin bilgi vermek için küçük çocuğu olan kadın sigara tiryakilerine ulaşmak amacıyla tasarlanan sigara karşıtı bir kampanyada bu değerlendirme modeli kullanılmıştır (48). Kampanyada, sigara içen anneleri, sigaraya bırakma konusunda bilgi almak için Ulusal Kanser Enstitüsü Kanser Bilgi Hizmetlerini aramaya teşvik eden, profesyonel olarak üretilmiş radyo-televizyon ve basılı materyaller kullanılmıştır. Ücretli reklam kullanılması, medya mesajlarının dikkatlice yerleştirilmesine olanak sağlamıştır. Delaware, New York ve Pennsylvania eyaletlerindeki on dört medya pazarı, büyüklüklerine göre eşleştirilmiş ve her çiftten birine randomize olarak deneysel gruplar ve kontrol grupları tahsis edilmiştir. Kampanyaya verilen yanıtlar, Kanser Bilgilendirme Hizmeti ofislerine medya pazarlarında ikamet eden sigara tiryakilerinden genel çağrılar izlenerek ölçülmüştür. Bu modelin genellikle en özenli yöntem olduğu düşünülür; ancak bu model, dağınık bir sosyal süreci değerlendirmede yetersiz olarak görülmektedir (49).

Uygun bir değerlendirme modelinin seçilmesi, sağlık iletişimi kampanyasının nasıl çalıştığına bağlıdır. Hornick (49) randomize kontrollü deneysel tasarıma karşı iyi bir argüman sunmaktadır: Stanford 3 ve 5 Şehir (three- and five-city)

Çalışmaları, Minnesota ve Pawtucket Kalp Sağlığı Programları ve COMMIT gibi iyi bilinen topluma dayalı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarına atfedilen sınırlı etkiler; Ulusal Yüksek Tansiyon Eğitim ve Kontrol Programı, 1967 ile 1970 yılları arasında televizyonda yayınlanan orijinal sigara karşıtı reklam kampanyası, ABD’de AIDS salgını hakkında halkın bilgilendirilmesi ve Kaliforniya’da süren sigara karşıtı kampanya ile karşılaştırmıştır. Yazar; etkilik konusundaki bu şaşırtıcı zıtlığı, araştırma tasarımıyla kaynaklanan kısıtlamalara bağlamıştır. Kontrol topluluklarında bir sağlık konusu hakkında arka plan bilgisi meydana gelmediğini düşünmek oldukça yanıltıcıdır; işlem toplulukları bu konular hakkındaki mesajlara bir miktar daha fazla maruz kalmış olabilir. Örneğin Stanford, işlem topluluklarında beş yıl içinde kalp hastalıkları mesajlarına ortalama 25 saat maruziyet sağladığını iddia etmiştir. Bu tahminler, kampanyayla teşvik edilen beş davranışın her birinde çoğu insanın yıllık bir saatlik mesaj aldığını göstermektedir. Hornick (49), bu sınırlı maruziyeti, karmaşık sosyal yayılma eylemini temsil eden daha yoğun ölçekli Ulusal Yüksek Tansiyon Eğitim ve Kontrol Programı ile karşılaştırmaktadır: kasıtlı iletişim mesajları, ardından gelen konuşmalar, diğer basın kaynaklarında yer alma ve kurumlara talep. Sağlık kurumları farklı tavsiye ve işlemler sunar. İşletmeler yeni ürünler sunar ve farklı çıkarların reklamını yapar. Politik kurumlar, sağlık davranışını desteklemek için kamu politikasını değiştirir. Hornick, iletişimin bir ilaç değil sosyal bir süreç olduğunu ve böyle değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Hornick’in düşüncesi, diğer müdahale bileşenlerinin iletişim etkilerini anlamadaki veya çeşitli iletişim faaliyetlerinin etkilerini anlamadaki zorluğu artırmaktadır. Karmaşık bir sosyal sürecin meydana geldiğini varsayarak bu yaygınlaştırma eylemini ölçmek için ya sofistike araçlar geliştirilmeli ya da müdahalenin bireysel bileşenleriyle bağdaştırmadan genel etkilerini değerlendirmekle yetinilmelidir. Uygulayıcıların rutin kampanya değerlendirmelerinde sadece ikincisini yapmalarını beklemek mantıklı olabilir. Ancak sağlık iletişimi araştırmacılarından bu karmaşık sosyal yaygınlaştırma sürecini ve bireysel iletişim bileşenlerinin buna nasıl katkıda bulunduğunu anlamak için çalışmalar tasarlamalarını istemek mantıklı olabilir.

Her şeyden öte, hangi ürünün her durumda kullanımının en etkili olduğunu anlamak amacıyla kitapçık, kamu hizmeti reklamları ve posterler gibi bireysel iletişim ürünlerinin etkilerini karşılaştırmaya çalışan özenli, kontrollü deneysel çalışmalar tasarlama çabasına karşı konmalıdır. Bu tür bir değerlendirme; birden fazla mesaj ve kanalı tavsiye eden ve kampanya geliştirme aşamasının başında yapılan biçimlendirici araştırmanın, doğru kaynaklarla ve doğru zamanda verilen doğru mesajlarla doğru hedef kitleye ulaşmak için doğru kanalları bulmanın en iyi yolu olduğuna dikkat çeken araştırma ve uygulama literatürü ile çelişmektedir.

Uygun bir değerlendirme tasarımı seçildikten sonra bile sağlık iletişimi kampanyalarının özetleyici değerlendirmelerinde bazı ciddi metodolojik sorunlarla karşılaşılır. En çok karşılaşılan sorunlar arasında ölçme ve örnekleme problemleri bulunmaktadır.

Ölçme Problemleri

Müdahalelerin sağlık iletişimi bileşenlerinin genellikle çeşitli hedefleri bulunmaktadır. En önemli ölçme problemlerinden biri, hangi etkilerin ölçüleceğine karar verilmesidir. Değerlendirmeci; kavrama, tavır değişikliği veya davranış değişikliğini mi ölçmektedir? Ölçme bu zincirde ne kadar uzun devam ederse etkilerin o kadar önemli olacağı söylenebilir. Bununla birlikte zincir boyunca daha fazla ölçüm yapıldığında, dış değişkenlerin etkilerinin kontrol edilmesi ve mesajların potansiyel etkileri azalır. Örneğin, sigarayı bırakan bir kişi için doğrudan sebebin sigara karşıtı bir kamu hizmeti reklamı olduğunu varsaymak gerçekçi midir? Şüphesiz, nedensel zincir bundan daha karmaşıktır. Buna ek olarak sağlık mesajlarında savunulan birçok davranış değişikliğinin doğrudan gözlemlenmesi imkânsızdır. Örneğin, yüksek tansiyonu olanların ilaç kullanımı veya bir kadının kendi kendine meme kontrolü yapması nasıl gözlemlenebilir? Bu gibi durumlarda, kendi kendine bildirim dayalı davranış ölçülür. Bu ölçüm, sosyal olarak istenen davranışı bildirme eğiliminden dolayı hatalı olma eğilimindedir. Bazı değerlendirmeler öz bildirim dayalı ölçümleri davranış verileri veya fizyolojik verilerle doğrulayabilir. Örneğin, sigarayı bırakma çalışmaları genellikle öz değerlendirmeye dayalı ölçümlerinin bir kısmını tükürük testi veya sigarayı bırakma programındaki katılımcıların sigara içme davranışlarını gözlemlemek isteyen kişilerden elde edilen verilerle doğrular.

Sağlık iletişimi programlarının özetleyici değerlendirmelerinin çoğu, mesajlardan ne hatırladıklarını kişilere sorarak mesajlara maruziyeti ölçmeye çalışır. Yardımsız hatırlama (unaided recall) genellikle hedef kitle maruziyetinin yapay olarak düşük bir tahminini üretir. Birçok değerlendirmeci, yardımcı hatırlamanın (aided recall) bir şeklini kullanmaktadır: Kişiye mesaj hakkında bazı bilgiler verip daha sonra kişinin bunu duyduğunu veya gördüğünü hatırlayıp hatırlamadığını sorarak yapılır. Ancak yardımcı hatırlama yöntemi kullanıldığında maruziyet bildiren kişi sayısında artış meydana gelir. Çünkü yanıt veren kişiler, istenen cevap olduğunu düşündükleri cevabı vererek yardımcı olmaya çalışır. Fazla bildirimi önlemek için değerlendirmeciler genellikle mesajın sözlü tanımını ister. Yalnızca tanımları açık bir şekilde mesaja bağlanabilen kişiler, maruz kalmış olarak belirlenir. Bu yaklaşımda yanıt veren kişilerin sınıflandırılması için titiz kodlama prosedürleri gerekmektedir.

Biz ölçme konusunda bir uzlaşma yapılmasını öneriyoruz: yardımsız soruların ardından yardımcı birtakım soruların kullanılması. Fazla bildirimden kaynaklanan tahmini hata büyüklüğü, reklama maruz kalmamış (kontrol durumunda) kişiler arasında bildirilen (yapay) farkındalığın ölçülmesine bağlı olarak veya sahte (*bogus*) mesajlara yönelik bildirilen farkındalığa dayalı olarak hesaplanabilir.

Örnekleme Problemleri

Kitle iletişim araçları ile sağlık iletişimi kampanyalarının çoğunda seyircilerin belli bir kısmı hedeflenirken değerlendirme genellikle bu kısımla sınırlı değildir. Kampanya sonrası bir değerlendirme için örnekleme yapılırken mamografi çekirtmemiş kadınlar, yüksek tansiyon ilaçlarını düzenli olarak almayan insanlar veya emniyet kemeri takmayan kişiler nasıl bulunabilir? Bazı demografik veriler mevcut olsa

da bunlar hedef kitleyi tam olarak tanımlamaktan uzaktır. Bu mesajların çoğuna az maruz kalınması (%10 kadar), hedef kitlenin belirlenmesindeki zorluğu artırır. Sonuç olarak randomize her 1000 örnekte mesajı gördüğünü hatırlayan yalnızca 100 kişi çıkabilir ve bunların arasında mamogram çektirmemiş; ancak bunu tavsiye eden mesajları gördüğünü hatırlayan çok daha az sayıda kadın bulunur. Sağlık mesajlarının etkililiğini ölçmek için kullanılan anketlerin çoğunda yanıt veren kişilerin dikkatlice taranması gereklidir ve bu da oldukça zaman alan ve maliyetli bir süreçtir.

Tartışma

İletişimin halk sağlığı müdahalelerindeki değişik rolleri, sağlık iletişimi kampanyalarını değerlendirme konusunda birtakım sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu fasılda bu konular ele alınmış ve bunları biçimlendirici, süreç ve özetleyici değerlendirme vasıtasıyla çözmek için birtakım yollar sunulmuştur.

Sağlık iletişimi kampanyalarına yönelik biçimlendirici değerlendirme, en etkili iletişim stratejilerini oluşturmaya ve daha sonra etkililiklerini tahmin etmek üzere bunları test etmeye yardımcı olur. Bu değerlendirme, hedefkitlenin homojen kısımlara ayrılmasını ve daha sonra kampanya mesajlarını ve uygulamayı daha iyi uyarlamak için bu kitlenin özelliklerinin belirlenmesini ve profilinin çıkarılmasını kapsar. Bu profiller, en iyi şekilde, kitle iletişimi ile azaltılabilecek sağlık sorunlarının dağılımı ve belirleyicileri hakkındaki etiyolojik verileri ve planlamacıların iletişim stratejisinin hedeflediği her hedef kitle ile en iyi nasıl iletişim kurulacağını anlamalarına yardımcı olacak değişken bilgilerini kapsayan veri setlerinden yararlanarak yapılabilir (50).

Uygulamadan önce biçimlendirici değerlendirme yapılması, iletişim stratejisinin uygulanabilir olmasını ve hedef kitlede istenen etkileri üretmesini ve hedef kitleye zarar vermemesini sağlamaya yardımcı olur. Ön test, kaçınılmaz olmakla birlikte kullanımı hakkında bazı sorular akla gelmektedir: Hangi araştırma metodları, nasıl kullanılmalıdır? Biçimlendirici değerlendirmecilerin, ön test için en uygun nicel ve nitel yöntemleri çok dikkatli seçmelerini ve bunları teknik açıdan kabul edilebilir bir şekilde uygulamalarını tavsiye ediyoruz.

Kitle iletişim araçları vasıtasıyla sağlık iletişimi kampanyaları başlatıldıktan sonra, süreç değerlendirmesi ile programın nasıl gittiği değerlendirilir. Bu bilgi olmadan programın istenen etkileri yaratıp yaratmadığına ve varsa hangi konuların değiştirilmesi veya ortadan kaldırılması gerektiğine karar verilemez. Asıl performansla karşılaştırma yapmak amacıyla programın istenen etkiyi nasıl getireceğini açıkça belirten modeller oluşturmak için teoriye dayalı değerlendirme ilkelerinin uygulanmasını tavsiye ediyoruz. Ayrıca sağlık iletişimi araştırmacıları, kitle iletişim kampanyasında meydana gelen karmaşık sosyal yaygınlaştırma sürecini anlamak için çalışmalar tasarlamalıdır. Böylece sistematik olarak bireysel iletişim bileşenlerinin kampanya sürecine nasıl katkıda bulunduğunu görebilirler.

Bir program devam ederken etkililiğini belirlemek için süreç değerlendirmesi kullanılabilir. Böylece istenen sonuçların meydana gelme olasılığını artırmak

için programın ortasında değişiklik yapılabilir. Bir programın uygulayıcıları ve değerlendircileri, maksimum uygunluk, etkililik ve verimliliği sağlamak için en başından bir geri bildirimde bulunma ve aydınlatılmış değişiklikler yapma planı üzerinde mutabakata varmalıdır.

Özetleyici değerlendirmede, bir medya kampanyasının istenen kitleye ulaşım ulaşmadığına ve hedeflerine ulaşım ulaşmadığına karar verilir. Ancak bu değerlendirme türünü karmaşık hâle getiren çeşitli faktörler vardır.

İlk olarak mesajların yayılıp yayılmadığı izlenebilmekle birlikte, hedef kitlenin bu mesajlara maruziyetini ve bu mesajları dinleyip dinlemediklerini değerlendirmek daha zordur. Örneğin ulusal bir medya kampanyasında kamu hizmetleri reklamında bir radyo televizyon doğrulama şirketi, mesajlara maruziyetin belirlenmesine yardımcı olabilir. Seyircinin bu mesajları dinleyip dinlemediğini tespit etmek için ulusal olasılık örneklem anketlerinde toplanan verilere dayalı olarak veya izleyicilerin daha fazla bilgi almak için belli bir numarayı aramaya özendirilmesi için tasarlanan kamu hizmet reklamlarında etiketler kullanarak araştırma yapılması gerekmektedir.

Kampanya mesajlarının istenen etkileri yaratıp yaratmadığını belirlemek için reklam, etki izleme veya deneysel modeller kullanılabilir. İki anketi olan reklam modeli en çok kullanılan modeldir; ancak kontrol grubu olmamasından dolayı eleştirilmektedir. Etki izleme modelinde davranış etkilerini izlemek için yönetim bilgi sisteminden düzenli olarak alınan veriler kullanılır. Bu metot, kolay ve maliyet etkin olmakla birlikte, başarı ve başarısızlığın sebebini açıklayacak bilgileri sağlamaz. Deneysel modelde 2 veya daha fazla sayıda eşit deneysel ve kontrol grupları karşılaştırılır. Bu yöntem, kusursuz değildir; çünkü kontrol topluluklarında arka alan bilgisi olmadığı varsayımından hareket eder; bu da gerçekçi olmayan bir inançtır.

Özetleyici bir değerlendirme tasarımı seçildikten sonra bile birçok endişe ortaya çıkabilir. Anketler kullanılırken özellikle sosyal olarak istenen davranış incelerken fazla bildirim olabilir. Örneğin emniyet kemerleri hakkında kamu hizmeti reklamlarını gördüklerini söyleyen sürücüler, emniyet kemeri kullanmadıklarını kabul edecek midir? Ayrıca kampanya sonrasında hedefkitlenin belirlenmesinde de zorluklar vardır. Maruziyet düşük olabilir; birçok insan mesajı gördüğünü hatırlamayabilir ve bazı insanlar istenen davranış edinmemişlerse mesajı gördüklerini kabul etmeyebilir.

Kitle iletişim araçları ile yapılan sağlık iletişimi kampanyalarının biçimlendirici, sürece dönük ve özetleyici değerlendirmeleri yapılırken dikkat edilmesi gereken konuları belirledik ve bunları tartıştık. Bu sorunlar ve çözüm önerilerimiz; sağlığı güçlendirici davranış ve çevreyi teşvik etmek için kitle iletişim araçları kullanılarak yapılan sağlık iletişimi kampanyalarını iyileştirmeyi hedefleyen değerlendirmelerin kavramsallaşması, planlanması ve uygulanması ve geri bildirim yapılmasında daha fazla gelişme yapılmasına yönelik bir temel sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. MCGINNIS, J.M. & FOEGE, W.H. Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270(18): 2207-2212 (1993).
2. ROGERS, E.M. & STOREY, J.D. Communication campaigns. In: Berger, C. & Chaffee, S., ed. *Handbook of communication science*. Newbury Park, Sage Publications, 1987.
3. FLORA, J.A. & MAIBACH, E.W. Cognitive responses to AIDS information: the effects of issue involvement and message appeal. *Communication research*, 17(6): 759-774 (1990).
4. FLAY, B.R. ET AL. Mass media in health promotion: an analysis using extended information-processing model. *Health education quarterly*, 7(2): 127-147 (1980).
5. McGUIRE, W.J. Theoretical foundations of campaigns. In: Rice, R.E. & Atkin, C.K., ed. *Public communications campaigns*, 2nd ed. Newbury Park, Sage Publications, 1989, pp. 43-65.
6. SUTTON, S.M. ET AL. Strategic questions for consumer-based health communications. In: *5 a day for better health: NCI media campaign strategy*. Washington, DC, National Cancer Institute, 1993, pp. 1-12.
7. GORN, G.J. The effects of music in advertising on choice behavior: a classical conditioning approach. *Journal of marketing*, 46: 94-101 (1982).
8. MESSARIS, P. *Visual persuasion*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1997.
9. DONOHEW, L. ET AL. Sensation seeking and targeting of televised antidrug PSAs. In: Donohew, L. et al., ed. *Persuasive communication and drug abuse prevention*. Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, 1991, pp. 209-226.
10. PROCHASKA, J.O. ET AL. *Changing for good*. New York, Avon Books, 1994, pp. 287-289.
11. BACKER, T.E. ET AL. Generalizations about health communication campaigns. In: *Designing health communication campaigns. What works?* Newbury Park, Sage Publications, 1992, pp. 30-32.
12. PETTY, R.E. ET AL. Central and peripheral routes to advertising effectiveness: the moderating role of involvement. *Journal of consumer research*, 10(2): 135-146 (1983).
13. ATKIN, C.K. & FREIMUTH, V. Formative evaluation research in campaign design. In: Rice, R. & Atkin, C.K., ed. *Public communication campaigns*, 2nd ed. Newbury Park, Sage Publications, 1989, pp. 131-150.
14. MAIBACH, E.W. ET AL. Translating health psychology into effective health communication. The American Healthstyles audience segmentation project. *Journal of health psychology*, 1(3): 261-277 (1996).
15. SLATER, M.D. Theory and method in health audience segmentation. *Journal of health communication*, 1: 267-283 (1996).
16. SLATER, M.D. Choosing audience segmentation strategies and methods for health communication. In: Maibach, E.W. & Parrott, R. L., ed. *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1995, pp. 169-185.

17. SLATER, M. & FLORA, J.A. Health lifestyles: audience segmentation analysis for public health interventions. *Health education quarterly*, 18(2): 221-233 (1991).
18. PATTERSON, R.E. ET AL. Health lifestyle patterns of U.S. adults. *Preventive medicine*, 23: 453-460 (1994).
19. MAIBACH, E.W. *Psychobehavioral segmentation: identifying audiences and tailoring cancer prevention programs*. Washington, DC, Porter Novelli Public Relations, 1996.
20. MAIBACH E.W. & COTTON, D. Moving people to behavior change: a staged social cognitive approach to message design. In: Maibach, E.W. & Parrott, R. L., ed. *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1995.
21. VELICER, W.F. ET AL. An empirical typology of subjects within stage of change. *Addictive behaviors*, 20(3): 299-320 (1995).
22. WILLIAMS, J.E. & FLORA, J.A. Health behavior segmentation and campaign planning to reduce cardiovascular disease risk among Hispanics. *Health education quarterly*, 22(1): 36-48 (1995).
23. MORRIS, L. A. ET AL. A segmentation analysis of prescription drug intervention-seeking motives among the elderly. *Journal of public relations and marketing*, 11: 115-125 (1992).
24. ALBRECHT, T.L. & BRYANT, C. Advances in segmentation modeling for health communication and social marketing campaigns. *Journal of health communication*, 1: 65-80 (1996).
25. POWELL-GRINER, E. ET AL. State- and sex-specific prevalence of selected characteristics - Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1994 and 1995. *Morbidity and mortality weekly report*, 46(3):1-31 (1997).
26. FREIMUTH, V. Developing public service advertisement for nonprofit contexts. In: Belk, R.W., ed. *Advances in nonprofit marketing*. Greenwich, CT, JAI Press, 1985, pp. 55-94.
27. COLE, G. ET AL. Addressing problems in evaluating health-relevant programs through a systematic planning and evaluation model. *Risk: issues in health, safety and environment*, 6(1): 37-57 (1995).
28. KRUEGER, R.A. *Focus groups: a practical guide for applied research*, 2nd ed. Thousand Oaks, Sage Publications, 1994.
29. STEWART D.W. & SHAMDASANI, P.N. *FOCUS groups: theory and practice*. Newbury Park, Sage Publications, 1990 (Applied Social Science Research Methods Series, Vol. 20).
30. TEMPLETON, J.F. *The focus group (revised edition)*. Burr Ridge, IL, Irwin Professional Publishing, 1994.
31. CRABTREE, B.F. & MILLER, W.L. *Doing qualitative research*. Newbury Park, Sage Publications, 1992, pp. 3-28 (Research Methods For Primary Care, Vol. 3).
32. *Making health communication programs work*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1992 (NTH Publication No. 92-1493).
33. PATTON, M.Q. *How to use qualitative methods in evaluation*. Newbury Park,

- Sage Publications, 1987.
34. *Pretesting in health communications: methods, examples, and resources for improving health messages and materials*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1984 (NTH Publication No. 84-1493).
 35. SHIMP, T.A. *Promotion management and marketing communications*, 2nd ed. Chicago, Dryden Press, 1990, pp. 428-432.
 36. PACT document. *Journal of advertising*, 11(4): 4-29 (1982).
 37. STEWART, D.W. ET AL. *A guide to commercial copytesting services*. In: Leigh, J.H. & Martin, C.R., Jr, ed. *Current issues and research in advertising*. Ann Arbor, MI, Division of Research, Graduate School of Business, University of Michigan, 1983, pp.1-44.
 38. PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation*, 2nd ed. Beverly Hills, Sage Publications, 1986.
 39. GARDNER, D.E. Five evaluation frameworks. *Journal of higher education*, 48(5): 571-593 (1977).
 40. WEISS, C.H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children and families. In: Connell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 65-92.
 41. CHEN, H.T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1990.
 42. Weiss, C.H. *Evaluation research. Methods for assessing program effectiveness*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1972.
 43. Shern, D.L. et al. The use of concept mapping for assessing fidelity of model transfer: an example from psychiatric rehabilitation. *Evaluation and program planning*, 18(2): 143-153, 1995.
 44. COLE, G.E. Advancing the development and application of theory-based evaluation in the practice of public health. *American journal of evaluation*, 20(3): 453-470, 1999.
 45. NOWAK, G.J. & SISK, M.J. Using research to inform campaign development and message design: examples from the "America Responds to AIDS" campaign. In: Maibach, E.W. & Parroft, R. L., ed. *Designing health messages: approaches from communication theory and public health practice*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1995.
 46. FLAY B.R. & COOK, T.D. Three models for summative evaluation of prevention campaigns with a mass media component. In: Rice, R. & Atkin, C, ed. *Public communication campaigns*, 2nd ed. Newbury Park, Sage Publications, 1989, pp. 175-196.
 47. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Technical report on cancer prevention awareness survey wave II*. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 1986.
 48. CUMMINGS, K.M. ET AL. Results of an antismoking campaign utilizing the Cancer Information Service. *Monographs - National Cancer Institute*, 14: 113-118(1993).

49. HORNICK, R. *Public health communication: making sense of contradictory evidence*. Philadelphia, University of Pennsylvania, 1997.
50. CHERVIN, D.D. ET AL. Using audience research in designing public health initiatives at the federal level. *Social marketing quarterly*, 5(3): 34-39 (1999).

Sağlık Yatırımı: Çok Katmanlı Değerlendirme Yaklaşımı Geliştirilmesi

Erio Ziglio, Spencer Hagard ve Lowell S. Levin

Giriş

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine yönelik sağlam ve güvenilir bir strateji için hükümetin her düzeyinde çeşitli paydaşların müşterek çabası gerekmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı ve ilkeleri; sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, eğitim, çevre ve ekonomik ve sosyal kalkınma gibi sektörleri etkilemelidir. Özel kurumlar ve kamu kurum ve kuruluşları, kitle iletişim araçları, STK'ler ve sosyal bütünlük, sosyal adalet ve insan hakları için önemli diğer kurumsal düzenlemeler ele alınmalıdır (1-4). Görünür şekilde bu kadar çok menfaat olması nedeniyle sağlık programları ve politikalarını uygulamak için gerekli stratejinin; sektörler arası olması, ekonomik ve sosyal kalkınmada birden fazla politika yapma düzeyini kapsamaması (yerel, bölgesel, ulusal ve uluslar üstü) ve çeşitli tedbirleri (eğitim, yasal, mali vb.) kullanması gerekmektedir.

Bu çok katmanlı stratejinin sağlığa yatırım yapılması vasıtasıyla uygulanabileceğine inanıyoruz: Sağlığa yatırım yapılması, kaynakların sağlık üretimine açıkça adanmasıdır. Bundan dolayı, ekonomik ve sosyal kalkınmayı etkileyen politika kararları ve bunların nüfus üzerindeki etkilerini değerlendirmek için çok katmanlı yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

Bu fasılda 1995 yılından beri geliştirilen, test edilen ve iyileştirilen DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin üye devletlere sunduğu yeni bir hizmet, sağlık yatırımı değerlendirme hizmeti anlatılmaktadır. Bu hizmet, ulusal veya uluslar üstü düzeyde;

- Bir ülkenin, bölgenin veya alanın sağlık sektöründe veya dışında toplum sağlığını geliştirmeye yönelik çabalarını değerlendirmekte,
- Ülkenin kilit ekonomik ve sosyal önceliklerini desteklerken toplum sağlığını bazı yatırımlarla güçlendiren (sağlık sektörü içinde ve dışında) bir stratejinin kurulmasına yönelik tavsiyelerde bulunmaktadır.

Bu fasılda, sağlık yatırımına yönelik gerekçeler ve sağlık yatırımının geliştirilmesi incelenmekte, sağlık yatırımının değerlendirilmesi için öğrenme süreci gözden geçirilmekte; görevin şimdiye kadar nasıl yürütüldüğü anlatılmakta ve bugüne kadar olan tecrübeler paylaşılmaktadır.

Değişen Bağlam

Avrupa ve Kuzey Amerika'da, modern halk sağlığı yaklaşık yüz yaşındadır ve büyük ölçüde bire bir klinik tıp tecrübesi toplumun tümüne uygulandığında başlamıştır (5-8). 1940'larda epidemiyolojik ilkelerin eklenmesi, bu yaklaşımı güçlendirmiş ve

ilk kez hem yerel programların hem de ulusal politikaların rasyonel planlamasına yönelik bir temel sağlamıştır (9). Çoğunlukla halk sağlığı hareketi; yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeylerde sofistike bir operasyonel altyapı geliştirmiştir.

Çok yakın zamana kadar klasik epidemiyolojinin sunduğu kanıtlar, müdahalelerin aralığı ve seçimi dâhil olmak üzere halk sağlığı uygulamasına büyük ölçüde yön vermiştir (2,4). Ekonomik ve sosyal kalkınmanın toplum üzerindeki etkisine çok fazla ilgi gösterilmemiştir. Halk sağlığı kararlarının sürdürülebilir fayda sağlamak için daha kapsamlı sosyal ve ekonomik amaçlara bağlanması gerektiği düşüncesi, hâlen çok fazla kabul edilmemektedir. Genişlemekte olan literatür, sağlık ve ekonomik gelişme arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (10-20).

Modern toplumlarda halk sağlığı hareketi izole olmamalı; ekonomik ve sosyal kalkınmaya ortak olmalıdır (21-23). Halk sağlığı, sosyal ve ekonomik kalkınmaya eşsiz analitik kapasite getirmektedir; ancak diğer disiplinler (politika analizi, organizasyonu ve yönetimi) ve normalde halk sağlığı alanının dışındaki alanların (ulaşım, barınma, gelir idaresi, turizm, tarım, vb.) beceri ve sorumluluklarını vurgulayan ekonomik kalkınma stratejilerini de uyumlaştırmalıdır (24-26).

Sağlık Yatırımına Yönelik Gerekçe

Sağlık yatırımı; kökleri sağlık, sosyal refah, ekonomik ve sosyal kalkınma hakkında son yirmi yılda yayınlanan gözlem, teori ve görüşlere dayanan, toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik bir yaklaşımdır. Birçok yazar (8,12,15,24,27-35) ortak bir tez ortaya koymuştur: Geleneksel tıp veya halk sağlığı alanının ötesinde genellikle toplum sağlığını sosyal, demografik ve ekonomik faktörler ve kamu politikaları belirler (3,36,37). Bu çalışmalar ve görüşler hep birlikte, geleneksel halk sağlığının rolünün yeniden değerlendirilmesi gerektiren tutarlı bir çerçeve sağlamaktadır. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (2), halk sağlığı önceliklerinin düzenlenmesine ve halk sağlığı stratejilerinin toplum sağlığını geliştirmek amacıyla yeniden odaklanmasına yönelik bir çerçeve sunmaktadır. Sağlık yatırımı, böyle bir yeniden yöneltimin uygulanmasında bir araçtır (38).

Mayıs 1998’de, Dünya Sağlık Asamblesi, sağlığa yönelik temel belirleyicileri ve ön şartları ele alarak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin istendiğini doğrulamıştır (39). Ekonomik ve sosyal kalkınmanın nihai amacı halkın sağlığı ve refahıdır ve DSÖ Avrupa Bölgesi için belirlenen sağlık hedefleri gibi hedefler (22), ekonomik ve sosyal bağlamları içinde incelenmelidir.

Sağlık, beslenmesi gereken ve yatırıma ihtiyaç duyan önemli bir sosyal ve kişisel kaynaktır. Hükümet, sağlığın ve refahın güvenceye alınmasına yatırım yaparsa ayrıca tüm toplum için ekonomik ve sosyal faydaya da katkıda bulunur (38). Ekonomik ve sosyal yatırımların her biri sağlığı geliştirebilir (22); burada önemli olan sağlığı geliştiren yatırımların belirlenmesidir.

Sağlık yatırımı, sağlığın başlıca sebeplerini; güvenilir, etkili ve etik bir şekilde güçlendirme çabasıdır (38). Yaklaşım, sağlığın kilit belirleyicilerine dayalı olan ve bunları ele alan stratejiler geliştirir. Bu belirleyiciler, ekonomik ve sosyal faktörlerle ilişkilidir. Bundan dolayı yaşam koşulları, yaşam stillerini etkileyen davranış modellerini büyük ölçüde etkiler.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik güvenilir bir yaklaşım, çevre ve yaşam koşulları hakkında politikaların kurulmasına dayanan davranış ve yaşam tarzı programlarını içeren, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasına yönelik pragmatik bir çerçeveyi kapsamaktadır. Sağlam bir uygulama için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisinin, yatırım portföyü içeren program ve politikaların uyumuna dayanması gerekmektedir (Tablo 22.1). En büyük getirilerden bazıları, toplum sağlığı için faydalı olmasının yanında toplum için sağlıklı ekonomik ve sosyal getirilere sürdürülebilir ve eşit bir şekilde katkıda bulunan bir stratejinin uygulanmasından gelecektir. Bu mesaj, 1997 yılında Jakarta'daki Dördüncü Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Jakarta Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesini Yönlendirme Bildirisi'nde (4) somutlaştırılmış ve DSÖ Avrupa Bölgesi İçin Herkes İçin Sağlık Politika Çerçevesi'nde (HEALTH 21) (22) yer almıştır.

Tablo 22.1. Sağlık Yatırımı Türleri ve Alanları

Yatırım türü	Yaşam Koşulları	Yer	Yaşam tarzı	Davranış
Kamu/özel kalkınma tedbirleri	✓✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓
Bireysel tedbirler	✓	✓	✓✓	✓✓✓

Kickbusch (26), güçlü ve güvenilir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisi geliştirmede en az 3 temel soruya yanıt verilmesi gerektiğini söyler.

- Söz konusu toplumda sağlık nerede geliştirilmekte ve sürdürülmektedir?
- Hangi yatırımlar ve stratejiler en büyük toplum sağlığı kazanımlarını üretir?
- Hangi yatırımlar ve stratejiler, sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yardımcı olur ve insan hakları ile aynı doğrultudadır?

Bu sorular sağlık yatırımının merkezinde yer almaktadır (40). Yaklaşım, aynı zamanda dördüncü bir soru daha sorar ve yanıtlamaya çalışır. Hangi yatırımlar ekonomik ve sosyal kalkınmaya eşit ve sürdürülebilir bir şekilde katkıda bulunur ve tüm toplum için büyük sağlık getirileri ile sonuçlanır (38)?

Birçok ülkede uygulanmakta olan sağlık sektörü reformlarının çok azı bu 4 soruyu ele almaktadır (40,41). Sağlık yatırımı; ilgili politika özelliklerini belirleyerek, politika

değişimini cesaretlendiren veya engelleyen faktörleri ele alarak, sağlık ve spesifik politika sektörünün yararına olan seçenekleri değerlendirerek ve gerekli yasal, finansal, organizasyonel veya eğitimsel değişikliklere ulaşmak için politik süreci planlayarak bu soruları ele almaya çalışan bir uygulama çabasıdır. (38). Kalkınmanın sağlığı geliştirici etkilerinin optimize edilmesi; eğitim, iş gücü, gelir idaresi, sağlık hizmetleri, barınma, tarım, turizm ve ulaşım gibi çeşitli kamu girişimlerini ve özel sektör girişimlerini kapsar.

Şüphesiz, sağlık yatırımı yeni bir kavram değildir. Sağlam bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejisini uygulamak için güçlü bir yaklaşımdır. Farklı politika sektörleri, ortak faydalar elde ettiğinde toplum sağlığı izole bir amaç olmaktan çıkıp sosyal olarak faydalı bir değer kazanır. Bundan dolayı sağlık yatırımı, gündemleri halk sağlığının geliştirilmesine uyan çeşitli politika müttefiklerini cezbeder. Gerçekten de bu karşılıklı olma, genel ekonomik ve sosyal kalkınmayı güçlendiren müşterek kamu politikalarını sürdürmede bir unsurdur.

Sağlık Yatırımının Değerlendirilmesindeki Zorluklar

Birçok kamu ve özel sektör çalışmasında halk sağlığının rolü yenidir. Ekonomik ve sosyal kalkınmaya dâhil olan ve halk sağlığını etkileyen sektörlerle çalışmaları için halk sağlığı kuruluşlarına yönelik baskı artmaktadır. Barınma politikasının, ikamet eden kişilerin sağlığını etkileyen faktörlere göre ayarlanması gerekmektedir. Emeklilik planlayıcılarının yaşlı nüfusta yoksulluğu azaltan ilerici destek programları yaratmak için yardıma ihtiyacı vardır. Turizm yetkilileri, turistlerin halk sağlığına ilişkin altyapılar üzerindeki etkilerinden endişe etmektedir. Ziraatçılar, kimyasal gübre ve zirai ilaçlara etkili alternatifler aramaktadır. İletişim organlarının sağlık bilgisinin geçerliliği ve erişim hakkında tavsiyelere ihtiyacı vardır. Bu politika alanlarının her biri, politika alanlarının birincil amaçlarını ters etkilemeyecekse halk sağlığını destekleyecek stratejiler geliştirmeye istekli olabilir.

Sağlık yatırımı, erken bir gelişim aşamasındadır. Halk sağlığının sektörler arası yatırımdaki rolüne yönelik optimum bir işletim stratejisini gösteren bir işaret yoktur. Bu yeni rol nasıl geliştirilmelidir? Kavramsal, stratejik, taktikle ilgili ve lojistik engeller nelerdir? Hangi başarı kriterleri nasıl uygulanmalıdır? Emsalleri olmamasından dolayı, sağlık yatırımının değerlendirilmesi söylendiği kadar kolay değildir. Sağduyu, etki kanıtının aşağıdakileri içermesi gerektiğini iddia eder:

- Yasal girişimler veya spesifik yönetmelik düzenlemeleri,
- Planlama ve uygulama altyapılarının yaratılması veya uyarlanması,
- Yatırım modellerindeki pozitif ve negatif ikincil sonuçlar,
- Spesifik politikalardan doğrudan etkilenen tüketici gruplarına yönelik faydalar.

Son madde elbette ki değerlendirmesi en zor olandır; çünkü kamu politikaları tüketici grupları üzerinde uzun vadeli ve dağınık etkiler yapma eğilimi gösterir ve bu etkiler eğer grup, çeşitli politika alanlarından etkileniyorsa özellikle karmaşıktır. Basit

‘girdi-veri-çıktı kurumsal üretkenlik modelini’ tartışmıyoruz ve deneysel tasarımları uygulamak için herhangi bir olasılık mevcut değildir.

Bağımsız ve bağımlı değişkenlerin açıkça tanımlandığı durumlara uygulanan değerlendirme planları, ekonomik ve sosyal kalkınmayla bağlantılı kamu politikaları ve özel sektör girişimlerindeki sağlık yatırımlarına uymaz. Genel olarak standart sistem analiz metodolojisi veya geleneksel sağlık etkisi metotları, sağlık yatırımını değerlendirmek için uygun değildir. Mevcut yöntemlerin çoğu, katı bir biçimde uygulanmak yerine bu yaklaşıma uyarlanmalıdır. Yapılacak iş, laboratuvar bilim adımı veya klinik epidemiyoloji uzmanının işinden çok sanatkârın işidir.

Bir uzman grubunun parçası olarak sağlık yatırımı ve sonuçlarına uygun seçmeci bir değerlendirme planını tasarlamak ve test etmek zorundaydık. Grup; antropoloji (katılımcı gözlemi), iktisat (mali fizibilite, maliyet-fayda ve maliyet etkinlik oranları), yöneylem araştırması (hedeflere göre yönetim), sistem mühendisliği (izleme) ve işletmeden (yatırım analizi, portföy dengeleme ve piyasa analizi) bazı değerlendirme araçlarını ödünç almıştır. Görevimiz kamu politikalarından elde edilen sağlık kazanımlarını güçlendirmede faydalı olabilecek yerleşmiş metodolojileri yeniden icat etmek değil; bunların yeni uygulamalarını test etmektir. Grup, bu yeni uygulamaların nasıl elde edileceğini basit bir şekilde kuramlaştıramaz. Bu uygulamalar; bir ülke, bölge veya yerel alanın ekonomik, sosyal ve politik ortamındaki gerçeklikler içinde ele alınmalıdır.

Sağlık yatırımının değerlendirilmesi, sisteme dayalı ve her şeyi kapsayıcıdır. Değerlendirme ekibi, çoğu bu kitapta tartışılan mevcut değerlendirme tekniklerinin (sistemlerin) tamamını dikkate almakta; ancak aynı zamanda ülkenin ekonomik, sosyal ve sağlık gelişimine odaklanmaktadır. Sağlık sektörü ve diğer sektörlerin rollerini tek bir sistem olarak ele alıp sistematik olarak bu sistemin bütünlüğünü, gücünü ve potansiyelini değerlendirmektedir (42). Değerlendirme ekibi, paydaşların katılımı ile gelecekteki strateji, yatırım özellikleri ve destekleyici altyapılar (eğitim, mali, düzenleme ile ilgili, yönetsel, kurumsal ve yasal tavsiyeler) hakkında tavsiyelerde bulunmaktadır. Ayrıca değerlendirme ekibi, tavsiye edilen sağlık yatırım stratejisini desteklemek için tedbirler hakkında tavsiyede bulunmaktadır. Bu çalışma, tavsiye edilen sağlık yatırım stratejisini ülkenin genel ekonomik ve sosyal kalkınma gündemine bağlamaktadır.

Değerlendirme Araçları ve Metodolojileri

Birçok topluluk, sağlıklarını ve refah hislerini etkileyen başlıca konularda hemfikir olabilir. İstihdam, eğitim, mali ve fiziksel güvenlik ve barınma genellikle listenin en üstünde yer alırken bunları ulaşım, kent temizliği ve sağlık hizmetlerine erişim takip etmektedir. Ancak konular üzerine anlaşılmaktan operasyonel stratejilere doğru hareket etmek çok kolay değildir.

Sağlık yatırımı, temel unsurları ayrıldığında bütünlüğü zarar gören karmaşık bir bağımsız değişken içermektedir. Örneğin ulaşım politikasında yapılan çeşitli

değişiklikler [uzak yerlere ulaşma imkân vermek için ulaşım şeklinin değiştirilmesi (otobüs yerine minivan), yaşlılar ve engelliler için araçların yeniden tasarlanması, kalabalık olmayan saatlerde ücretlerin azaltılması, yaşlıların izolasyonunu azaltabilir. Her değişiklik, ulaşım politikasının diğer bir unsuruyla bağlantılıdır; böylece bir alanda yapılan değişikliklerin etkisi diğer alanlardaki etki açısından değerlendirilir. Benzer şekilde sağlık yatırımının ulaşım politikası üzerindeki etkisi, ulaşım politikasındaki değişikliği tamamlayabilecek diğer politika alanlarındaki etkilerine göre ölçülmelidir. Son olarak sağlık kazanımındaki yatırımın topluluk gelişimine daha geniş sosyal ve hatta ekonomik açıdan nasıl katkıda bulunduğu açıklanmalıdır. Böyle bir etkinin değerlendirilmesinde, etkinin en küçük unsurlarını izlemede takılıp kalmaktan kaçınmak için sürekli izleme yapılması ve duyarlı kriterler gereklidir.

Tüm politika alanlarının bir dereceye kadar toplum sağlığını ve refahını etkilediği öne sürülebilir. Kamu politikasının sağlık üzerindeki etkisi hem nitel hem de nicel açıdan değerlendirilmelidir. Sağlık kazanımlarının haritası veya kamu politikalarının, özel sektör girişimlerinin, düzenleme ve programların etki envanteri, sürekli bir muhasebe sistemi olmanın yanında aynı zamanda bir temel çizgi oluşturabilir (43,44). Tablo 22.2’de bir örnek verilmektedir. Daha fazla veya farklı gruplar ve sektörler eklenebilir.

Tablo 22.2. Sağlık Kazanımı Örnek Haritası

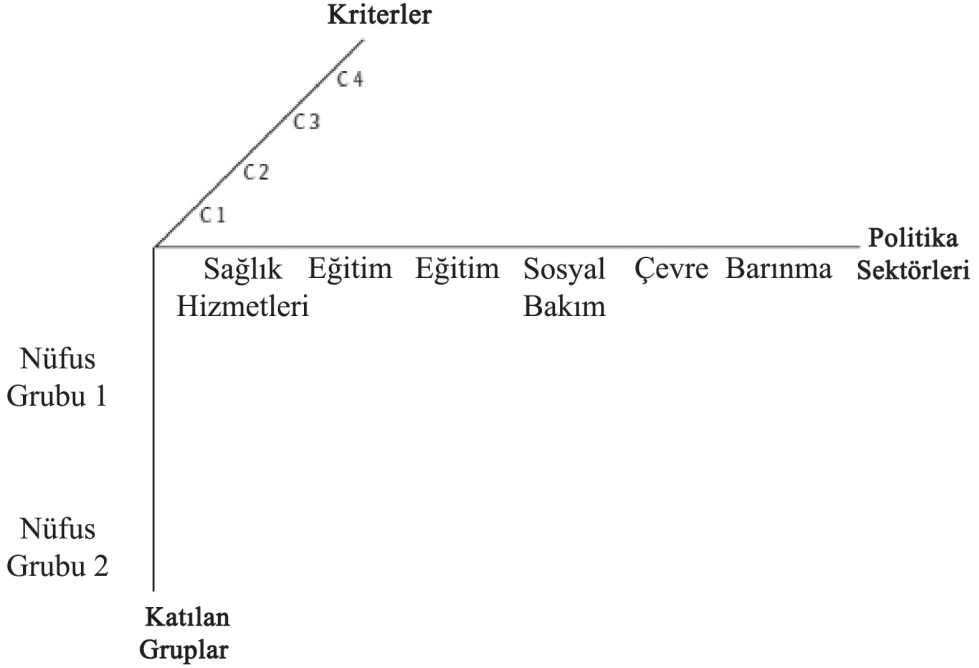
Nüfus Grupları	Sektörlerdeki Kazanımlar				
	Sağlık Hizmetleri	Eğitim	Ulaşım	Sosyal Bakım	Çevre
1	✓✓✓	✓	✓✓✓	✓	✓✓
2	✓	✓✓✓✓✓	0	✓	✓✓✓

Belli bir topluluk veya coğrafi alan için sağlık kazanımı haritasını çıkarmak üzere çeşitli metodolojiler kullanılabilir. Bu metodolojiler arasında, tipik sağlık etki değerlendirmesi metotları (45,46) (bk. Fasıl 18), politika analizi (47-50) ve simülasyonlar (51) bulunmaktadır. Topluğun değerlendirmeye dâhil edilmesiyle önemli bilgiler elde edilebilir. Nominal grup teknikleri, odak grupları ve diğer metotların yararlı olduğu görülmüştür (52,53).

Bu tekniklerin yanında karar analizi (54-57), duyarlılık analizi (55,58) ve çok nitelikli değer analizi (59-61), sağlık kazanımı şablonunda çeşitli politika sektörlerinin, sağlığa potansiyel katkılarının belirlenmesinde özellikle önemlidir. Farklı sağlık yatırımı seçeneklerinin çeşitli kriterlere göre ağırlıklandırılması gerektiğinde bu şablon kullanılır. Şekil 22.1’de seçeneklerin değerlendirilmesi için kararlaştırılan 4 kriter (C1-C4) ile sağlık kazanım şablonunu göstermektedir. Bu kriterler; eşitlik, sürdürülebilirlik, yetkilendirme ve gerekli kaynaklar olabilir.

Yukarıda bahsedilen teknikler, çeşitli topluluk, politika yapıcılar ve diğer paydaş grupları tarafından bu kriterlere atfedilen göreceli önemin ağırlıklandırılmasına yardımcı olur. Çeşitli kriterlere verilen ağırlıklardaki derecenin ve bu etkilerin sağlık yatırımı seçeneklerinin son seçimini nasıl etkileyeceğinin değerlendirilmesinde duyarlılık analizi özellikle faydalı olabilir.

Şekil 22.1. Sağlık Kazanım Şablonu (Kriterler Dâhil)



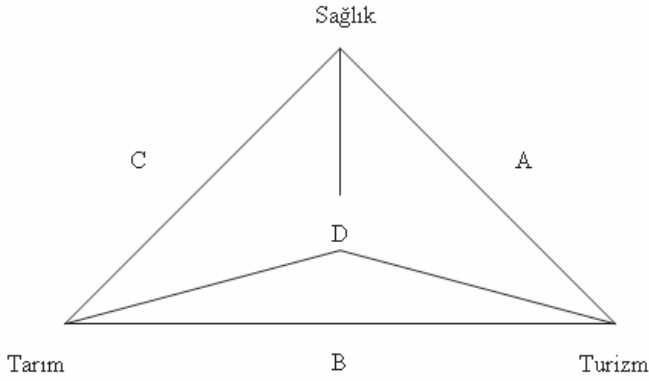
Politika sektörleri, sağlık uzmanlarınca düzeltilmeyi veya tavsiye verilmeyi beklememektedir (62). Bir sektörün kültürüne uyan veri ve araştırmanın paylaşımını teşvik etmek için bir politika alanının sağlık etkisini güçlendirmeye yönelik motivasyon bulunmalıdır. Ayrıca, önerilen strateji negatif sonuçlardan (ek maliyetler, iş kaybı veya otorite çatışmaları gibi) kaçınmaya çalışmalıdır.

Değerlendirme ekibi; bu dersleri, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Valencia Halk Sağlığı Enstitüsü'nün iş birliğinde Güney İspanya'da yürütülen bir demonstrasyon projesinde öğrenmiştir (63). Demonstrasyonun ana amacı, Valencia topluluğunun ekonomik, sosyal ve sağlıkla ilgili gelişimi için önemli sektörlerle (sağlık, turizm -bölgenin GSYİH'sinin büyük kısmını temsil eden- ve tarım -kültür ve üretkenlik için tarihsel olarak çok önemli sektör, hâlen en büyük ekonomik alanlardan biri-) sağlık yatırımı ortaklıkları kurulması olasılığını araştırmaktır.

Demonstrasyon, üç sektörde kazanımla sonuçlanacak ortak amaç ve politika kararları belirlemiştir (Şekil 22.2'de D alanı). Sağlık yatırımı ortak gündemine,

yalnızca “kazan-kazan” çözümlerinin müzakere edilerek önceliklendirilmesi ve araştırılması vasıtasıyla ulaşılabilir. Bu gündemdeki kararlar genellikle görüşülen bir politika çevresine yerleştirilmelidir. Böylece sağlık sektörü, tarım sektörünün sağlık ve turizm için “kazan-kazan”kararlarını desteklemeye hazır olması koşuluyla (Alan A) ve turizm sektörünün tarım ve sağlık için “kazan-kazan”kararlarını desteklemek istemesi koşuluyla (Alan C), sağlık sektörü, tarım ve turizme yönelik “kazan-kazan”kararlarını desteklemeye hazır olacaktır (alan B, sağlık üzerinde etki olmadan).

Şekil 22.2. Valencia Toplumundaki Üç Sektörün Ortak Amaç ve Politika Kararları



Politika sektörleri; gelişim önceliklerini yeniden incelerken, yeni ve ortak öncelikler kurarken böylece sağlık yatırıma yönelik ortak bir gündem belirlerken birçok araç ve teknik kullanabilir. Bu araçlar arasında fırsat değerlendirmeleri, uyumsuzluk değerlendirme analizi, çok nitelikli modelleme, paydaş analizi ve davranış ve organizasyonel simülasyonlar bulunmaktadır (61). Malinowski’nin 7 değer paylaşım fikri gibi kurumsal değişim teorileri bu pazarlık sürecine katkıda bulunabilir; ancak somut vaka çalışmaları ve anekdot materyali en faydalı yönlendirmeyi sağlamaktadır (64). Sağlık yatırıma yönelik daha fazla pratik uygulamanın, sağlık yatırımda gelecekteki etkileri değerlendirmeye yönelik geçerlilik çerçevesi oluşturmak için yeterli tecrübeye dayalı gözlem ile sonuçlanacağını umuyoruz (65).

Sağlık yatırıma uygulama ve beraberinde faydalı bir değerlendirme planı geliştirmeye yönelik ivedi bir seçenek, kamu politikalarının negatif sağlık etkilerini en aza indiren yatırımlara yönelmektir. Konuya ilişkin literatür ve sağlık etki değerlendirme metotları hâlihazırda mevcuttur (bk. Fasal 18) (45,46). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi seçeneklerinin analiz edilmesini ve bunların göreceli faydalarının ağırlıklandırılmasını gerektiren sağlıklı güçlendirme yatırımlarının aksine, öncelikle zarar vermemeye odaklanılması için tavsiye edilen değerler ve spesifik sağlık korumalarına uygun politika olmalıdır. Bu odak, çevreyi etkileyen veya etkileyebilecek çeşitli kamu politikalarına eşlik eden test edilmiş çevresel etki bildirileri ile karşılaştırılabilir (66). Bir başka örnek sosyal hükümdür; uluslararası ticaret müzakerecilerince kabul edilirse bu, gelişmekte olan ülkelerdeki dezavantajlı

grupların sağlığını ve refahına yönelik spesifik korumaları gerektirecektir (62). Bu durumlarda atılan sağlık yatırımı adımının değerlendirilmesi, politikada dezavantajlı nüfusun sağlığına zararlı olabilecek herhangi bir eylemi yasaklayan her noktaya (veya direktife) odaklanacaktır. Bu yaklaşımda, hem bağımsız hem de bağımlı değişkenler açıktır. Bu değişkenlerin ölçümü, zararlı bir uygulamadan kaçınmak için yasal bir girişim ile toplum sağlığına yönelik spesifik bir fayda arasında güçlü ve tahmin edilebilir bir ilişki olduğu hipotezine dayalı olarak toplum için nihai faydaların ölçülmesine yardımcı olacaktır.

Şüphesiz, sağlık yatırımı sürecinin etkililiği ve değerlendirilecek faktörlerin uygun şekilde oluşumu hakkında öğrenilecek çok şey vardır (38). Yalnızca gerçek saha deneyleri vasıtasıyla sağlık yatırımının etkili süreçlerine ve sonuçlarına katkıda bulunan değişkenler belirlenebilir ve düzenlenebilir. Yatırım sürecinin akışının gözlemlenebileceği ve politika hedeflerinde idari ve lojistik destek ve eylem stratejilerinde uygun düzenlemelerin yapıldığı canlı laboratuvarlara ihtiyaç duyulmaktadır. Amaç, kamu sektörü ve özel sektör politika ve programlarının negatif etkisini azaltmak veya hafifletmekten çok, toplum sağlığı değerlerini en üst düzeye çıkarmak olduğunda bu deneyler özellikle önemlidir.

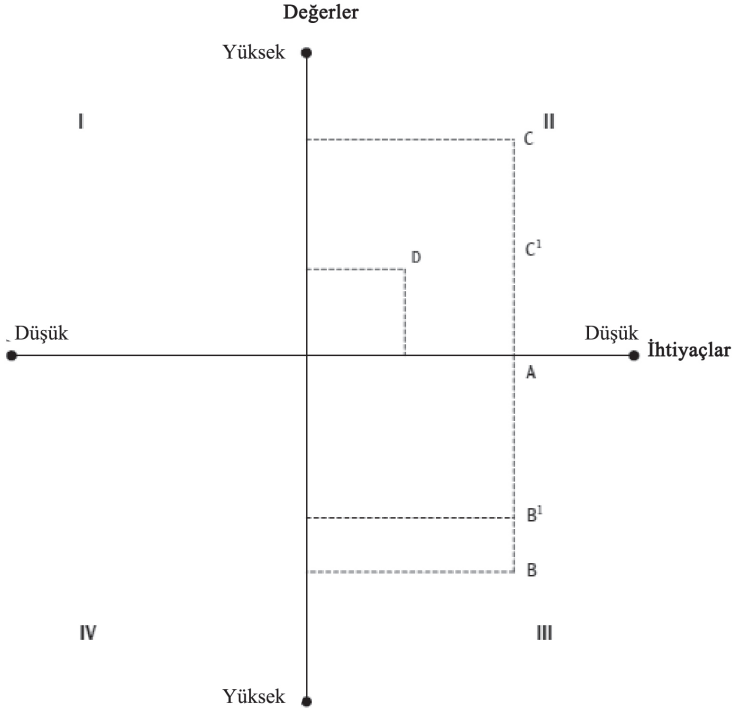
Sağlık Değerlerinin En Üst Düzeye Çıkarılması: Sağlık Yatırımının Değerlendirilmesini Öğrenmek

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi 1995 yılından beri sağlık yatırımlarına nasıl karar verileceği, uygulanacağı ve değerlendirileceği hakkında bilgi edinmek isteyen üye devletlerin isteği ile bir dizi danışmanlık hizmeti faaliyetleri yürütmektedir (23,42,67). Tecrübeler; gerekli kalkınma artışlarının yerini belirlemek için tüm ülkenin sağlığı geliştirici değerlerinin (temel politika yatırımları, düzenleme değişiklikleri, hükümet dışı kaynaklar ve program girişimlerinin artırılması, sağlığı geliştiren altyapılar ve karar almanın güçlendirilmesi, araştırmaya yeniden odaklanma, gerekli sağlığın teşviki ve geliştirilmesi becerilerinde eğitim veya çevresel iyileştirme gibi) dikkate alınması gerektiğini göstermiştir.

Gerçekten de değerlerin belirlenmesi ve güçlendirilmesi sağlık yatırımının merkezinde yer almaktadır. Bu değerler, söz konusu ülke, bölge veya topluluğun önceliklerine ve özel fırsatlarına göre operasyonel hâle getirilebilir. Bunlar, bir topluluğun yaşam koşullarını değiştirme ve iyileştirme isteğini, fiziksel çevrenin güzelliğini, sosyal sermaye düzeyini (bk. Fasil 19) ve toplum sağlığının belirleyicileri üzerine daha fazla kontrol elde etmek ve geliştirmek için kullanılacak diğer ortak kaynakları içerir.

Sağlık değerleri açısından düşünülmesi, doğal olarak meydana gelmez. Değerlendirmelerin çoğu, nüfusun ihtiyaç ve problemlerine odaklanmaktadır. Her ne kadar değerlendirmeler, sağlık ihtiyaçlarını dikkate alsın da ihtiyaçların azaltılması sağlık yatırımı uygulamanın birincil hedefi değildir. Ana odak noktası, sağlık değerlerinin (kaynaklar) durumu ve potansiyelidir (Şekil 22.3).

Şekil 22.3. Sağlık İhtiyaçları ve Değerleri



Topluluğun ihtiyaç düzeyinin ihtiyaç ekseninde A olduğu varsayılırsa, sağlık yatırıma yönelik stratejinin türü, topluluğun değer düzeyine bağlıdır: düşük (B) veya yüksek (C). Seçilen stratejinin ihtiyaç üzerinde bir etkisi yoksa (örneğin B'den B¹'e), geleneksel epidemiyolojik veya diğer ihtiyaca dayalı göstergeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin hiç etkisi olmadığını gösterecektir. Aslında strateji, toplumun sağlık değerlerini artırmaktadır. Benzer şekilde, bir topluluğun başlangıçtaki durumu C ise topluluğun C¹'e doğru gittiği söz konusu bir stratejinin sonucunda, bilinen ihtiyaca dayalı değerlendirmeye göre etki yoktur; ancak pratikte C¹ ilk baştaki C'den daha kötüdür. Ayrıca, topluluk C'den D'ye doğru gidiyorsa D'nin daha iyi bir durum olması gerekmez. Çünkü ihtiyaçtaki azalma, sağlık değerinde bir düşüş ile birlikte gelir.

Sağlık yatırımının değerlendirilmesi, yalnızca ihtiyaçların azaltılmasını değil, aynı zamanda değerlerin en yüksek düzeye çıkarılmasını açıklama ve araştırmayı kapsamaktadır. Ayrıca değerlendirme, bir ülke, bölge veya topluluk ihtiyaç-değer şemasında farklı çeyreklere ait olduğunda farklı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinin belirlenmesine yardımcı olur (bk. Şekil 22.3). Sağlık değerleri, daha önce sağlık kazanım haritası için bahsedilen topluluk katılım tekniklerinin aynı şekilde kullanılarak değerlendirilebilir.

Sağlık yatırımı değerlendirmelerinde (bk. Ek), politika yapıcılarının büyük resmi anlamalarını, yatırım öncelikleri belirlemelerini ve etkili yatırımı sürdürmek için en uygun altyapı ve karar alma sürecini yaratmalarını sağlamak için bütün sistem yaklaşımı takip edilmelidir. Yalnızca her şeyi kapsayan yaklaşım, bu kitabın diğer fasıllarında alıntı yapılan değerlendirme yaklaşımları dizini, en uygun şekilde yerleştirebilir. Politika düzeyinde söz konusu bir sağlık yatırımının değerlendirilmesine yönelik bağlamı şekillendiren ve etkileyen çeşitli ekonomik, sosyal, kültürel ve politik faktörler; davranış değişikliği/müdahalelerin etkisini ölçmenin daha düzenli metotlarını kullanmaya alışkın değerlendirmeciler için suları oldukça bulandırabilir (bk. Fası 16).

DSÖ ayrıca sağlık yatırımının ekonomik ve sosyal kalkınmaya dolaylı ve doğrudan katkılarının doğasına da odaklanmıştır. Bu katkılar, değerlendirme planında önemsiz bir konu değildir. Hem hükümet hem de meclis düzeyinde öncelik belirleme değerleri, genel yaşam kalitesini ve ekonomik refahı artıracak öneri ve programları desteklemek üzere uyarlanmıştır. Bu amaçlar, ekonomik büyüme göstergeleri olmaktan daha fazlasıdır; ekonomik kalkınma göstergeleridir. Ekonomik kalkınma; sürdürülebilir büyüme, faydaların eşit dağıtımı, yaşam kalitesi ve hem beşeri hem de çevresel kaynakların korunması anlamına gelmektedir.

Sağlık hem bir ekonomik ve sosyal kalkınma ürünü hem de bunun için bir kaynaktır. Bu ilişki çok açıktır; ancak politika yapıcılar, her zaman buna göre hareket etmez. Sağlık yatırımı ve ekonomik kalkınma arasındaki bağlantılar güçlendirilmelidir. Bu bağlantıların açıklanması, sağlık yatırımlarının değerlendirilmesinin başlıca konusudur.

Yakından ilişkili bir başka konu ise aşırı tutumluluktur. Finansal yatırımlar gibi sağlık yatırımı da büyük oranda fayda sağlamak için gerekli minimum kaynak harcaması yapılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Bundan dolayı mevcut yasalara uyumlu, kaynakların çok az yer değiştirmesine veya hiç yer değiştirmemesine sebep olan, revizyon gerektirmeden önce uzun bir raf ömrü olan yatırımlar tercih edilir. Sağlık yatırımları ideal olarak kamu politikasının temel görevini tamamlar, ilave etmez. Yani sağlık faydalarına ulaşırken ana politika amaçlarına katkıda bulunur.

Bununla birlikte bazı durumlarda sağlık yatırımı için başlıca mali, kurumsal, düzenleme veya eğitimle ilgili çabaları içeren sağlam politika değişiklikleri gerekecektir. Bu değişikliklerin yönetilmesi sağlık yatırımının kilit kısmıdır.

Bugüne Kadarki Tecrübe Üzerine Kısa Düşünceler

Sağlık yatırım sürecinin değerlendirilmesi, zorlu bir görevdir. Faydalı olması için değerlendirmenin, tahsis edilmiş, sürekli bir gelişim merkezine ihtiyacı vardır. Gerekli uzmanlık; sağlık hizmetleri harcamaları GSYİH'lerin önemli bir kısmını oluşturan ülkelerin çoğunda bile bulunmayabilir. Sağlık yatırımına yönelik bir değerlendirmeyi yürütmek ve sürdürmek için uygun uzmanlığın kullanılması,

sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin kavram ve ilkelerinin etkili ve güvenilir şekilde uygulanmasında kilit bir zorluktur.

Sektörel ve sektörler arası bileşenleri ile sağlık yatırımı, modern halk sağlığı uygulaması için güçlü bir araç olabilir. Ancak etkili büyümesi için gerekli olan teknoloji, tam olarak oluşmamıştır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının hizmetleri ve saha danışmanlıkları sayesinde ne gerektiği hakkında genel bir kanı ortaya çıkmaktadır.

Sağlık yatırımının faydalılığı hakkındaki geçmiş incelemeler, olumlu olmuştur ve toplum sağlığını, genellikle ulusal bütçe üzerinde daha fazla baskı oluşturmada eşit ve sürdürülebilir şekilde iyileştirmek için heyecan verici yeni seçenekler önermektedir. Gerçekten de bu tür yatırımlar genellikle belirtilen ekonomik ve sosyal amaçlara uyumludur.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki düşünürler ve uygulayıcılar ile ortak disiplinleri; Ottawa Sözleşmesi'nin sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevre yaratma, topluluk eylemini güçlendirme, kişisel beceriler geliştirme ve sağlık hizmetlerinin yönünü değiştirme mücadelesinin etkililiğini test etme ve uygulamaya, uzmanlık ve tecrübe katkısında bulunmaya davet ediyoruz (2). Bu amaçlara sağlık yatırımı vasıtasıyla pragmatik ve etkili bir şekilde ulaşılabileceğine yürekten inanıyoruz.

Kaynaklar

1. *Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
2. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).
3. *Intersectoral action for health: addressing health and environment concerns in sustainable development*. Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/PPE/PAC/97.1).
4. *Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century. Declaration de Jakarta sur la promotion de la sante au XXIe siecle* (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4) (accessed on 22 November 2000).
5. ROSEN, G. *A history of public health*. New York, MD Publications, 1958.
6. ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: Freeman, H.E. et al., ed. *Handbook of medical sociology*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1979.
7. DUBOS, R. *Mirage of health*. New York, Anchor Books, 1959.
8. POWELS, J. On the limitations of modern medicine. *Science, medicine and man*, 1: 1-30(1973).
9. RESEARCH UNIT IN HEALTH AND BEHAVIOURAL CHANGE. *Changing the public health*. Edinburgh, University of Edinburgh, 1989.
10. McKEOWN, T. & RECORD, D. Reasons for the decline of infant mortality in England and Wales during the 20th century. *Population studies*, 16: 94-122 (1962).
11. McKEOWN, T. A historic appraisal of the medical task. In: McLachlan, C. & McKeown, T., ed. *Medical history and medical care: a symposium of perspectives*. London, Oxford University Press, 1971.
12. McKEOWN, T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
13. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, Canada Information, 1974.
14. DRAPER, P. ET AL. Health and wealth. *Royal Society of Health journal*, 97(3): 121-126 (1977).
15. OMRAN, A.R. Changing patterns of health and disease during the process of national development. In: Albrecht, G.L. & Higgins, P.C., ed. *Health, illness and medicine: a reader in medical sociology*. Chicago, Rand McNally, 1979.
16. POPAY, J. ET AL. The impact of industrialization on world health. In: *Through the '80s: thinking globally acting locally*. Washington, DC, World Future Society, 1980.
17. DRAPER, P. & SMART, T. *Health in the economy - The NHS crises in perspective*. London, Unit for the Study of Health Policy, Guy's Hospital Medical School, 1984.
18. MARMOT, M. Improving the social environment to improve health. *Lancet*, 351(1): 57-60 (1998).
19. MAKARA, P. The effect of social changes on the population's way of life and

- health: a Hungarian case study. In: Levin, S.L. et al., ed. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications, European Series, No. 54).
20. WILKINSON, R.G. *Unhealthy societies*. London, Routledge, 1996.
 21. LEVIN, S.L. ET AL., ED. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications, European Series, No. 54).
 22. *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (European Health for All Series, No. 5).
 23. *Public health in Latvia with particular reference to health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ ICP/ IVST 04 03 02).
 24. MILIO, N. *Promoting health through public policy*. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.
 25. WHITEHEAD, M. Counting the human costs: opportunities for and barriers to promoting health. In: Levin, S.L. et al., ed. *Economic change, social welfare and health in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (WHO Regional Publications, European Series, No. 54).
 26. KICKBUSCH, I. Think health: what makes the difference? In: *New players for a new era: leading health promotion into the 21st century: 4th International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997*. Geneva, World Health Organization, 1998 (document).
 27. DREZE, J. & SEN, A. *Hunger and public action*. Oxford, Oxford University Press, 1989.
 28. CHU, C. Integrating health and environment: the key to an ecological public health. In: Chu, C. & Simpson, R., ed. *Ecological public health: from vision to practice*. Brisbane, Queensland, Watson Ferguson & Company, 1994.
 29. EVENS, R.G. ET AL., ED. *Why are some people healthy and others not?* New York, Aldine de Gruyter, 1994.
 30. SEN, A. *Mortality as an indicator of economic success and failure*. Florence, UNICEF International Child Development Centre, 1995.
 31. CORNIA, G.A. & PANICCIA, R. *The demographic impact of sudden impoverishment: eastern Europe during the 1989-94 transition*. Florence, UNICEF International Child Development Centre, 1995.
 32. BLANE, D. ET AL. *Health and social organization - Towards a health policy for the 21st century*. London, Routledge, 1996.
 33. MUSTARD, J.F. *Health and social organization in health and social capital*. London, Routledge, 1996.
 34. CORNIA, G.A. *Labour market shocks, psychosocial stress and the transition's mortality crisis*. October. Helsinki, World Institute for Development of Economic Research, United Nations University, 1997 (Research in Progress 4).
 35. BARTLEY, M. ET AL. Socioeconomic determinants of health: health and the life course: why safety nets matter. *British medical journal*, 314(4): 1194-

- 1196(1997).
36. *Health in social development. WHO position paper. World Summit for Social Development, Copenhagen, March 1995.* Geneva, World Health Organization, 1995 (document WHO/DGH/95.1).
 37. *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. Report of the Director-General.* Geneva, World Health Organization, 1998.
 38. ZIGLIO, E. *Producing and sustaining health: the investment for health approach.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document).
 39. *World Health Assembly resolution WHA51.12 on health promotion (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>).* Geneva, World Health Organization, 1998 (accessed on 8 December 2000).
 40. ZIGLIO, E. Key issues for the new millennium. *Promoting health: the journal of health promotion for Northern Ireland*, 2: 34-37 (1998).
 41. SALTMAN, R. & FIGUERAS, J. *European health care reform, analysis of current strategies.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (WHO Regional Publications, European Series No. 79).
 42. *Investment for health in Hungary.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (document EUR/ICP/IVST 04 02 03).
 43. *Securing investment in health: Report of a demonstration project in the provinces of Bolzano and Trento. Final report. June 1995.* Trento, Autonomous Province of Trento, 1995.
 44. ZIGLIO, E. How to move towards evidence-based health promotion interventions. *Promotion and education*, IV(2): 29-33 (1996).
 45. Assessing health and monitoring progress in populations. In: Abelin, T. et al., ed. *Measurement in health promotion and protection.* Copenhagen, World Health Organization, 1987, pp. 389-531 (WHO Regional Publications, European Series, No. 22).
 46. SWEDISH NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH. *Determinants of the burden of disease in the European Union.* Stockholm, National Institute of Public Health, 1997 (F series No. 24).
 47. BREWER, G. & DE LEON, P. *Foundations of policy analysis.* Homewood, IL, Dorsey, 1983.
 48. WILDAVSKI, A. *Speaking truth to power. The art and craft of policy analysis.* Boston, Little Brown & Co., 1979.
 49. VEDUNG, E. *Public policy and programme evaluation.* London, Transnational, 1997.
 50. WEISS, C.H. *Methods for studying programmes and policies.* Upper Saddle River, Prentice Hall, 1998.
 51. MdVLAHON, L. Learning from the future - Using behavioural simulations for management learning. *Future management*, 1: 4-5 (1995).
 52. DELBECQ, A.L. ET AL. *Group techniques for program planning: a guide to nominal group and Delphi processes.* Glenview, IL, Scott-Foreman and Co., 1975.
 53. ZIGLIO, E. The Delphi method and its contribution to decision-making. In:

- Adler, M. & Ziglio, E., ed. *Gazing into the oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health*. London, Jessica Kingsley Publishers Ltd, 1996.
54. GUSTAFSON, D.H. & HOLLOWAY, D. A decision theory approach to measuring severity of illness. *Health services research*, 10: 97-196 (1975).
 55. PHILLIPS, L.D. A theory of requisite decision models. *Actapsychologica*, 56: 29-48 (1984).
 56. LINSTONE, H.A., ED. *Multiple perspectives for decision-making: bridging the gap between analysis and action*. Amsterdam, North Holland, 1984.
 57. LINSTONE, H.A. & MELTSNER, X. Guidelines for users of multiple perspectives. In: Linstone, H.A., ed. *Multiple perspectives for decision-making: bridging the gap between analysis and action*. Amsterdam, North Holland, 1984.
 58. ALEMI, F. ET AL. How to construct a subjective index. *Evaluation and health professions*, 9(1): 45-52 (1986).
 59. COOK, R.L. & STEWART, T.R. A comparison of seven methods for obtaining subjective description of judgmental policy. *Organizational behavior and human performance*, 12: 31-45 (1975).
 60. KEENEY, R.L. The art of assessing multi-attribute utility functions. *Organizational behavior and human performance*, 19: 267-310 (1977).
 61. GUSTAFSON, D.H. ET AL. *Systems to support health policy analysis: theory, models and uses*. Ann Arbor, Health Administration Press, 1992.
 62. LABONTE, R. Healthy public policy and the World Trade Organization. *Health promotion international*, 13(3): 245-256 (1998).
 63. *Investment for health in the Valencia Region: mid-term report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).
 64. MALINOWSKI, B. The group and individual in functional analysis. *American journal of sociology*, 44: 938-964 (1939).
 65. LEVIN, S.L. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: a perspective for the 21st century. In: Sidell, M. et al., ed. *Debates and dilemmas in promoting health*. London, Macmillan, 1997.
 66. MACARTHUR, I. & BONNEFOY, X. *Environmental health services in Europe 2. Policy options*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (WHO Regional Publications, European Series, No. 77).
 67. *Investment for health in Slovenia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document).

Ek. Değerlendirme Süreci

Burada, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından geliştirilen sağlık yatırımı değerlendirme hizmeti sürecini ana hatları ile belirtiyoruz.³ Bu süreç, yukarıda bahsedilen demonstrasyon projelerinde kullanılanlardan farklıdır. Şu ana kadar uygulanan sağlık yatırımı değerlendirmesi ülke düzeyinde yapılmış, DSÖ'ye Üye Devletlerin ulusal meclisi tarafından başlatılmış ve sağlık bakanlığı tarafından desteklenmiştir. Süreç şunları içermektedir: başlangıç, hazırlık, ekibin bilgilendirilmesi, saha çalışması, rapor yazılması ve sunulması ile uzun vadeli takip.

Başlangıç

Genellikle bir “üye devlet”in meclisi, hükümeti, profesyonel veya diğer yetkilileri; Bölge Ofisi personeli ile kendilerini ilgilendiren sağlığın teşviki ve geliştirilmesi düzenlemelerinin politika yapma, organizasyon ve diğer konuları hakkında tartışmalar başlatacaktır. Bu tartışmalar genellikle DSÖ'nün yeni sağlık yatırımı değerlendirme hizmeti vasıtasıyla destek verme olasılığını ortaya çıkarır. Bunun bir Üye Devlet'in durumuna uygulanabilirliğine normalde aşağıdaki kriterler kullanılarak karar verilir:

1. Üye Devlet'in hâlihazırda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda bazı önemli adımlar atmış olması,
2. DSÖ ile bir hizmet sözleşmesi hazırlamadan önce ilgili yetkililerin, yatırım değerlendirme hizmetini ve hükümetteki karar alıcılar açısından sonuçlarını kavramaları,
3. Hizmetin hükümet ve meclisin ortak daveti ile verilmesi,
4. Üye Devlet'in hizmetin verilmesi için bazı gerekli kaynakları sunmayı kabul ederek hizmete taahhütlerini göstermeleri,
5. Kıdemli yetkililere, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ile uzun vadeli takip çalışması dâhil olmak üzere, hizmet sözleşmesindeki hükümlerin yerine getirilmesini sağlama sorumluluğu verilmesi.

Üye Devlet'in öncelik bildirisi ve değerlendirme hizmetinin amaçlanan yanıtı, hizmet sözleşmesinin merkezini oluşturmaktadır. Tipik öncelik bildirileri şunlardır:

- Sağlığı güçlendirmek için bazı fırsatların kavranmasını artırmak, ilgili ekonomik, sosyal, kültürel ve psikolojik faktörleri ele almak,
- Mevcut sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerinin entegrasyonunu güçlendirmek,
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin önemi ve uygun eylemin yapılmasının önemi hakkında hükümet ve meclis içinde daha fazla farkındalık yaratmak,
- Yatırımın getirisini optimize etmek için mevcut ekonomik şartların ışığında sağlam karar alma ve önceliklerin seçilmesine yönelik temeli güçlendirmek.

3 ZIGLIO, E. & HAGARD, S. *Sağlık fırsatları için yatırımın değerlendirilmesi*. Kopenhag, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 1998

Değerlendirme hizmetinde, Üye Devlet’lerin gündeme getirdiği öncelik alanlarında tecrübe sahibi uluslararası bir uzman ekibi, aşağıdakiler hakkında değerlendirme yapmak ve bakanlık ile meclise rapor vermek üzere çalışır:

- Toplum sağlık durumunu iyileştirmek için gerekli strateji,
- Ülkede sağlık yatırımı potansiyeli,
- Sağlık yatırımı yapmak, desteklemek ve sürdürmek için gerekli altyapı.

Hazırlık

Avrupa Bölge Ofisi ve Üye Devlet değerlendirme hizmetine başlamak üzere bir anlaşma yaptığında, detaylı bir planlama süreci başlar. Hizmet sözleşmesinde adı geçen kıdemli yetkililer ve uzman değerlendirme ekibi lideri ve sekreteryası (Bölge Ofisi’nden) bu planlamayı yapar. Hazırlık aşaması aşağıdakileri içermektedir:

1. Sağlık bakanları ve meclisteki üst düzey temsilcilerin bilgilendirilmesi,
2. Hizmetin organizasyonel düzenlemelerine dâhil olan tüm tarafların bilgilendirilmesi ve bu kişilere spesifik görevler verilmesi,
3. Değerlendirme ekibinin yapacağı saha çalışmalarının tarihlerine karar verilmesi,
4. Ekibin ihtiyacı olan beceri ve uzmanlıkların ele alınması, ekip liderinin üyeleri seçerken bunları dikkate alması,
5. Ekibe teknik destek vermesi için ülkenin görevlendireceği çok disiplinli yerel bir grubun üyeleri ile toplantı yapılması ve bunların bilgilendirilmesi,
6. Çeşitli politika sektörlerin spesifik analizlerinin hazırlanması,
7. Ekip üyelerinin ilgili kurumların kilit temsilcileri ve sağlık sektörünün içindeki ve dışındaki diğer kişilerle bireysel toplantılar ve grup toplantıları ve görüşmeler yapmaları için yer ve zamana karar verilmesi,
8. Saha çalışmasından önce ekip üyelerini bilgilendirmek için bir kaynak paketinin içeriğinin ve toplanmasının planlanması ve katılan tüm taraflar için değerlendirme sürecinin yazılı bir sunumunun hazırlanması,
9. Ülkedeki birçok kurumu, uzmanı, sivil toplum kuruluşunu, uzman olmayan topluluk temsilcilerini ve diğer kişileri dâhil ederek katılımcı ve şeffaf bir şekilde yukarıda tarif edilen görevlerin yerine getirilebileceği bir sürecin geliştirilmesi.

Ekibin Bilgilendirilmesi

Saha çalışmasının başlamasından en az 4 hafta önce ekip liderleri kaynak paketlerini alır. Bu paketler ülkeye ilişkin aşağıdaki bilgileri kapsamaktadır:

- Tarih ve coğrafyası,
- Anayasa ve yönetim sistemi,
- Sağlığı doğrudan etkileyen yasalar,
- Ekonomik ve sağlıkla ilişkili kilit bütçe verileri,
- Demografik ve sosyal veriler, sağlık ve morbidite/mortalite verileri,
- Sağlığı etkileyen hükümet dışı kaynakları da içeren yapısal, organizasyonel ve kurumsal bilgiler.

Kaynak paketini okuyan ekip üyeleri; daha detaylı bir bilgilendirme, analiz ve çerçeve planlama çalışması için 2-3 günlüğüne Üye Devlet'te bir araya gelir.

Saha Çalışması

Saha çalışması genellikle 2 hafta devam eder ve 5 amacı bulunmaktadır:

- Ülkedeki farklı unsurların sağlığın teşviki ve geliştirilmesine potansiyel katkısını anlamak ve bu unsurları faaliyete geçirmek için uygulama adımlarını belirlemek (hem hükümet içinde hem de dışında kilit kişiler ve gruplarla görüşmeler ve yarı yapılandırılmış tartışmalar vasıtasıyla),
- Ülkede sağlığın teşviki ve geliştirilmesini etkileyebilecek ekonomik, sosyal, kurumsal, yasal ve diğer potansiyel güçlü yanları analiz etmek ve değerlendirmek,
- Potansiyel sağlık yatırımı stratejisinin ana unsurlarının çerçevelenmesine ve sonuçların hazırlanmasına başlamak; yasal, kurumsal, organizasyonel ve mesleki düzenleme ve süreçlere yönelik gerekli gelişim ve reform önerilerini hazırlamak,
- Gelecekte yapacakları iş birliği sağlık yatırımının başarısı için çok önemli olan liderler arasında amaçlar, metotlar ve strateji hakkında politik fikir birliğini hızlandırmak ve sürdürmek,
- Hükümet ve meclise ülkedeki sağlık stratejisi yatırımının ana unsurlarına yönelik bir çerçeve sunmak.

Rapor Yazılması ve Sunulması

Saha çalışması sona yaklaşırken değerlendirme ekibi, ülkenin ilgili bakanına (genellikle sağlık bakanı) ve meclise sunacakları raporun hazırlanmasına odaklanır. Değerlendirme ekip lideri ve raportör; raporun genel yapısı, sonuçlar ve tavsiyelerle ilgili bölümlere karar vererek çalışmayı kolaylaştırır. Daha sonra ekibin hepsi çalışmalarını gözden geçirir. Yerel kaynak grubunun bu aşamadaki rolü çok önemlidir: Raporun ana unsurları, bakan ve meclis ile tartışılmadan önce bir ön tartışma görevi görür.

Raportör; raporun yazılması, diğer ekip üyeleri ile istişare edilmesi ve ekip lideri ile birlikte 4 hafta içinde taslak bir raporun hazırlanmasından sorumludur. Ekip, taslak raporu; görüşlerini almak ve bilgilerin doğrulanması için bakan ve meclise sunar. Bunlarla raportör raporu tamamlar ve ekip lideri resmî olarak raporu teslim eder.

Bunu yaparken ekip lideri; raporda geniş çaplı ve katılımcı bir sürecin sonucu olarak tartışmaları güçlendirmek, fikir birliğini büyütmek, sinerji oluşturmak ve hükümet ve meclisin eylemini yönlendirmek için kullanılacak bir formatta sonuçların bir araya getirildiğini vurgulayarak sağlık yatırımı değerlendirme sürecinin ana amacı ile raporun aynı doğrultuda olmasını sağlar. Bundan dolayı, rapor statik bir belge değil, toplum sağlığını geliştirmeye yönelik yenilikçi ve etkili bir yatırım stratejisinin oluşturulması, uygulanması ve sürdürülmesindeki ilerlemeyi kolaylaştırmak için önemli bir araçtır.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, ülkeye tavsiyelerin uygulanması konusunda desteğini sunar. Bu destek, meclis tartışmalarında yer alma, uygulama hakkında tavsiyelerde bulunma ve kapasite oluşturma faaliyetleri şeklinde olmuştur.

Değerlendirme Raporunun Sunulması

Ekibin değerlendirmesi 3 kısımdan oluşmaktadır:

1. Ülkedeki genel durum,
2. Sektörel analiz (sanayi ve ticaret bütün olarak mali hizmetler, turizm ve yemek hizmetleri, tarım ve bahçecilik ve gıda sanayi, ulaşım, eğitim, sağlık hizmetleri ve basın yayın) ve sektörler arası politika seçenekleri,
3. Yapısal, organizasyonel, sektörler arası ve kurumsal konular.

Birinci ve ikinci maddenin değerlendirilmesi, mevcut sağlık yatırımı uygulamasında politika geliştirmenin güçlü ve zayıf yanlarını belirler. Bunu tehdit ve fırsatların belirlenmesi takip eder. Üçüncü kısımda sektörel ve sektörler arası gelişime ilişkin konular ele alınır. Değerlendirmenin her kısmında, ekonomik ve sosyal kalkınmanın kilit politika özellikleri vasıtasıyla sağlığı daha etkili bir şekilde geliştirmeye ve bu gelişimi sağlık yatırımı ile güçlendirmeye yönelik fırsatlar belirlenir.

Değerlendirmenin üçüncü kısmı için biraz daha tartışma gereklidir. Yapısal, organizasyonel, sektörler arası ve kurumlar konular hakkında raporlama, politika ortamının sağlık yatırımı ne kadar uygun olduğuna odaklanır. Politika ortamı, aşağıdakileri geliştirebilmeli ve sürdürebilmelidir:

1. Fikir birliğine dayalı politika oluşturma (hükümetten orta ve uzun vadeli taahhütleri destekleyen) ve meclis ile diğer politika yapıcı kurumlardan sağlık yatırımı yaklaşımı ve sonuçlarına yönelik tutarlı, bilgilendirilmiş destek,
2. Politika oluşturmaya destek vermek ve uygulanmasını sağlamak için tutarlı ve yetkilendirici bir altyapı,
3. Ulusal ve yerel düzeylerde yeterli kapasite ve uygun bir odak,
4. Kanıta dayalı yerel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamaları,
5. Tüm düzeylerde uzlaşma oluşturmaya yönelik teşvikler,
6. Nitelikli anket, araştırma ve değerlendirme uygulaması,
5. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasındaki tüm konulara özellikle destek, aracılık, topluluk katılımı ve yetkilendirmeye yönelik eğitim,
7. Uzun vadeli kaynaklar ve bunların esnek ve sürdürülebilir kullanımı.

Değerlendirme ekibi, temel konular hakkında uygulama tavsiyeleri sunar. Ayrıca uygulamayla ilgili DSÖ'nün tavsiye ve desteğini sunar. Genel olarak bir ekibin sunumunda aşağıdakiler yer alır:

1. Sağlık yatırım stratejisi oluşturmada hükümet ve meclise tavsiye verilmesi,
2. Mevcut sağlığın teşviki ve geliştirilmesi altyapısındaki spesifik boşlukları ve bunları düzeltmek için gerekli adımları belirleyen tavsiyeler,

3. Güvenli ve güçlü, uzun vadeli sağlık yatırımı finansmanı kurmaya yönelik prosedürler,
4. Başarılı sağlık yatırımı için gerekli olan yeterli sayıda nitelikli personelin gelişimi ve yerleştirilmesi için sağlam tedbirler tasarlama ve uygulamaya yönelik planlar.

Görevin genel sistem görüntüsüne odaklanırken altyapıya yönelik tavsiyeler, sağlam fonksiyonel analizlere dayalı yapısal değişikliklerin uyarlanması ve değiştirilmesini desteklemektedir. Yalnızca uyarlamanın mümkün olmadığı durumlarda yeni yapılar önerilir.

Bölüm 5

Sentez ve Sonuç

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanında Değerlendirme: Sentez ve Tavsiyeler

*Michael S. Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen, Louise Potvin,
Irving Rootman ve Jane Springett*

Bu kitabın geliştirilmesine, en başından itibaren net ve spesifik bir hedef rehberlik etmiştir:

Değerlendirme teorisini ve iyi uygulamaları gözden geçirerek ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımlarının değerlendirmesine ilişkin politika yapıcılar ve uygulayıcılar için kılavuzlar ve tavsiyeler geliştirerek sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi ve uygulamasına yönelik yenilikçi yaklaşımları özendirmek ve desteklemek.

Bu bölümde DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu'nun çalışması, 2 bakış açısından tekrar gözden geçirilmekte ve incelenmektedir. Öncelikle Grup, 2 hedefin kapsamında (yani mevcut bir dizi nicel ve nitel değerlendirme yöntemlerini incelemek ve politika yapıcılara ve uygulayıcılara rehberlik etmek) belirlenmiş spesifik görevleri ne kadar başarılı bir şekilde yerine getirdiğini sorabilir. Başarı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinde uygun yöntemlerin kullanımının teşvik edilmesi ve bu tür değerlendirmelerin kalitesinin artırılması bakımından gerekli bir unsurdur (1).

Grup çalışmasının incelenmesi, Grubun hedeflerine ulaştığına işaret etmektedir. Bu kitabın bölümleri; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi girişimlerine ilişkin teori, metodoloji ve uygulamaların kapsamlı derlemesini ve tartışmasını içermektedir. Ayrıca, *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Değerlendirmesi: Politika Yapıcılara Yönelik Tavsiyeler (1)* başlıklı doküman, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi uygulamasını etkileyen kararların alınmasında yer alan politika yapıcılar ve diğer aktörlere genel olmakla birlikte yeni ufuklar açan *tavsiyelerde* bulunmaktadır. Bu bağlamda Çalışma Grubu; çalışmalarının, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi girişimlerinin miktarı ve kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi olacağından emindir. Ancak yine de Grup, yapmış olduğu çalışmayı daha eleştirel bir yaklaşımla değerlendirmek zorundadır. Çalışma Grubu, neler öğrendiğinin sentezini yaparak, cevaplanmamış sorular ve öne çıkan konuları araştırarak ve ileriki yıllarda yapılacak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi çalışmalarını geliştirmeye yönelik bir eylem planı önererek, orijinal kavramsal çerçeveye (bk. Fası 1) sadık kalma durumlarının incelenmesinden çok şey kazanmaktadır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Değerlendirmesi Çerçevesinin Yeniden Gözden Geçirilmesi

Fasıl 1 kapsamında 2 hedef vardır: İlk hedef Çalışma Grubu'nun sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine ilişkin ilk bakış açılarını anlamaya çalışmak, ikinci hedef projenin ve diğer bölümlerin gelişimi için bir referans noktası oluşturmaktır. İlk hedef söz konusu olduğunda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve değerlendirme anlayışının netleştirilmesinin ardından Fasıl 1, Grubun sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine ilişkin görüşünün birbiriyle bağlantılı 3 farklı boyutunu sunmaktadır. Öncelikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi konusundaki her türlü tartışmada kesinlikle gerekli olmakla birlikte çoğunlukla gizli kalan 5 ağırlıklı konu tespit edilmektedir: sosyal programlama, bilgi oluşturma, değer biçme ve kullanma, son olarak değerlendirme. Ardından, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirilirken karşılaşılan 8 güçlük üzerinde durulmaktadır: felsefi (epistemolojik dâhil) konular; özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile bağlantılı kavramsal konular (güçlendirme, kapasite oluşturma ve kontrol); sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde ve değerlendirmesinde teorinin rolü ve metodolojilerin uygunluğuna ilişkin konular; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine ilişkin etik, siyasi ve diğer konular. Son olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmasının yürütülmesinde benimsenen ilkeler ve 7 adımın genel hatlarını çizen daha spesifik bir çerçeve sunulmaktadır.

Bu tür bir kitabın tüm okuyucuların beklentilerini karşılaması beklenemez: Tek bir cilt, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi ile ilişkilendirilen konuların çeşitliliğini ve derinliğini tamamıyla ele alamaz. Ele alınan konuların incelemesinin yanı sıra konuların tartışılma şekli, okuyucunun bakış açısına bağlı olarak kitabın bünyesinde hem güçlü yönler hem de zayıf yönler barındırdığına işaret etmektedir.

Bu kitabın birçok güçlü yönü vardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi ile ilgili bir dizi hem genel hem de spesifik konuyu kapsamaktadır. Daha genel seviyede, Bölüm 2'yi (ve özellikle Fasıl 3) oluşturan fasılların çoğu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi girişimlerinde kanıtın yapısı ve anlamı ile ilgili genel konular ve bu kanıtların nasıl elde edilebileceğini/edilmesi gerektiğini ele almaktadır. Diğer fasıllar, nitel metodolojilere karşı deneysel metodolojiler ve katılımcı araştırma ve değerlendirme gibi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi ile genel olarak ilgili olan konuları ele almaktadır (bk .Fasıl 2 ve 5).

Daha spesifik konuları ele alan bu kitap, genel olarak toplumda ve okullar, iş yerleri ve kırsal alanlar (Fasıllar 10-14) olmak üzere özelde 3 ortamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesine ilişkin ayrıntılı tartışmalar ve rehberlik sunarak güçlü katkı sağlamaktadır. Buna ilaveten Fasıl 15-18; genel olarak değerlendirme politikalarına ilişkin konular veya toplum, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi etmeyi veya diğer sağlık girişimlerini desteklemeyi amaçlayan konuları ele almaktadır. Fasıl 19-21, özellikle sağlık iletişiminin değerlendirmesi, sağlık sistemleri ve yeni ortaya çıkan bir konu olan sosyal sermayenin, toplumda

sağlığın gelişimi ve korunmasına olan katkısı konusunda bilgi vermektedir. Özetle Çalışma Grubu, değerlendirmede yer alan birçok genel ve spesifik konuya gösterdikleri ilginin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanına katkıda bulunduğuna ve Grup olarak, Fası 1’de belirtilen 5 temel konuya ilişkin tartışmalara bağlı kaldıkları sonucuna ulaşmaktadır.

Birçok okuyucu, bu kitabın ilgili konularda sunduğu rehberlikten yararlanırken bazı okuyucular; kitabın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin nasıl değerlendirileceği konusunda sunduğu ayrıntı seviyesi ve bakış açılarından tatmin olmayabilir.

Ancak Çalışma Grubu; projenin başlarında, değerlendirmeye ilişkin bir tarif kitabı hazırlanmasının bir öncelik olmaması gerektiğine karar vermiştir. Grubun böylesi bir karar almasının 2 nedeni vardır. Öncelikle çok sayıda kural, nasıl değerlendirme yapılacağı konusunda adım adım rehberlik sunabilir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde yaşanan zorluklar, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’nde (2) belirtildiği üzere, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasına özgü olan hedef, değer, ilke ve stratejilerden kaynaklanmaktadır. Değerlendirme sürecinin her bir aşamasında, Fası 1’de belirtilen 7 adım gibi, uygulayıcılar; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi çalışmalarının bünyesinde yer alan özgün konu ve güçlükleri ele almak için standart prosedürlerde ne gibi yenilikçi değerlendirme metodolojilerine veya değişikliklere başvurulması gerektiğini sormalıdır.

İkinci olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan kişiler net bir bilimsel temel geliştirene ve kapsamlı, çoğu kez zor ve kimi zaman değer yüklü soruları ele alana kadar, değerlendirme; geçici ve bazen tutarsız olmaya ve ikna edici olmamaya devam edecektir. Bu nedenle yazarlar; değerlendirme olgusunun yapısı (yani ontolojik soru), sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkinliği bakımından bilginin ne anlama geldiği (epistemolojik soru) ve bu bilginin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi vasıtasıyla nasıl temin edilebileceğine ilişkin daha kapsamlı sorular üzerinde durmuştur ve bu sorulara netlik kazandırmış olmayı umut etmektedir (bk. Fası 3).

Özetlemek gerekirse son kısım 3 soru üzerinde durmaktadır:

1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi konusunda ne öğrenilmiştir?
2. Hâlâ çözülmesi gereken konu ve sorular nelerdir?
3. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda daha uygun değerlendirmeler yapılması için ne gerekmektedir?

Bu ciltteki fasılların bu sorulara nasıl cevap verebileceğinin ayrıntılı analizi, bu 3 sorunun birbiri ile yakından bağlantılı olduğuna işaret etmektedir. Örneğin, öne çıkan konular, hem sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışanların ne öğrendikleri hem de gelecekte ne yapmaları gerektiği ile ilgilidir. Basit ve açık olması açısından

takip eden 2 kısım; ilk 2 sorunun ayrıntılı bir analizini sunmakta ve sonrasında sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesinin geleceğine yönelik tavsiyelere odaklanmaktadır. Bu fasıl, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının planlanması ve değerlendirmesi konusunda yardımcı olmak üzere genel bir model sunarak sona ermektedir.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Değerlendirmesine İlişkin Dersler

Çalışma Grubu, en az 6 önemli ilke belirlemiştir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi;

1. Gelişen bir alandır,
2. Uygulamaya ciddi bir katkı sağlayabilir,
3. Çalışmaların etkililiğine ilişkin kanıt yetersizliğinden dolayı sıkıntı yaşanmaktadır,
4. Birçok yaklaşım ve model içerir,
5. Hem nitel hem nicel metodolojiler için meşru roller sunar,
6. Çok çeşitli sosyal bilim disiplinleri ve yaklaşım kullanır,
7. Bir dizi planlama modelini temel alır,
8. Teori ve diğer kavramlaştırmaların etkili olmasını gerektirir,
9. Değerlendiricilere/araştırmacılara birçok olası rol sunar.

Gelişen Bir Alan

Birçok fasıldaki tartışma, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin gelişen bir alan olduğunu göstermektedir. Çelişkili bir biçimde insanlar, yüzyıllardır olmasa bile, yıllardır sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çalışmakla birlikte sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusunda çalışanlar, ancak son birkaç on yıldır, toplumda sağlıkla ilgili sorunlar için daha kapsamlı ve muhtemelen daha etkili bir yaklaşım sunan tutarlı bir değer, amaç, ilke, strateji ve uygulama dizisi belirlemeye başlamıştır. Önceki nesiller tarafından sağlık sorunlarını önlemek ve sağlığı güçlendirmek için benimsenen yaklaşımların çoğu (sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanındaki son gelişmelerle tutarlı olsa bile), ilke ve stratejiler; [Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (2) ve 21. Yüzyılda Sağlığın Geliştirilmesi Konusunda Jakarta Bildirgesi (3) gibi dokümanlarda belirtildiği üzere] sağlık anlayışı, sağlığı etkileyen bir dizi sosyal, çevresel ve bireysel faktörler ve etkili eylem için gerekli olan karmaşık yaklaşımlarda hızlı bir gelişme olduğunu yansıtmaktadır (bk. Fasıl 22).

Ancak hiç kuşkusuz, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin gelişen yapısı; birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Öncelikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ne olduğuna ilişkin net, tutarlı ve inandırıcı bir ifade sunma konusunda kavramsal bir zorluk vardır. İkinci zorluk, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetlerini oluşturan tüm yaklaşım, strateji ve müdahaleleri (program, politika ve hizmetler) tespit etmek ve kavramsal olarak organize etmektir. Üçüncü zorluk, istenen etkiyi yaratması en muhtemel koordineli stratejiler alt kümesini seçmek ve uygulamaktır. Son zorluk, bu kitapta tartışıldığı üzere, değerlendirme ile ilgili konu ve sorunları ele almaktır.

Değerlendirme konusunda artan baskı, gelişmekte olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının bir başka özelliğidir. Bunun birçok nedeni vardır ve bundan dolayı da değerlendirme çok çeşitli biçimlerde gerçekleştirilmektedir. Öncelikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarını yürütenler ve paydaşlar, çoğu zaman içten empoze edilen iç baskı yaşamaktadır. Profesyonel ve diğer paydaşlar, kendi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerine büyük kişisel yatırım yapmış durumdadır. Bu da zaman, enerji ve diğer kaynakların iyi harcanıp harcanmadığını bilmek yönünde güçlü bir istek doğmasına neden olmaktadır. Sadece kendi çabalarının olumlu bir etkisi olup olmadığını bilmekle kalmayıp (çıktı veya etki değerlendirmesi), olumlu veya olumsuz etkinin nedenini de bilmek istemektedirler (süreç değerlendirme). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesine yönelik artan talebin temelinde, hükümet ve hükümet dışı finansman kurumları, hesap verilebilirlik konusunda yaptıkları dış baskı yatmaktadır (bk. Fasıl 8). Anlaşılabileceği üzere, finansman kurumları; gittikçe daha kısıtlı hâle gelen mali kaynaklarının uygun şekilde kullanıldığı konusunda garanti istemektedir. Finansman kurumları genelde sunuları talep etmektedir:

- Etkinlik ve özellikle maliyetle ilişkili etkinlik (maliyet etkinliği, maliyet-fayda veya maliyet-yarar analizi) kanıtı,
- Müdahalelerin, başta planlandığı şekilde uygulanmış olduğuna veya uygulanmakta olduğuna ilişkin kanıt.

Çalışma Grubu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi durumu ile sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi konusunda savunmacı görünmek istememekle birlikte yeni gelişmekte olan bir alanın, uzun bir geçmişe sahip olan diğer alanlar kadar karmaşık olmamasının beklendiğini ileri sürebilir. Buna ilaveten sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bu disiplinin temelini oluşturan birçok disiplindeki gelişme seviyesini yansıtmaktadır. Yani sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirme çalışmalarında karşılaşılan zorluklar; eğitim, sosyal çalışma, psikoloji, sosyoloji, şehir planlaması ve halk sağlığı dâhil ilgili alanlardaki değerlendirme çalışmalarında yaşanan zorluklarla aynı olmasa bile benzerdir. Bu disiplinler geliştikçe ve toplumun ihtiyaçlarına cevap veren program ve politikaları değerlendirdikçe, sağlığın teşviki alanında yaşanan 4 aynı zorlukla karşılaşmaktadırlar. Çalışma Grubu, bu nedenle genel anlamda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ve özelde değerlendirmesinin gelişmeye devam edeceğini ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinin, kendisinin temelini oluşturan disiplinlerdeki gelişmelerden faydalanmayı sürdürmesini beklemektedir.

Uygulamaya Ciddi Katkı

1. Bu yayındaki fasıllardan çıkarılan en güçlü sonuçlardan biri; değerlendirmenin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasına olan özel katkısıdır. Birçok yazar, değerlendirmeye ilişkin çeşitli yaklaşımlar ve değerlendirmenin birçok faydasını enine boyuna ele almaktadır. Özetle değerlendirme; planlama, geliştirme ve uygulama süreçlerine katkıda bulunarak herhangi bir girişimin kalite ve

etkililiğini artırabilir. Birçok fasıl, uygun değerlendirme prosedürlerinin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine 2 şekilde katkı sağladığını öne sürmektedir. İlk olarak bilgi değerinin yerel seviyede geliştirilmesine yardımcı olabilir ve diğer ortam ve durumlardaki girişimlere uygulanabilirler. İkinci olarak prosedürler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi merkez mekanizmasına;

2.

1. Paydaşlara, kendi sağlıklarını etkileyen konuları tespit etme ve kendi sağlıklarını etkileyen eylemler konusunda bilinçli kararlar alma kontrolü sağlayacak bilgi temelini sunarak,
2. Paydaşlar arasında sorumluluk ve hesap verilebilirliğe ilişkin uygun beklentileri teşvik ederek,
3. Dışlanmış grupların kendilerini etkileyen konuları anlama ve kontrol etme kapasitelerini güçlendirerek katkı sağlayabilir (bireysel paydaşların ve toplumdaki paydaşların, aşağıda belirtilenler vasıtasıyla kendi sağlıklarını etkileyen faktörleri kontrol etmek üzere güçlendirilmesi).

Etkililiğe İlişkin Kanıt Yetersizliği

En azından yayınlanmış literatürde gösterildiği kadarıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin kısmen az sayıda değerlendirme yürütülmüştür. Özellikle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin sistematik incelemeler konusunda az çalışma vardır. Değerlendirme yapma ve yayımlamada yaşanan zorluklar dikkate alındığında ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve diğer alanlardaki değerlendirme durumu karşılaştırıldığında, değerlendirmelerin azlığı daha az cesaret kırıcı hâl almaktadır.

Çeşitli fasıllar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesine ulaşma yetersizliğinde etkisi olan 3 faktör grubu belirlemektedir. İlk olarak bazı faktörler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine dair değerlendirme yapabilme ehliyeti ile ilgilidir. Bunlar; çok seviyeli, çok stratejili müdahaleler içeren, uzun bir zaman çerçevesine sahip olan ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin uygulanmasında yetersiz kontrol sahibi olan karmaşık müdahalelerin değerlendirmesindeki zorlukları içermektedir. Buna ilaveten, uygun değerlendirme türleri için finansman sağlama durumu sınırlıdır. Kısmen az sayıda kaynak, sağlığın teşviki ve geliştirilmesini karakterize eden karmaşık müdahalelerin değerlendirilmesine aktarılmıştır. İkinci olarak faktörler seti, etkililiğin değerlendirilmesi için kullanılan kriterlerle ilgilidir. Bu zorluğun 2 yönü vardır: İlk olarak bireysel girişimlerin değerlendirilmesi için kullanılan metodoloji ve değişken ölçü ve kriterlerin uygunluğuna ilişkin büyük tartışma ve ikinci olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğine ilişkin kanıtın sentezi için kullanılan uygun yöntemler konusunda ciddi görüş ayrılığı. Örneğin, randomize kontrollü deneye karşı topluluk deneyimlerine yönelik hikâyeleri (bir konuya dâhil olan veya o konudan etkilenen insanların anlattıkları). Kanıt temelli tıbbın etkisi; etkililiğin, literatür incelemelerinde yer alabilmek için öncelikli kriter olan randomize kontrollü deneyler karşısında ölçülmesi yönünde bir baskı oluşturmaktadır. Son olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi çalışmalarının yayımlaması konusundaki sınırlı olanaklar ve erişilebilir dergi veya

kitaplarda yayımlanmayan gri veya kaçak değerlendirmelerin tespit edilmesindeki güçlük dâhil, bazı faktörler; yapılan değerlendirmeler hakkında bilgi sahibi olma (ve bunlardan bilgilenme) imkânını kısıtlamaktadır.

Değinildiği üzere sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi çalışmalarının az sayıda olması ve metodolojik kısıtlamalar, hem sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin hem de değerlendirmedeki değişimin mevcut aşamasını yansıtmaktadır. Birçok ilgili alanın, değerlendirme konusunda, benzer yetersiz çıktılarla aynı zorluklarla karşılaştığının bir kere daha hatırlatılması gerekmektedir. Örneğin beslenme, ilaç alımı, fiziksel aktivite ve gençlikte gebelik ile ilgili girişimlerin etkililiği konusundaki literatür incelemeleri; çok iyi şekilde yürütülmüş değerlendirmeler veya tutarlı bulgular elde etmiştir. Çalışma Grubu, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi çalışmalarının sayı ve kalite olarak gelişme göstermeye devam etmesini, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin kapsamlı literatüre incelemelerinin sayısında da benzer bir artışın sürmesini umut etmektedir.

Birçok Yaklaşım ve Model Kullanılması

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında çalışan birçok kişi, değerlendirme hedefleri ve araştırma paradigması, metodoloji, tasarımı ve yöntemlerine ilişkin geleneksel varsayımları sorgulamaktadır. Aynı zamanda, alternatiflerin faydası ve uygunluğundan da emin değildirler veya bu konuda kafaları karışıktır. Bu tartışmada birçok unsur vardır ve bu unsurlar, şunları içermektedir: pozitivist araştırma paradigmasına dayanan geleneksel değerlendirme metodolojilerinin uygunluğu; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi ve araştırmasında, alternatif yaklaşımların belirlenmesi veya geliştirilmesi; sınırlı sayıda profesyonel alan alt kümesinin (ve özel alanları ve araştırma yöntemleri) olası baskınlığı (özellikle epidemiyolojik ve biyomedikal araştırmaya verilen ağırlık).

Hem Nitel Hem Nicel Metodolojiler İçin Meşru Roller¹

Birçok fasılda, tekrar tekrar nitel ve nicel yaklaşımların uygunluğu konusu gündeme gelmektedir. Bu konuda 4 soru sorulması gerekmektedir:

1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında nitel araştırma nedir?
2. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi çalışmaları için ne kadar uygundur?
3. Bu tür değerlendirmelerde ne ölçüde faydalıdır?
4. Değerlendiricilerin, nitel araştırma yöntemlerinde bu değerlendirmeleri kullanırken ne bilmeleri gerekmektedir?

Fasıl yazarları; genel olarak nitel araştırmanın, ekonomik değerlendirme hariç, çoğu sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmasının değerlendirmesinde faydalı ve uygun

¹ Bu kısım, Barbara Kahan'ın yapmış olduğu bir analizin sonuçlarını özetlemektedir. (*The role of qualitative research in the evaluation of health promotion initiatives: an examination of a collection of papers written for WHO*. Toronto, University of Toronto, 1998 (belge))

olduğu konusunda hemfikirdir. Ayrıca, bu değerlendirmelerin hem nitel hem nicel yöntemleri gerekli kıldığı konusunda da aynı fikirdeymiş gibi gözükmektedirler. Ancak yazarlar, nitel araştırmayı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında tanımlarken daha az hemfikir gözükmektedir. Yazarlar; *niteli*, değerlendirme yaklaşımı veya tasarımı, toplanan veri türü, veri toplama teknikleri veya bir analiz biçimine atıfta bulunmak için kullanılmaktadırlar. Bu nedenle *nitel araştırma*; bir paradigma, bir metodoloji veya yöntem olarak görülebilir. Bu farklı bakış açıları, şu tür konuları gündeme getirmektedir: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için en iyi paradigma hangisidir? Seçilmiş paradigma ile en tutarlı olan metodoloji hangisidir? Hangi spesifik yöntemler, (nitel veya diğerleri) belli bir koşul ve belli bir bağlamda bir değerlendirmenin gündeme getirdiği sorulara yanıt vermek açısından en uygundur?

Son olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinde nitel araştırmanın kullanılmasına ilişkin birçok şey bilinmekle birlikte, daha fazla beceri ve bilgi gereklidir. Daha fazla araştırma yapılması gereken alanlara örnek olarak şunlar verilebilir: Nitel araştırma yöntemleri, nicel araştırma yöntemleriyle nasıl birleştirilmelidir? Sonuçların güvenilir olmasını sağlamak için hangi prosedürler takip edilmelidir? Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendiricilerine, nitel araştırmanın kullanılması konusunda eğitim ve ileri eğitim en iyi nasıl verilmelidir? Etnik konular nasıl ele alınmalıdır?

Çok Çeşitli Sosyal Bilim Disiplinleri ve Yaklaşımın Kullanılması

Hâlihazırda belirtilmiş olduğu gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, çoğu kez karmaşık topluluk ortamlarında geleneksel araştırma ve değerlendirme metodolojilerinin lehinde olduğu kontrol türüne (ve standartlar) teslim olmayan çoklu strateji müdahalelerini içerir. Buna ilaveten, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ideolojik olarak güçlendirmenin ve bir müdahalenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesinin tüm yönlerinin toplum tarafından sahiplenilmesi durumunun geliştirilmesini hedeflemektedir.

Bu nedenlerden dolayı, değerlendirmecilerin kullanabileceği yaklaşımlar, konuların kapsamına ve kullanacakları ortama uygun metodoloji seçimine imkân verecek yelpazede olmalıdır.

Buna ek olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri tipik olarak çeşitli veri kaynakları (topluluk hikâyeleri gibi) ve epidemioloji ve nüfus araştırmaları vasıtasıyla tespit edilmiş sorun veya konulara verilen karmaşık yanıtlardır. Bu yanıtlar; etkilikleri bakımından, psikoloji, sosyoloji, siyaset bilimi, antropoloji ve ekonomi gibi sosyal birimler yelpazesinin kullanılmasına bağlıdır. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesi; sadece sağlık sorunları insidansı veya prevalansı gibi girişimlerin çıktılar üzerindeki etkisini değerlendirmek yerine, girişimin altında yatan psikososyal ve kültürel faktörleri ve teorik değişkenleri dikkate almalıdır.

Bir Dizi Planlama Modelinin Kullanılması

Birçok kişi, değerlendirme sürecinin, planlama süreci ile bütünsel olarak ilişkili olduğunu gözlemlemiştir. Değerlendirme ve planlama süreçleri, aynadaki yansımalar olarak görülebilir. Planlama, uygulama ve değerlendirme çoğu kez yinelenen bir döngünün bileşenleri olarak görülür. Planlama uygulamaya, uygulama ise değerlendirmeye geçişi sağlar; değerlendirme de planlamanın daha da gelişmesini sağlayabilir. Bununla birlikte birçok fasıldaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin planlama ve uygulaması tartışılmaktadır. Bu tartışmanın bir kısmı, bazı modellerin ayrıntılarını sunmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesiyle özellikle ilgili olan konular şunlardır: halk sağlığının geliştirilmesi ve diğer sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programları arasındaki farklar (özellikle karmaşıklık ve geniş zaman çerçevesi bakımından), büyük ölçekli toplum programlarına karşı küçük ölçekli toplum programları, çevrenin, programın etkisi üzerindeki nüfuzu ve bir program; gelişme, uygulama ve sonuç aşamalarından geçerken değerlendirmenin değişen işlevleri. Bu aşamalardan her biri, farklı değerlendirme soruları ortaya koymaktadır.

Etkili Değerlendirmede Teori ve Diğer Kavramlaştırmaların Rolü

Birçok fasıl; teori ve ilgili kavramlaştırmaların, değerlendirme sürecine yönelik önemli katkılarını vurgulamaktadır. Daha kısıtlı olan kavram, teori ve varsayımlar değerlendirmeye 2 önemli şekilde katkı sağlamaktadır: Kavram, teori ve varsayımlar; değerlendirmenin planlanması ve uygulanması için bir çerçeve sunmaktadır ve bir girişimin, istenen etkileri neden yarattığını veya yaratamadığını ve nasıl yarattığını veya yaratamadığını anlamak için gereklidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi teorisinin olup olmadığı henüz netlik kazanmamış olmakla birlikte (tıpkı halk sağlığı veya eğitim teorilerinin olup olmadığının net olmadığı gibi) teori, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamasına çeşitli şekillerde katkı sağlayabilir. Örneğin teoriler ve kavramlar, konuların yapı ve etiyolojisinin tanımlanması ve açıklanmasına yardımcı olur. Sosyal bilimlerde kullanılan birçok teori ve kavram, konulara etkili bir şekilde yanıt verme biçimlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasında yardımcı olur. İlave olarak Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi (2) gibi çerçevelerde yer alan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramları bu yanıtların geliştirilmesi için bir temel ve süreç ortaya koymaktadır. Son olarak değerlendirme, her zaman değerlendiricilerin teorik ve kavramsal bakış açılarına bağlıdır. Bu da değerlendiricilerin değer ve menfaatlerinin dikkatli ve kritik bir şekilde analiz edilmesinin önemini göstermektedir.

Değerlendiricilerin/Araştırmacıların Rolü

Bu kitap; değerlendirici ve araştırmacıların, girişimlerin etkililiğinin değerlendirilmesindeki açık rollerinin yanı sıra değerlendirmeci/araştırmacıların genel olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesine diğer önemli katkılarını ortaya koymaktadır (bk. Fasil 4,10 ve 11). Değerlendiriciler, yaptıkları çalışmaların 2 özelliği ile katma değer sağlayabilir. Bilgi geliştiriciler şeklindeki birincil rollerinde değerlendiriciler; bilginin geliştirilmesine yönelik engel ve direncin azaltılması,

bilginin tüm paydaşlar arasında paylaşılmasının teşvik edilmesi ve değerlendirme sonuçlarının kullanımının güçlendirilmesi bakımından önemli bir pozisyon üstlenmektedir. Değerlendiriciler; katılımcı değerlendirme ilkesini benimseyerek paydaşların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin her bir öge ve aşamasına katılımını teşvik edebilmekte; paydaşların değerlendirme planlama ve yürütme ve bunun etkilerini belirleme ve kullanma kapasitelerini artırabilmektedir.

Daha Uygun Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Değerlendirmeleri Yürütülmesi İçin Tavsiyeler

Tüm fasıllar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesinin iyileştirilmesi için neye ihtiyaç olduğu konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır. Ayrıntılı bir analiz sonucunda bu tavsiyeler, 3 temel kategoriye ayrılmıştır: felsefi ve kavramsal ihtiyaçlar, metodolojik ihtiyaçlar ve diğer pratik, politik ve etik ihtiyaçlar. Bu kategoriler ve bunları oluşturan tavsiyeler; DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu (1) tarafından politika yapıcılar için geliştirilmiş olan sonuç ve tavsiyelerle oldukça uyumludur. Bu fasılın yazarları, uyum ve simetri bakımından, bu kitapta yer alan tavsiyeleri politika yapıcılara yönelik tavsiyelerle sınırlamaktadır. Burada sunulan tavsiyeler, daha uygun sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmeleri yürütülmesi için kapsamlı bir eylem planının temellerini oluşturmaktadır. Sıralanan görevlerden bazıları, diğer grupların sorumlulukları kapsamına girse bile politika yapıcılar; bunlara ulaşılmasına imkân vermekten sorumlu olacaktır.

1. Politika yapıcılar,

- Zamanında ve faydalı olma durumlarını artırmak için kamu paydaşları ve özel paydaşların değerlendirmelere katılımlarını artırarak,
- Toplum katılımının, araştırmanın geçerliliğindeki etkisi üzerinde çalışarak,
- Yerel varlıkları tespit ederek,
- Ekonomistler gibi yeni ortaklar belirleyerek ve bu ortaklarla çalışarak

“sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinde doğrudan menfaati bulunan herkese anlamlı katılım imkânı sunan katılımcı yaklaşımların benimsenmesini teşvik etmelidir.” (1).

2. Politika yapıcılar, “sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerine tahsis edilen toplam mali kaynakların, asgari yüzde onunun değerlendirmeye ayrılmasını” talep etmelidir (1). Katılımcı değerlendirmeyi desteklemek ve politika etkileri raporlarını, profesyonel camiaların dışına yaymak için fon sağlamalıdır.

3. Politika yapıcılar,

- Çıktı tanımını, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi’nde (2) tanımlanmış veya ima edilmiş süreç ve çıktıları kapsayacak şekilde genişleterek,
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin tam etkisini ortaya koyabilen,

- pratik çıktı ölçüleri tasarlayarak,
- Toplum seviyesi dâhil olmak üzere, çeşitli seviyelerde göstergeler kullanarak,
- Yakın ve uzak çıktıları tam olarak ortaya koyarak,
- Her bir projeyi, hedef ve amaçlarına göre değerlendirerek,
- Spesifik ulusal ve bölgesel sağlık hedef ve amaçları koyarak,
- Sağlıklı halk politikaları ve sağlık durumu arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturabilecek göstergeler geliştirerek,
- Önemli sağlık belirleyici göstergelerini, ilerleme göstergesi olarak kullanarak,
- Ortaklıkları değerlendirmek amacıyla, süreç değerlendirme yöntemleri ve ortak eylemin uzun vadeli sürdürülebilirliğini izlemek için araçlar geliştirerek,
- Program performansına ilişkin sürekli olarak tutarlı ve ilgili bilgi toplanmasını vurgulayarak,
- Sağlık etkisini, sürekli sağlık temelinde ölçülebilir çıktılar kullanmak suretiyle değerlendirerek,
- Etkililik ve etkinlik tartışmalarına kalite güvencesini de ekleyerek

“tüm sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirmek için süreç ve çıktı bilgisi harmanının kullanılması” (1) sağlamalıdır.

4. Politikayapıcılar, “sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirmek için çoklu yöntemlerin kullanılmasına” ve “sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerini değerlendirmeye yönelik daha uygun yaklaşımlar konusunda daha fazla araştırma yapılmasına” destek vermelidir (1). Politika yapıcılar, felsefi ve kavramsal ihtiyaçları ele almak için;

- Değerlendirmede zorluk kavramını yeniden tanımlamalıdır,
- Yeterli değerlendirmenin gereklilikleri olarak randomizasyon ve randomize kontrollü deneyi sorgulamalıdır,
- Uygun değerlendirme teori ve yöntemleri geliştirmelidir;
- Halk sağlığı konusunda disiplinler arası bir bilim geliştirmeli ve kullanmalıdır,
- Hem nitel hem nicel yaklaşımları anlamalıdır,
- Girişimlerle ilişkili teorik bağlantıları açıklığa kavuşturmalıdır,
- Çakışan menfaatlerin şeffaflığını artırmalı ve epistemolojiye daha fazla önem vermelidir,
- Proje ve faaliyetlerin temelinde yer alan amaçları belirlemelidir,
- Katılımcı değerlendirmenin politik olduğunu kabul etmelidir,
- Yaşam kalitesi ve sosyal sermaye gibi kavramlara daha fazla vurgu yapmalıdır.

Politika yapıcılar, değerlendirme ve araştırma tasarımları ve metodolojileri konusunda ise

- Değerlendirmeyi, her programın ayrılmaz bir parçası hâline getirmelidir.
- Daha geniş bir tasarım yelpazesi geliştirmeli ve kullanmalıdır.
- Çoklu paradigma tasarımları kullanmalıdır.

- Alternatif metodolojilerin kullanımını teşvik etmelidir.
- Diğer disiplinlerden yöntemler uyarlanmalıdır.
- Eylem araştırma yaklaşımını kullanmalıdır.
- Bir programda zaman içinde meydana gelen değişiklikleri yansıtacak daha dinamik bir yöntem ve prosedürler dizisi geliştirmelidir.
- Çoklu bilgi setlerini üçgenlere bölen mekanizmaları güçlendirmelidir,
- Politika yapma süreçlerini strateji odaklı analiz etmelidir.
- Politika yapma sürecinin yapısı ve dinamikleri konusunda teorik olarak bilgi sahibi olan politika analizlerine odaklanmalıdır.
- Ekonomik değerlendirmeleri diğer değerlendirmelerle tamamlamalıdır,
- Planlama sürecine, daha az resmî ekonomik değerlendirmeler dâhil etmelidir.
- Daha fazla kısmi değerlendirme kullanmalıdır.
- Uluslararası sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ortaklıklarında, denetim yöntemlerinin kullanımını, daha eleştirel analiz etmelidir.

5. Politika yapıcılar,

- Politika değerlendirmesinde yeni bir odağı geliştirmek için değerlendirmeleri eğitimle destekleyen, geliştiren, finansman sağlayan ve yayan organlarda değişiklikler yaparak,
- Hem nicel hem nitel araştırma yöntemlerinin kullanılması dâhil olmak üzere, araştırmacı ve uygulayıcılara beceri eğitimi vererek,
- Toplumlara haritalama, toplumlar ve program hedeflerine ulaşma arasındaki bağlantıyı tespit etme vasıtasıyla toplumun kapasitesini artırarak,
- Mevcut nitelikli araştırmacı sayısını artırarak,
- Sağlık iletişimi araştırma yöntemlerini anlama ve değerlendirme konusunu (örneğin, epidemiolojistlerin ve sağlık uzmanlarının) lisansüstü eğitim programlarına dâhil ederek

“sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinde uzmanlığın gelişmesi amacıyla eğitim ve öğretim altyapısının oluşturulmasına” destek vermelidir (1).

6. Politika yapıcılar,

- Değerlendirme bulgularının, olası kullanıcıların bağlantılı olduğu kurumun öncelikleriyle uyumlaştırılmasını kolaylaştırarak,
- Bilgiyi planlı ve sistematik bir şekilde oluşturarak,
- Farklı sektörlerden raporlar sunarak, ülkelerin sağlık ve risk faktörlerine ilişkin bilgilerini kuvvetlendirerek,
- Geleneksel ve elektronik araçlarla daha etkili iletişim şekillerine ilişkin yenilikçi örnekler tespit ederek ve kullanarak

“konferanslar, çalıştaylar, ağlar ve diğer araçlar vasıtasıyla sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirmesi yöntemlerine ilişkin bilgi paylaşımı olanakları yaratmalı ve bu olanakları desteklemelidir” (1).

7. Politika yapıcılar; ayrıca fon sağlama, eğitim, kurumsal gelişim ve ağ kurma vasıtasıyla değerlendirme için güçlü bir altyapı oluşturmaktadır. Söz konusu altyapının oluşturulması aşağıda belirtilenleri desteklemek içindir:
- Risk faktörlerine ilişkin bilginin en iyi nasıl derleneceğini, değerlendirileceğini ve sentez edileceğini belirlemek,
 - Bir programın başından itibaren bilgi ihtiyaçlarını belirlemek ve bilgi toplama faaliyetleri organize etmek,
 - Halk sağlığına ilişkin çeşitli konuları ele almak amacıyla toplumun en etkili kesimleri hakkında bilgi veren ulusal veri setleri oluşturmak,
 - Halk sağlığının geliştirilmesi programlarını değerlendirme girişimlerini teşvik etmek,
 - Paydaş ihtiyaçlarının ve beklentilerinin, zamanında ve maliyet etkin bir biçimde karşılanmasını sağlamak,
 - Uluslararası iş birliklerinin kalitesine ilişkin araştırmaların sayısını artırmak,
 - Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eğitimi ve araştırması alanındaki küresel iş birliği konusunda uluslararası araştırmalar yapmak,
 - Kitlesel medya kampanyalarının, tam sosyal dağılım sürecini ortaya koymak üzere tasarlanmış çalışmalar yürütmek,
 - Müdahaleleri daha iyi tanımlamak.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesini Planlamak ve Değerlendirmek İçin Genel Model

Amaç ve içerik bakımından farklılık gösteren bazı modeller, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesiyle ilgilidir. Bazı modeller [bunların en önemli örneği Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'dir (2)]; yapılarında büyük ölçüde kavramsaldır ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için geniş hedefler, değerler, ilkeler ve genel stratejiler tavsiye eder. Toplum Sağlığına Planlı Yaklaşım (Planned Approach to Community Health-PATCH) (4,5) ve Toplum Sağlığına Çok Katmanlı Yaklaşım (Multilevel Approach to Community Health-MATCH) (5) gibi diğer modeller, girişimlerin operasyonel planlamasına destek vermek üzere geliştirilmiştir. Çok az sayıdaki model ise girişimlerin, Ottawa Sözleşmesi gibi çerçevelerde yer alan hedef, değer, ilke ve stratejiler rehberliğinde planlanmasını ele alır. Genel değerlendirme literatüründe, değerlendirme süreçleri için yapı ve akış önerilerinde bulunan üçüncü bir model grubu vardır. Ancak yine benzer şekilde bunların da çok azı, Ottawa Sözleşmesi veya benzer çerçevelerde yer alan girişimlerin değerlendirmesi konusu ve zorluklarını ele almaktadır. Dördüncü bir grup, ÖNCESİ/SONRASI modeli (5) gibi, kavramsal, planlama ve değerlendirme öğelerinin birbirleri ile olan bağlantılarına odaklanmaktadır. Ancak bu modeller Ottawa Sözleşmesi veya benzer çerçevelerde yansıtıldığı gibi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ilkelerine dayanmamaktadır.

Bu nedenle, bünyesinde şu 3 bileşeni barındıran bir model geliştirilmesi gerekmektedir:

- Ottawa Sözleşmesi'ndeki ilke ve stratejiler,
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin planlamasında kullanılabilen ve Ottawa Sözleşmesi ile uyumlu olan bir yapı ve bileşenler dizisi,
- Kavramsal ve operasyonel kökleri Ottawa Sözleşmesi'nde bulunan, girişimlerin etkililiğini değerlendirmek için kullanılabilecek bir yapı ve adımlar dizisi.

Bu amaca yönelik olarak bu Fasıl, Şekil 23.1'de gösterilen genel modeli sunmaktadır.

Bileşenler

Şekil 23.1'in üst kısmı, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nin (2) kilit öğelerini tanımlamaktadır. Bu modele göre, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimleri özellikle;

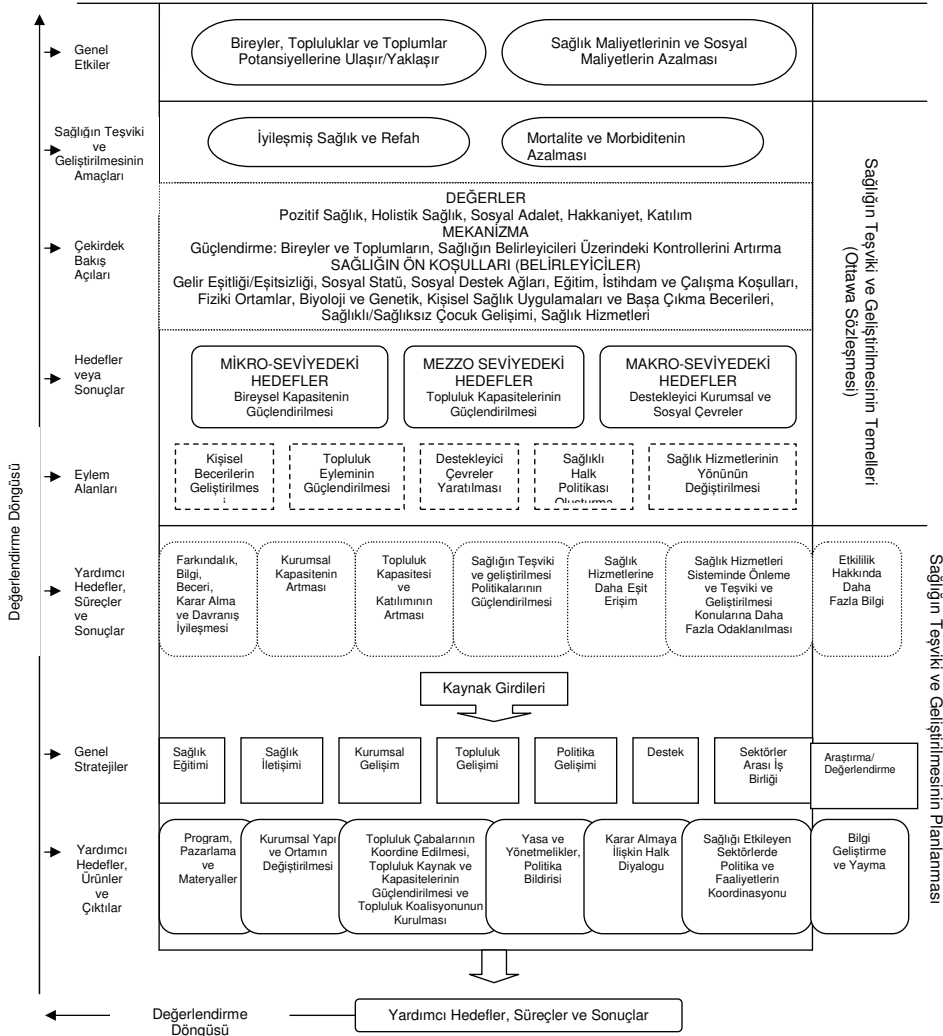
1. Kötü sağlık durumunun azaltılması ve önlenmesiyle kalmayıp ayrıca sağlık ve refahın iyileştirilmesini içeren hedeflere sahip olmalıdır.
2. Pozitif sağlık, holistik (bütünlükçü) sağlık, sosyal adalet, hakkaniyet ve katılıma odaklanmalıdır.
3. Güçlendirmeyi, ana mekanizma olarak kullanmalıdır.
4. Sağlık belirleyicilerini (veya ön koşullarını) ele almalıdır. (Şekil 23.1'de gösterilenler dâhil makro-seviyedeki faktörler)
5. Ottawa Sözleşmesi'nde öncelikli olduğu belirtilen alanlarda harekete geçmelidir: toplum eyleminin güçlendirilmesi, sağlıklı halk politikası oluşturulması, destekleyici ortamlar yaratılması, kişisel becerilerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

Bu ilkeler ve öğeler, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amaçlarının şu şekilde ifade edilebileceğini ortaya koymaktadır: Güçlendirme ve yukarıda belirtilen hedef, değer, ilke ve stratejileri destekleyen kurumsal ve fiziksel ortamların geliştirilmesi ve teşvik edilmesi.

Şekil 23.1'in alt kısmı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin operasyonel planlamasında yer alan öğelerin örneklerini tanımlamakta ve sıralamaktadır. Bu planlama, aşağıda belirtilen konulara ilişkin kararlar alınmasını içermektedir:

1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin amaç ve hedeflerine ulaşılması bakımından belirleyici olan hedef, süreç ve çıktılar,
2. Sadece sağlığın geliştirilmesine özgü olmayan, temelleri eğitim, psikoloji, sosyoloji ve siyaset bilimi gibi diğer disiplinlerde olan, ihtiyaç duyulan stratejiler veya stratejiler birleşimi,
3. Seçilmiş stratejilerin kullanılmasından kaynaklanan ve belirlenmiş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedef ve amaçlarına ulaşılmasında etkili olan faaliyet, ürün, çıktı vb.

Şekil 23.1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Planlama ve Değerlendirilmesine Yönelik Genel Model



Bu tartışmadan anlaşılacağı gibi teşviki ve geliştirilmesi girişimlerine yönelik planlamada, sağlık sorunlarının mahiyeti ve kökeninin anlaşılması ve bunların nasıl çözülebileceğinin (örneğin önleme yoluyla) anlaşılmasının temelini oluşturan kavramsal çerçeve yansıtılmalıdır. Uygulayıcılar girişimleri, Ottawa Sözleşmesi gibi açıkça belirtilmiş bir çerçeve içinde planlarsa sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin daha etkili olması muhtemeldir.

Modelin Değerlendirmeye Etkileri

Önerilen genel modelin, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesi

üzerinde birçok önemli etkisi vardır. Öncelikle değerlendirme, girişimin temelinde bulunan kavramsal çerçeve ve girişimin planlanmasında yer alan süreç ve öğelerin net bir biçimde anlaşılmasıyla tamamen ilgilidir ve onlara bağlıdır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirmesinin öncesindeki planlama, ne kadar iyi olursa o kadar iyi bir durumun ortaya çıkacağını söylemek abartı olmayacaktır. Planlama, uygulama ve değerlendirme; çoğu zaman yinelenen bir döngünün eşit derecede öneme sahip parçaları olarak tekrar ifade edilmektedir. Bu ilişki Şekil 23.1'deki değerlendirme döngüsünde gösterilmektedir.

İkinci olarak değerlendirme, çeşitli planlama adımlarının bir parçasını oluşturan öğelerin değerlendirilmesini içermektedir. Bu bağlamda, değerlendirme bir girişimi şu açılardan incelemelidir:

1. Planlamada belirlenmiş amaç ve hedeflere ulaşma başarısı. Bu başarı; genel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi hedefleri ve yardımcı hedef, süreç, çıktı, ürün ve diğer çıktılar dâhil, tüm seviyedeki amaç ve hedeflerin gerçekleşmesine önem verilmesi gerekmektedir,
2. Girişim, girişimin yönlendiricileri ilkeleri olarak tanımlanmış olan değerleri hangi ölçüde kullanmış/yansıtmıştır,
3. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ana mekanizmasını uygulama başarısı (bireyin ve toplumun güçlendirilmesi),
4. Planlama sürecinde söz konusu konu/sorunla ilgili olduğu tespit edilmiş sağlık belirleyicilerini ele alma başarısı (istihdam olanakları ve ekonomi temelli erişim konuları gibi),
5. Girişimin, genel sağlığın teşviki ve geliştirilmesi eylem alanlarının birinde veya daha fazlasında işleme şekli ve girişimin, planlamada belirlenmiş stratejileri kullanma şekli.

Değerlendirme; eylem alanları ve kullanılan stratejilerin, dâhil edilen veya çıkarılan stratejilerin uygunluğunu ve stratejiler arasındaki sinerji veya karşılıklı desteğin değerlendirmesini içerebilir.

Üçüncü olarak değerlendirme; planlama aşamasında atılmış adımların genellikle ters yönde olacak şekilde izinin sürülmesini içerir (yani öncelikle en spesifik faaliyet ve bileşenlerin, ardından ara veya yardımcı etkilerin ve son olarak genel çıktı ve etkilerin değerlendirilmesi). Değerlendirmede benimsenen bu zamansal yaklaşım 3 avantaj sunar: ilki değerlendirme sürecinin sistematik hâle getirilmesi, ikincisi basitleştirilmesi, üçüncüsü müdahalenin basit tanımının ve etkilerinin ötesine geçilerek başarı veya başarısızlığın nedenlerinin anlaşılması üzerinde durulması.

Dördüncü olarak bu değerlendirme modelinin temelinde yatan mantığa göre, planlı bir girişimin her bir adımının uygulaması ve değerlendirmesi, bir önceki adımların katkıları üzerine temellenmektedir. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirme girişimleri, bir girişimin planlanan etkilerine ulaşma başarısını

değerlendirmenin yanı sıra (yukarıda tartışıldığı gibi) her bir ögenin, girişimin daha üst sıralardaki ögelerine ulaşılmasına yaptığı katkının değerlendirmesini içermelidir. Örneğin, değerlendirme; somut çıktılara ulaşma becerisini değerlendirmenin yanı sıra, bunların girişimin yardımcı ve ara hedeflerine ulaşılmasına sağladığı (veya sağlayamadığı) katkıyı da incelemelidir. Benzer şekilde, değerlendirmenin (bir girişimin yoksulluğu sağlığın bir belirleyicisi olarak ele alma başarısına ilaveten), sağlığın iyileştirmesine nasıl katkı sağladığını (veya sağlayamadığını) da incelemesi gerekmektedir.

Son olarak önerilen model, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmelerinin;

- Birçok işleve hizmet edebileceğine (girişimlerin biçimlendirici geliştirilmesi ve uygulanmasına, girişimin çıktı ve genel etkilerinin değerlendirilmesine destek vermek dâhil),
- Amaca bağlı olarak birçok metodoloji ve prosedür kullanabileceğine ve muhtemelen kullanması gerektiğine,
- Çıktı ve etkiler kadar süreçlerin de değerlendirmesine önem vermesi gerektiğine,
- Amaçlarla bağlantılı olan çeşitli değişken, mekanizma, yardımcı hedef, faaliyet ve çıktılara odaklanması gerektiğine,
- Planlama sürecinde yer alan ögelerin sıra veya hiyerarşisine bağlı olarak çeşitli seviyelerde gerçekleştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sonuç

Bu kitap, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesi ile ilgili konuların incelenmesinde 3 bakış açısı benimsemiştir. Kitap, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinin gelişiminde geriye dönük inceleme içermektedir. Bu, mevcut durumun değerlendirilmesi ve anlaşılmasına yönelik bir bağlam sunmaktadır. Son olarak tavsiyeler, geleceğe yönelik bir bakış sağlamaktadır.

DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu ve bu kitaba katkıda bulunan diğer kişiler; birçok ideolojik ve pratik güçlükle yüz yüze olsa bile, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanının ivme kazandığını ve gelişme döneminde olduğuna inanmaktadır. Dünyadaki sağlık sorunları ve sosyal sorunların çoğunun temelinde bir dizi sosyal ve ekonomik koşulun olduğu ve sağlığın bu kapsamlı belirleyicilerinin, dar olarak kişisel yaşam tarzlarına odaklanan müdahaleler vasıtasıyla etkili bir şekilde ele alınamayacağının giderek daha fazla anlaşılması; bu gelişmeyi desteklemekte ve teşvik etmektedir. Son kanıtlar; politika yapımcıların, çeşitli alanlardaki profesyonel kişilerin ve kamuoyunun, diğerlerinin yanı sıra, yoksulluk ve refah eşitsizliğinin; özel öneme sahip sağlık belirleyicileri olduğunun giderek daha fazla farkına vardıklarına işaret etmektedir. Ancak bu sorunların üzerinde veya bunların sağlık üzerindeki etkileri üzerinde ne kadar durdukları henüz net değildir. Kitap, bu güçlüklerle nasıl cevap verilmesi gerektiğinin anlaşılması için somut bir zemin sunmaktadır. Özellikle, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine

Yönelik Ottawa Sözleşmesi'ndeki (2) gibi bir sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımının; günümüzün temel sağlık sorunları ile başa çıkmada etkili olması daha muhtemel müdahalelerin planlanması ve uygulanması için kapsamlı bir çerçeveyi nasıl sunduğuna işaret etmektedir.

Kitaba katkıda bulunanlar, çalışmalarının ve çalışmalarının temelini oluşturan hacimli literatür ve tecrübenin; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımının benimsenmesi için gerekçeler sunmanın yanı sıra, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ait değerlendirmeye yönelik daha tutarlı ve yoğun yatırımların önünü açmasını da umut etmektedir. Bu kitabın yazarları, daha önceki yıllarda yapılmış olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahalelerinin toplu ve bireysel zayıf noktalarını belirleme konusunda çekingen davranmamıştır. Yazarlar, değerlendirmelerin sayısı ve kalitesinin artırılması zorluğunun üzerinde özellikle durmuştur. Bu zorluklara yanıt olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin uygun şekilde nasıl değerlendirileceği konusunda yön göstermişlerdir. Bununla beraber belki de en büyük katkıları, iyi değerlendirmelerin sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ve ulaşmayı hedeflediği amaçların gerçekleştirilmesine sağladığı katma değere ilişkin görüşleridir.

Son olarak okuyucu; bu kitabın, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin etkililiğine ilişkin kanıt konusunu ele almayı amaçlayan mevcut birçok girişimden sadece bir tanesi olduğunun farkında olmalıdır. Ayrıca, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesi ile ilişkili konuları bir araya getirmeye çalışan erken bir girişim olarak kitabın fasılları; alandaki kesin, tamamlanmış bir gelişimden ziyade devam etmekte olan çalışmayı temsil etmektedir. Katkı sağlayanlar; çalışmalarının, politika yapıcıları ve uygulayıcıları sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin iyi değerlendirmeler yapma ve yapılan iyi değerlendirmelere yatırım yapma yönünde teşvik edeceğini ümit etmektedir. Katkı sağlayanlar, bunu amaçlamıştır ve katılımcıların da aynı amacı paylaşıyor olmalarını umut etmektedir.

Kaynaklar

1. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ ICP/IVST 05 01 03).
2. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): ii-v (1986).
3. *Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century. Declaration de Jakarta sur la promotion de la sante au XXIe siecle* (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4) (accessed on 22 November 2000).
4. SIMONS-MORTON, B.G. ET AL. *Introduction to health education and health promotion*, 2nd ed. Prospect Heights, Waveland Press, Inc, 1995.
5. GREEN, L.W. & KREUTER, M. W *Health promotion planning: an educational and ecological approach*, 3rd ed. Mountain View, Mayfield, 1999.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler

Politika yapıcılar, her tür meslek sahibi ve genel kamuoyu; sosyal ve ekonomik faktörleri, sağlığın önemli belirleyicileri olarak giderek daha fazla kabul etmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımları bu faktörleri ele aldığı için bunlar, sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde değeri giderek artan bir rol oynayabilir. Aynı zamanda finansman kaynakları, girişimlerin

paranın değerini verdiğine yönelik daha fazla kanıt istemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin, -hem yatırım olarak değerlerini kanıtlama için hem de amaçlarına ulaşmaktaki etkinliklerini artırma-potansiyellerini gerçekleştirmek için etkin değerlendirmeye ihtiyacı vardır.

Bu ihtiyacın karşılanmasına yardımcı olmak için DSÖ Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin Değerlendirilmesi Avrupa Çalışma Grubu, politika yapıcılara ve uygulayıcılara rehberlik sağlamak üzere çeşitli nitel ve nicel değerlendirme yöntemlerini incelemiştir. Bu çalışmanın sonucu bu kitaptır. Bu kitap; Avrupa ve Amerika kıtalarındaki sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerinin değerlendirilmesine ait birçok teori, metodolojiyi ve uygulamayı bir araya getirmekte ve tartışmaktadır. Kitap, konuları incelerken 3 bakış açısı kullanmakta ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi değerlendirmesinin evriminin geriye dönük bir incelemesine yer vermektedir. Bu, sağlığı teşviki ve geliştirilmesi için ortamları, politikaları ve sistemleri ele alan girişimlere ait değerlendirmelerin mevcut durumunun değerlendirilmesi ve anlaşılmasına yönelik bir bağlam sağlamaktadır. Son olarak fasılların yazarları ve bir bütün olarak Çalışma Grubu, geleceğe yönelik bir bakış sağlayan pek çok iyileştirme tavsiyesi vermektedir.

Bu kitap; sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bir yaklaşımın, günümüzdeki sağlıkla ilgili önemli sorunları etkili şekilde ele alabilecek müdahalelerin planlanması ve uygulanması için nasıl kapsamlı bir çerçeve sunduğunu göstermektedir. Yazarlar; iyi değerlendirmelerin, girişimlere hedeflerini gerçekleştirme konusunda nasıl yardımcı olacağını anlatmakta, bu girişimlerin nasıl yapılacağı konusunda değerli bir rehberlik sağlamakta ve de sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin değerlendirilmesi alanında daha fazla yatırım yapılması çağrısında bulunmaktadır. Yazarlar; çalışmalarının politika yapıcıları ve uygulayıcıları, iyi sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için iyi değerlendirmelere yatırım yapma ve iyi değerlendirmeler gerçekleştirme konusunda harekete geçireceğini ummaktadır.