

Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri

[The History and Strategies Based on the Samples of Health Promotion]

ÖZET

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlığını iyileştirmek için onların sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreçtir. Bu nedenle sağlığı geliştirme stratejileri, hem bireylerin yetenek ve becerilerini geliştirmeye, hem de bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye odaklanır. Bireysel, kurumsal ve toplumsal güçlendirmeyi içeren güçlendirme yaklaşımı sağlığı geliştirme uygulamalarını yönlendiren anahtar yaklaşımdır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1-Bireysel güçlendirme (sağlık eğitimi, sağlık okur-yazarlığı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırmadır. Bu çalışmada her bir sağlığı geliştirme stratejisi örneklerle açıklanmıştır.

SUMMARY

Health promotion in the process of enabling people to increase control over, the determinants of their health and thereby improve their health. Health promotion represents a comprehensive process, it not only embraces actions directed at strengthening the skills and capabilities of individuals, but also action directed towards changing social, environmental and economic conditions so as to alleviate their impact on public and individual health. Empowerment approaches including psychological empowerment of individuals, organizational empowerment and community empowerment are a key to reframing health promotion activities. Studies have examined five areas of health promotion strategies are covered. These are: 1-Individual empowerment (health education, health literacy), 2-Community empowerment, 3-Health system strengthening, 4 - inter-sectoral cooperation in order to build a healthy community policies, 5-Enhancing the capacity of health promotion. In this study, every strategy of health promotion was explained based on the interventions.

Zeynep Şimşek

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Anahtar Kelimeler:

Sağlığı Geliştirme, Stratejiler, Uygulama Örnekleri

Key Words:

Health Promotion, Strategies, Interventions

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Zeynep Şimşek
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye.
zsimsek@harran.edu.tr

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 28.08.2012, Kabul Tarihi/Date of Acceptance: 12.10.2012, DOI:10.5455/pmb.1346142787

GİRİŞ

Literatürde sağlığı geliştirme kavramına ilk olarak 1920'lerde Winslow'un yaptığı halk sağlığı tanımında rastlanmaktadır. "Halk sağlığı, çevre sanitasyonu, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişiye yönelik sağlık uygulamaları konusunda bireylerin eğitimi, erken tanı ve tedavi hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi/sürdürülmesi amacıyla herkesin yeterli yaşam standardına erişilmesi için sosyal gelişimin desteklenmesine yönelik organize edilmiş toplumsal çabalar yoluyla sağlığın geliştirilmesi, iyilik halinin sürdürülmesi, yaşamın uzatılması ve hastalıkların önlenmesi bilimi ve sanatıdır."(1) 1946'da İngiliz Tıp Tarihçisi Sigerist de herkesin sağlığına kavuşabilmesi için sektörlerarası işbirliğini önkoşul olarak belirlemiş ve 'sağlık, yeterli yaşam standardı, iyi çalışma koşulları, sağlığı destekleyici eğitim, kültür ve uygun dinlenme araçları sağlanarak geliştirilir' ifadesini kullanmıştır. 1947'de Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımı bütüncül bir yaklaşımla ele alınmış ve sağlığın temel belirleyicilerine vurgu yapılarak 'sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali' olarak tanımlanmıştır. 1946 - 1974 yılları arasındaki 30

yıllık dönemde endüstrileşmiş ülkelerde bağışıklama, atıkların uygun şekilde imhası, sütün pastörizasyonu gibi temel halk sağlığı önlemleri ve yoksulluğun / kötü yaşam koşullarının ortadan kaldırılmasına yönelik ekonomik önlemlerle bulaşıcı hastalıkların insidansı azalmıştır. Bu dönemde Kanada başta olmak üzere batı ülkelerinde sigara içme, yağlı diyet, alkol, fiziksel hareketsizlik gibi sağlıksız davranışların ortadan kalkması için sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesine ilginin arttığı görülmektedir. 1972'de sağlıklı yaşam biçimlerinin gelişmesi için medya kampanyalarının başladığı, 1974'de Lalonde raporunda sağlığı geliştirmenin bir model olarak tanımlandığı, 1978'de Kanada'da dünyada ilk kez Sağlık ve Sosyal Refah Departmanı altında beslenme ve sigara gibi yaşam biçimlerine yönelik çalışmalar yapmak üzere Sağlığı Geliştirme Birimi'nin kurulduğu, 1979'da Toronto Üniversitesi'nde sağlığı geliştirme programının açıldığı, 1979-1984 yılları arasında bireyin ve toplumun sağlık durumunu etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilere yönelik araştırmaların arttığı görülmektedir.

Yapılan araştırmalara dayalı olarak, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmalarında sosyal ve ekonomik engelleri göz ardı ettiği için

Lalonde raporu eleştirilmeye başlanmış, 1984'de 'Sağlıklı Şehirler Hareketi' başlamış, 1986'da ilk kez uluslararası sağığı geliştirme konferansı düzenlenmiş ve sağığı geliştirme uygulamalarına yönelik bir çerçeve belirlenmiştir. 1986- 1991 yılları arasında halk sağığı bölümlerine, toplum sağığı merkezlerine sağığı geliştirme eğitimi almış kişiler atanmış, sağığı geliştirme projelerine fonlar verilmiş, 1991-1996 yılları arasında yaşanan ekonomik krizler, sosyal güvenlik ağlarının çökmesi gibi önemli güçlükler nedeniyle sağığı geliştirme alanında yeni çözüm arayışları başlamıştır. 1997'de Jakarta Konferansında sağığı tehdit eden en önemli belirleyicinin yoksulluk olduğu, küreselleşme ve çevresel bozulmalar nedeniyle bu durumun daha da derinleşeceği, bu nedenle sosyal adalet, eşitlik ve sürdürülebilirlik gibi konuların ele alındığı görülmektedir.

Uluslararası düzeyde sağığı geliştirme alanında 7 konferans gerçekleştirilmiş ve bu konferanslarda sağığı geliştirme stratejileri ve araçları tartışılmıştır. (1986 Ottawa -Ottawa Sözleşmesi-, 1988 Adelaide -Sağlıklı kamu politikaları oluşturma-, 1991 Sundsvall -Destekleyici çevreler-, 1997 Jakarta -Yeni alan için yeni oyuncular-, 2000 Mexico -Eşitliği sağlama-, 2005 Bangkok -Eylem için ortak politika geliştirme; sağığın belirleyicileri- ve 2009 Nairobi -Sağığı geliştirme ve kalkınma; uygulamadaki boşlukları giderme-).² Yapılan konferanslar incelendiğinde sağığı geliştirme kavramını ortaya çıkaran olguların; kronik hastalıklardaki artış, sağık sorunlarının çoğunun kişilerin yaşam biçimleriyle ilişkili olduğunun belirlenmesi, sağık sorunlarının ortaya çıkışında biyolojik faktörler yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörlerin etkisinin kanıtlanması, yalnızca sağık eğitiminin etkisinin sınırlı olduğunun görülmesi ve yaşam kalitesine ilginin artışıdır.(3)

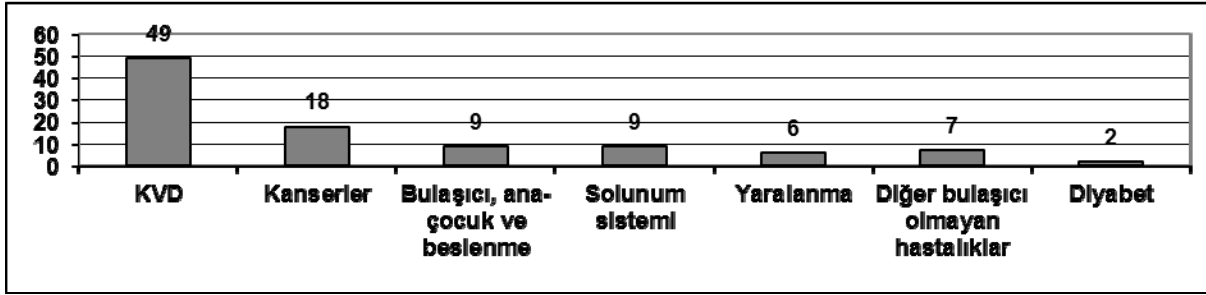
Sağığı geliştirme, bireylerin sağık durumlarını iyileştirmek için onların sağıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Sağığı geliştirme uygulamalarında biyomedikal, davranışsal ve sosyal -çevresel modeller birlikte kullanılmaktadır. Biyomedikal model sağığı hastalık ya da bozukluğun olmayışı olarak tanımlarken, davranışsal model kişinin sağıklı yaşam biçimlerini seçmesi olarak, sosyal-çevresel model ise toplumun ve bireyin sağığına engel olan sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin ortadan kaldırılması olarak ele almaktadır. Dolayısıyla sağığı geliştirme stratejileri bireylerdeki davranış değişimini (sağık inanç modeli, planlı eylem teorisi, önceden önlem almayı benimseme, değişim aşamaları, sosyal öğrenme teorileri), toplumsal değişimi (toplum organizasyonu, yeniliklerin yayılması, proceed-preceed modeli) kurumsal değişimi ve sağıklı toplum politikalarının gelişimini açıklayan teorilere dayalı olarak geliştirilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde bireyleri, kurumları ve toplumu güçlendirme temeline

dayanan sağığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1. Bireysel güçlendirme (sağık eğitimi, sağık okur-yazarlığı), 2-Toplumu güçlendirme, 3-Sağık sistemini güçlendirme, 4- Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5-Sağığı geliştirmede kapasiteyi arttırmadır. Dünya Sağık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşanan sağık sorunlarının çözümünde ve 'Herkes İçin Sağık' politikası ile 'Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada sağığı geliştirme anahtar bir strateji olarak değerlendirilmektedir.(3) Belirtilen stratejilerin uygulanmasında, toplumun sosyo-kültürel yapısı ve sağık alt yapısına göre farklılıklar olmakla birlikte; farklı iletişim kanallarının kullanıldığı sağık iletişimi teknikleri, sosyal pazarlama, savunuculuk, sağık okur-yazarlığı, kendi kendine ve karşılıklı yardım grupları, liderliği geliştirme, kurumsal değişim ve politika geliştirme sık kullanılan araçlardır.(1)

Sağığı Geliştirme Stratejilerinin Ortaya Çıkmasında Etkili Faktörler

Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı

Dünya Sağık Örgütü tarafından 2008 yılında meydana gelen toplam 57 milyon ölümün %63'ünün bulaşıcı olmayan hastalıklara bağı olduğu, bu ölümlerin %80'inin de düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü bildirilmiştir. Uygun müdahaleler yapılmadığı takdirde 2008 yılında 17 milyon olan kardiyovasküler hastalıklara bağı ölümlerin 2030 yılında 25 milyona, 7.6 milyon kansere bağı ölümün de 13 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağı ölümlerin %48'ini kardiyovasküler hastalıklar, %21'ini kanserler, %12'sini kronik solunum sistemi hastalıkları ve %3.5'ini diyabet oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar yüksek kan basıncının ölümlerin %13'ünden, sigara tüketiminin %9'undan, yüksek kan şekerinin %6'sından, fiziksel hareketsizliğin %6'sından ve obezitenin %5'inden sorumlu olduğunu göstermektedir. Dünyadaki akciğer, meme, kolon, mide ve karaciğer kanserlerine bağı ölümler de belirtilen davranışsal risk faktörleri yanı sıra, Hepatit B, C, HPV ve HP'ye bağıdır. DSÖ tahminlerine göre, Türkiye'de ölümlerin %85'ini bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu (Şekil 1), yaşa göre standartlaştırılmış ölüm hızları incelendiğinde, bütün bulaşıcı olmayan hastalıklara bağı ölümlerin kadınlarda yüz binde 474,8, erkeklerde yüzbinde 707,6; günlük sigara içme sıklığının kadınlarda %17,3, erkeklerde %45,9, fiziksel hareketsizlik prevalansının kadınlarda %48,1, erkeklerde %61,2 olduğu belirtilmektedir. Tablo 1'de Türkiye'de de metabolik risk faktörlerinin prevalansı verilmiştir.(4)

Şekil 1: Toplam Ölümlerin Nedenlerine Göre Dağılımı (Tüm yaşlar için)-(Yüzde)

WHO, NCD County Profiles, 2011.

Tablo 1: Türkiye’de Metabolik Risk Faktörleri (Yüzde)

Risk Faktörleri	Erkek	Kadın	Toplam
Yüksek kan basıncı	32,5	33,0	32,8
Yüksek kan şekeri	9,0	9,1	9,0
Şişmanlık	59,7	64,1	61,9
Obezite	21,7	34,0	27,8
Yüksek kolesterol	37,2	39,3	38,3

*2008 yılı tahmin edilen prevalans, WHO, NCD County Profiles, 2011.

Dünyada ve Türkiye’de morbidite ve mortaliteyi arttıran diğer hastalık grubu ise ruhsal bozukluklardır. Bilindiği gibi, 2020 yılında toplam hastalık yükünün %15’ini ruhsal bozuklukların oluşturacağı, iskemik kalp hastalıklarından sonra 2. sırada depresyonun yer alacağı tahmin edilmektedir. Her 4 kişiden birinde yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal bozukluk gelişeceği bildirilmektedir. (5-6) Yapılan çalışmalar, ruhsal bozuklukların cinsiyet, yaş, kalıtım gibi biyolojik faktörler yanı sıra fiziksel ve sosyo-kültürel çevre faktörlerinden etkilendiğini ortaya koymuştur. Dolayısıyla, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık sorunlarının etyolojisinde benzer sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyiciler rol oynadığından, ruh sağlığının geliştirilmesi için de, destekleyici ve sağlıklı çevre koşulları oluşturmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak temel stratejilerdir.(6)

Yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı ve kontrol altına alınanlarda tekrar epidemilerin görülmesi

1970’li yılların başlarında sanitasyon, aşılama ve antibiyotikler sayesinde enfeksiyon hastalıkları alanında önemli iyileşmeler elde edilmiş olmakla birlikte, 1975 yılından bu yana tüm dünyada otuza yakın yeni bulaşıcı hastalık kaydedilmiştir. Dünya genelinde yeni ortaya çıkan ya da olgu sayısı artan ve erken ölümlere neden olan enfeksiyon hastalıklarından bazıları AIDS/HIV, şarbon, klamidya enfeksiyonu, kolera, difteri, eritem, ensefalit, enterohemoraji, escherichia coli, giardiazis, gonore, leprazi, hemolitik üremik sendrom, hepatit A-B-C-D,

sıtma, meningokok hastalığı, poliomyelit, paralitık polio, rubella, konjenital rubella sendromu, salmonellozis, SARS, şigella, sifiliz, tetanos, tüberküloz, influenza A, H5N1 kuş gribi, H1N1 domuz gribidir.(7)

Artan anti mikrobiyal direnci, halk sağlığı hizmetlerinin gücünü kaybetmesi, ekolojik değişiklikler ve toplumun HIV nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflamasına bağlı tüberküloz, sıtma, kolera gibi hastalıklar tekrar sorun olmaya başlamıştır. İshali hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları her yıl yedi milyondan fazla çocuğu öldürmektedir.(8) Semenza tarafından 1999 – 2010 arasında Avrupa’da enfeksiyon hastalıklarının sosyo ekonomik belirleyicilerinin incelendiği literatür taramasında, gelir durumu ve eğitim gibi sağlığın yapısal belirleyicileri ve kalabalık yaşam, çalışma koşulları, gıdaya yeterli düzeyde ulaşamama, yüksek riskli cinsel davranışlar gibi belirleyiciler etkilenebilir düzeyinde farklılıklara neden olduğu saptanmıştır. Örneğin en yüksek ölüm hızlarının en düşük öğrenim düzeyinde, enfeksiyon hastalıklarının çoğunluğunun ise alt sosyo-ekonomik düzeyde ve göçmenlerde görüldüğü saptanmıştır.(9). Dolayısıyla kontrol programlarının hassas gruplara daha fazla öncelik verecek şekilde güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Bölgesel olarak doğuşta beklenen yaşam süresinde düşme

1980’lerde tüm bölgelerde doğuşta beklenen yaşam süresi artış yönünde iken, son yıllarda Rusya ve bazı Afrika ülkelerinde düşmeye başlamıştır. 1990’lı

yıllardan sonra Rusya’da yaşam süresindeki düşüş yaşanan krizlere bağlı alkol kullanımının artışı, intihar oranlarının artışı, şiddet, kazalar ve kardiyovasküler hastalıklardaki artış ile açıklanmaktadır. Afrika ülkelerindeki düşüş ise sıtma, beslenme bozukluğu ve tüberkülozun eşlik ettiği HIV/AIDS, alt yapı eksikliği, cinsiyet eşitsizliği, cinsel istismar ile açıklanmaktadır.(10)

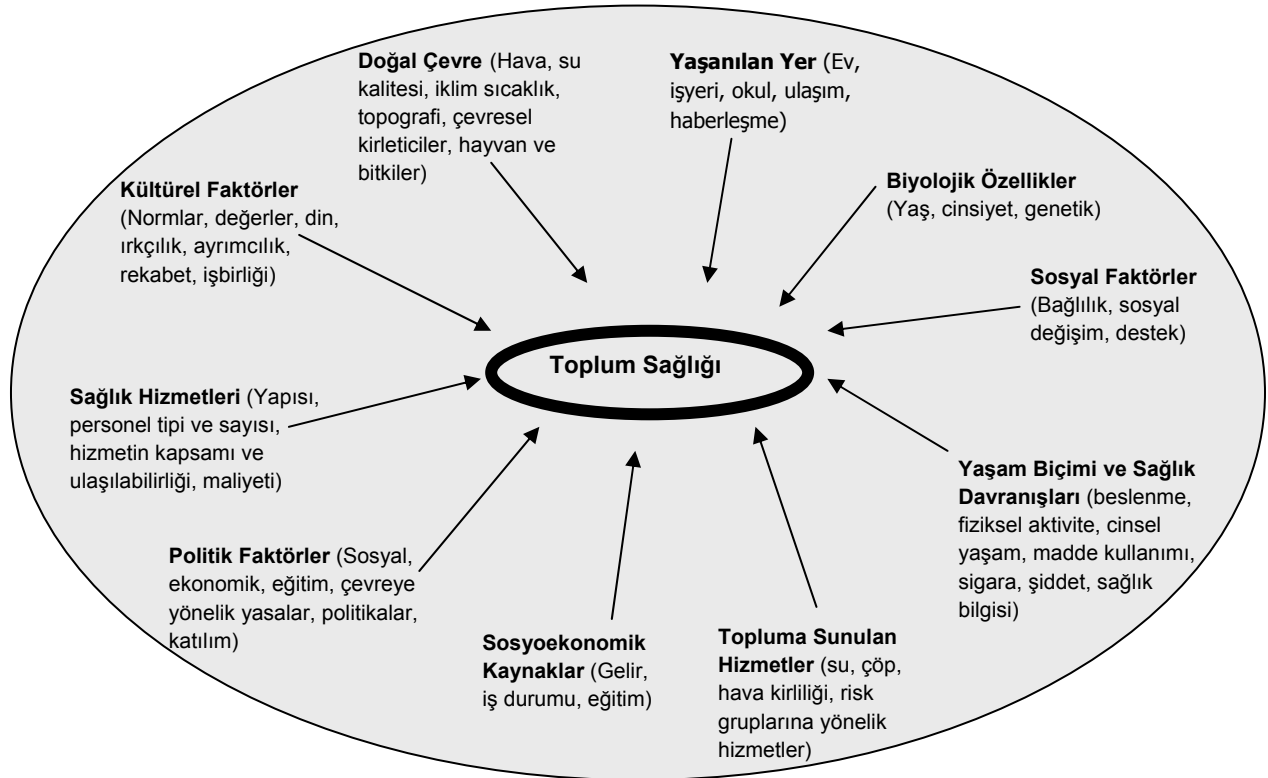
Çevresel değişimler

Toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesi için sürdürülebilir destekleyici sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar gereklidir. Dünya genelinde meydana gelen iklim değişikliği, biyoçeşitliliğin kaybolması gibi çevresel değişimler enfeksiyon hastalıkları gibi fiziksel tehlikeleri, gıda ve su kıtlığını, çatışmaları beraberinde getirmektedir.(3)

Sağlığın sosyal belirleyicileri

Hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicileri sosyal çevre kavramı içinde ele alınmakta ve sosyal çevre, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, ayrımcılık, sosyal kontrol, işsizlik ve çalışma koşulları gibi pek çok sosyal olguyu ifade etmektedir. Sosyal epidemiyoloji literatürü incelendiğinde, 1600’lü yılların başından beri yoksulluk, öğrenim durumu, olumsuz ev koşulları, sosyal sınıf farklılığı ve çalışma ortamı gibi sağlığı etkileyen sosyal çevre faktörlerinin erken ölüm ve fiziksel-ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Erken çocukluk dönemi, yoksulluğun etkileri, madde kullanımı, çalışma koşulları, işsizlik, sosyal destek, gıda ve ulaşım politikaları sağlığın yaşam boyu önemli belirleyicilerini oluşturmaktadır. Kültür semptomları tanımayı ve yorumlamayı, ne zaman ve nasıl hizmete başvurulacağını, yardım aramayı etkileyen bir diğer önemli sosyal çevre faktörüdür.(11)

YER VE ZAMAN



Şekil 2: Toplum Sağlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık eğitimi programlarının etkisinin sınırlılığı

Bilgi vermeye dayalı sağlık eğitimi programları incelendiğinde, davranışı açıklayan teorilere dayalı yapılan sağlık eğitimi programlarında kişilere sağlıksız davranışlarının sonuçları açıklanmakta ve onların mantıklı bir tercih yapmaları beklenmektedir. Ancak bireylerin zararlarını ve sonuçlarını bilmelerine rağmen sigara içtiği, tuzlu yemek yediği, spor yapmadığı, güvensiz cinsel ilişkide bulunduğu, aşırı derecede güneşlendiği belirlenmiştir. Bunun üzerine davranışı etkileyen diğer belirleyiciler araştırılmıştır. Saptanan belirleyicilerden biri; ‘insanların sevdikleri, güvendikleri kişilerin

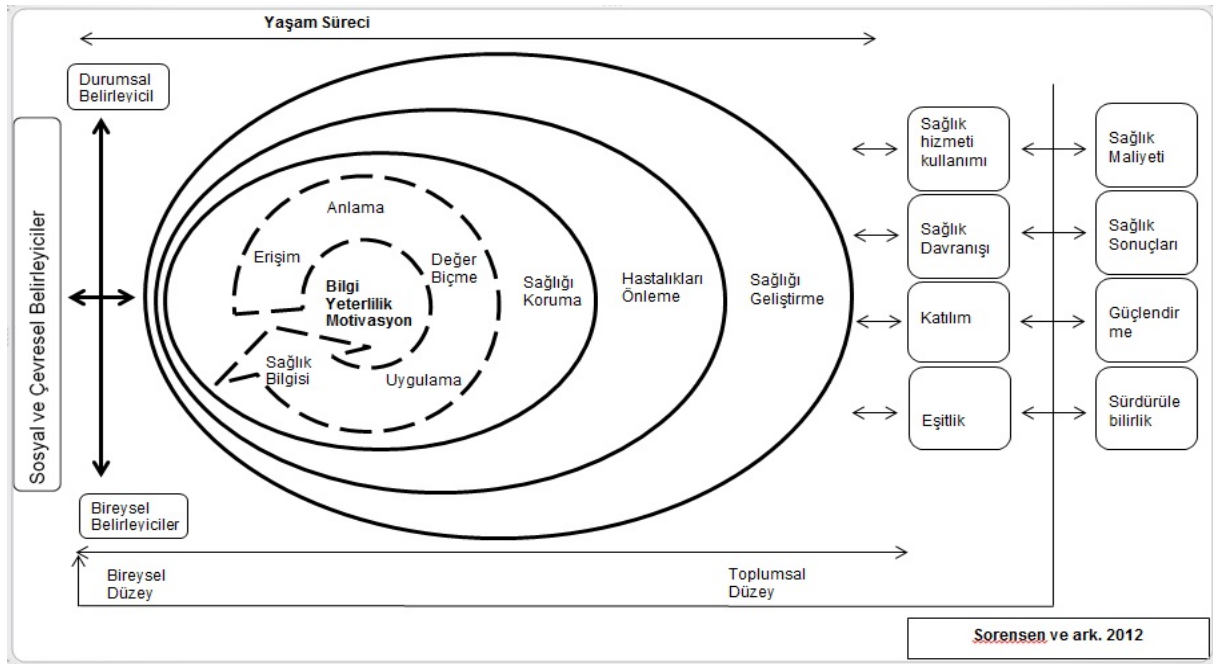
değiştiğini görmelerinin daha fazla değişme eğilimini ortaya koyduğudur. Bunun üzerine eğitimciler bireyden çok akran gruplarına odaklanmışlardır. Yapılan çalışmalar akranlar yoluyla sağlık bilgisinin de hızla yayıldığını, ancak etkinin her yerde aynı olmadığını göstermiştir. Bu nedenle yalnız birey ya da akran odaklanmayıp, sosyal ve kültürel çevre içinde davranışın değerlendirilip müdahalenin çok yönlü olması gerektiği vurgulanmıştır.(13)

Sonuç olarak Şekil 2’de izlendiği gibi bir toplumun sağlık düzeyini, biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, ekosistem, barınma koşulları, çalışma

koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı/erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirlemektedir. Bütün bu faktörlerin erken ölüm ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir.(12) Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri ve bölgelerin kendi içinde de sosyo-ekonomik gruplar arasında farklılıklar söz konusudur.

Sağlığı Geliştirme Stratejileri

Bireylerin sağlığını iyileştirmek için onların sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreç olarak tanımlanan sağlığı geliştirme kavramı, hem bireylerin yetenek ve becerilerini geliştirmeye, hem de bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye odaklanır. Bu nedenle sağlığı geliştirme uygulamalarını şekillendiren anahtar yaklaşım, bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde güçlendirme yaklaşımıdır.



Şekil 3. Sağlık Okuryazarlığı Modeli

1. Bireyleri güçlendirme (Sağlık okur-yazarlığı, sağlıklı davranış kazanma)

Bireyleri güçlendirme, bireylerin ihtiyaçlarını tanımlamaları, kendilerinin ve içinde yaşadıkları toplumun yaşam kalitesinin yükselmesi için sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmadır.(15-16) Sağlık okur-yazarlığı kavramının, şimdiki anlamından farklı olarak, ilk olarak Simonds'un çocukların yalnız tarih, fizik gibi alanlarda okur-yazar olmamaları, sağlık alanında da okur-yazar olmaları gerektiğini belirttiği okullarda sağlık eğitimi tartışmasında yer aldığı belirtilmektedir. Sağlık okur-yazarlığı Amerikan Tıp Derneği tarafından 'bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi' şeklinde tanımlanmıştır. Tones (2002) sağlık okur-yazarlığını 'eski şişeye yeni şarap koymak' olarak nitelendirmiş ve sağlık eğitimi ve bireysel güçlendirme yaklaşımını birlikte ifade eden bir kavram olarak ele almıştır.(14) Sağlık okur-

yazarlığı literatüre 1970'li yıllarda girmiş olmakla birlikte, tedavi hizmetlerinde ve halk sağlığı alanında önemi son yıllarda artmıştır.

Çoğunluğu 2005 yılından sonra olmak üzere 2012 Ağustos ayına kadar Pub-Med listesinde yaklaşık 5489 makale yer almış ve bu makalelerde sağlık okur-yazarlığının tanımı, sağlık okur-yazarlığını ölçme araçları, sağlık okuryazarlık prevalansı, sağlık eğitimcilerin rolü, avukatlar için halk sağlığı okur-yazarlığı, sağlık iletişimi, düşük gelir grubundaki kadınlarda sağlık okur-yazarlığı gibi konular ele alınmıştır. Sorensen ve arkadaşları (2012) tarafından literatürde yer alan 1998 yılında DSÖ tanımı, 1999 yılında Amerikan Tıp Derneği tanımı, 2000 yılında Nutbeam tarafından yapılan fonksiyonel, interaktif ve kritik sağlık okur-yazarlığı tanımları, Manganello tarafından medya mesajlarını eleştirel değerlendirme yeteneği olarak tanımlanan medya okur-yazarlığı, bilimsel okur-yazarlık, kültürel okur-yazarlık, sivil okur-yazarlık, Fredman ve arkadaşları tarafından

tanımlanan halk sağlığı okur-yazarlığı gibi 17 tanımın içerik analizi yapılmış ve sağlık okur-yazarlığı şu şekilde tanımlanmıştır. ‘Sağlık okur-yazarlığı, okur-yazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir.’(17)

Freedman ve arkadaşları halk sağlığı okur-yazarlığını, *bireylerin* halk sağlığı bilgisini elde etme, değerlendirme, kullanabilme, halk sağlığı sorununun çözümüyle ilgili kişi ve gruplara ulaşabilme, sivil katılım, liderlik ve diyalog yoluyla halk sağlığı sorunlarını ele alabilme, halk sağlığına yönelik yararlı ve zararlı müdahaleleri değerlendirebilme becerisi olarak tanımlamışlardır.(18)

Şekil 3’de izlendiği gibi, sosyo-ekonomik durum, meslek, iş, gelir, sosyal destek, kültür, dil, çevresel ve politik ortam, medya kullanımı, akranlar ve aile gibi sosyal ve çevresel faktörlerle sağlık okur-yazarlığı arasında karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Bireyin yaşı cinsiyeti, kültürel düzeyi, hastalık deneyimleri, görme, işitme gibi duyu organlarının fonksiyonlarını yerine getirip getirememesi, sosyal ve fiziksel becerileri ile okuma, kavrama ve işlemlere yönelik bilişsel düzeyi de durumsal belirleyicilerle karşılıklı etkileşim içindedir.(17)

Yapılan çalışmalar; sağlık okur-yazarlığı yüksek bireylerin sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini, sağlık bakım maliyetini azalttığını, sağlık bilgisinin arttığını, hastanede yatış süresini ve sağlık hizmeti kullanım sıklığını azalttığını, tutumların olumlu yönde geliştiğini, öz etkililiklerinin, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin artması sonucu daha yüksek oranda sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiklerini göstermiştir.(19-20) Sağlık okur-yazarlığının etkisini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde, sigara paketleri üzerindeki uyarıcı sağlık mesajlarının Tayland’da sigara içme davranışını azalttığı, Hindistan’da sosyal pazarlama tekniği kullanılarak geliştirilen dumanlız hava sahası medya kampanyalarının sigara içme sıklığını azalttığı, vücut kitle indeksi hesaplamayı öğreten medya kampanyalarının kolestrolü ve sistolik kan basıncını düşürme yoluyla kardiyovasküler hastalıkları azalttığı, yine Japonya ve Çin’de 1980’lerde tuz kullanımını azaltmada anahtar strateji olduğu, medya kampanyaları ve sınıf temelli eğitimin ishali hastalıkları azaltmada etkili olduğu, Japonya’da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yükselttiği, anne ve çocuk ölümlerinin azaltıldığı, beslenmenin iyileştirildiği, HIV geçişinin azaltıldığı saptanmıştır.(21-26) Ayrıca sağlık okur-yazarlığının formal eğitime başlama oranlarını da yükseltmesi nedeniyle toplum kalkınmasında da önemli bir araç olduğu belirtilmektedir.(27)

Günümüzde Amerika ve Kanada’da sağlık okur-yazarlığını belirlemeye yönelik araçlar

geliştirilmiştir. Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Tahmin (REALM), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-yazarlığı (TOFHLA), Sağlıklı Aktiviteler Okur-Yazarlık Ölçeği (HALS) Diyabet Sağlık Okur-yazarlığını Değerlendirme (LAD) gibi ölçme araçları geliştirilmeye çalışılmakla birlikte, bu ölçme araçlarının sağlık okur-yazarlık teorisini tam olarak kapsamadıkları, genellikle tek bir boyutu ölçtükleri, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yeterli olmadığı, kültürel duyarlılıklarının bulunmadığı gibi birçok eleştiri bulunmaktadır.(28)

Toplumda sağlık okur-yazarlığının yükseltilmesi için birçok ülkenin sağlık bakanlıkları tarafından eylem planları ve yasal düzenlemeler hazırlanmış ve uygulanmaktadır

2-Toplumu güçlendirme

Smedley ve Syme (2000) tarafından, akraba evliliği, erken yaşta evlilikler, şiddet ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sigara bıraktırma, sağlıklı beslenme davranışı kazanma gibi halk sağlığı sorunlarını kontrol altına almada bireylere yönelik girişimlerin tek başına yeterli ve etkili olmadığı, davranış değişikliği yaratabilmek için sosyal sisteme müdahale etmek gerektiği bildirilmektedir.(29) Toplumun yaşamını ve çevresini değiştirmek için sağlık sorunlarını belirleme, nedenlerini ortaya koyma, bu nedenleri ortadan kaldırmak için harekete geçmesini ifade eden toplumu güçlendirme, yerel sağlık sorunlarının çözümü için etkinliği kanıtlanmış sağlığı geliştirme araçlarından biridir. Güçlendirmenin halk sağlığı alanındaki temelleri 1800’lü yılların ortalarında atılmıştır ve ilk örneklerin sanitasyonu geliştirme yoluyla enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi, bağışıklama, ana-çocuk sağlığı, HIV, kronik hastalıkların önlenmesi, tütün kontrol programı gibi halk sağlığının tüm alanlarında kullanıldığı görülmektedir.(30) Herkes için sağlık dokümanında ve sağlığı geliştirmek için Ottawa Sözleşmesi’nde beş eylemden biri olarak tanımlanan, Jakarta Deklerasyonunda toplumsal kapasiteyi arttırma ve bireyleri güçlendirme şeklinde sağlığı geliştirmede etkili araç olarak tanımlanan, Amerika Birleşik Devletleri’nde sosyal hizmet uzmanları tarafından geliştirilen toplumu güçlendirme ve toplum katılımı DSÖ Avrupa’da sağlıklı kentler ağının ve tütün kontrol programının başarısında en güçlü araçtır.(31) Toplum katılımı, toplumun sağlığını etkileyen faktörlere karar verme, politikaları belirleme, uygulama, hizmetleri planlama, geliştirme ve sunma süreçlerine aktif şekilde katılımı sürecidir.(32)

Sosyal planlama (yukarıdan aşağı) ve bölgesel gelişme (aşağıdan yukarı) stratejilerini kullanan toplum organizasyonu, topluma ortak sorunlarını saptama, bu sorunları çözmek için kaynakları harekete geçirme, risk altındaki grupların hizmete erişimlerini sağlama ve sorunların çözümü için uygun stratejiler geliştirme ve uygulama konusunda yardımcı olmaktadır. Bu amaçla yapılan bütün

çalışmaların ortak noktası toplumun kendi yaşamları ve yaşadıkları çevre üzerinde kontrol geliştirebilmeleri için toplumu güçlendirme sürecidir.(33) Bilinçlendirme, sosyal sermayeyi geliştirme, toplum katılımı ve liderliği geliştirme sık kullanılan araçlardır. (34) Wandersman ve Florin (2000) tarafından toplum organizasyonu yönteminin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma çalışmalarına en önemli katkısının, sosyal içerme ve katılımı sağlamasından dolayı psikososyal etki yoluyla algılanan kontrolü arttırdığı, böylece sağlık davranışını, sağlık durumunu ve başa çıkma düzeyini yükselttiği bildirilmektedir.(35,36)

Toplumu güçlendirme araçlarından biri olan sosyal sermaye ise toplumu oluşturan fertler, sivil toplum örgütleri ve kamu kurumları arasındaki koordinasyon faaliyetlerini kolaylaştırarak toplumun üretkenliğini arttıran, güven, norm ve iletişim ağlarını ifade etmektedir.³⁷ Sosyal sermaye endeksi (SSE) ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalarda sosyal sermaye endeksi yükseldikçe hastalıkların ve ölümlerin azaldığı belirlenmiştir. Sosyo-ekonomik durum, yerleşim yeri tipi gibi sosyal belirleyiciler güven, sivil katılım, yerel ağların gelişmesi gibi toplumsal ilişkilerle etkileşim içinde psikososyal mekanizmaları (öz etkililik, sosyal destek, algılanan yoksunluklar) etkilemektedir. Öz etkililik gibi psikososyal mekanizmalar sigara içme, egzersiz yapma, sağlık sorunu olduğunda hemen hizmete başvurma gibi davranışsal mekanizmaları etkilemekte, bunlar da immünolojik fonksiyonları, nöroendokrin sistemi etkileyek ya da hizmete erişimi kolaylaştırarak sağlık sonuçlarını etkilemektedir.³⁸ Türkiye 1990 yılı Dünya Değerler Anketi kullanılarak yapılan sosyal sermaye araştırmasında yüzde 10'luk güven düzeyiyle 43 ülke içinde 42. sırada; 1995-1996 yıllarında yapılan çalışmada yüzde 6,5 ile son sırada (46) ve 2007 yılı çalışmasında yüzde 5 ile 57. sırada yer almıştır. Tüysüz tarafından sosyal sermaye endeksi hesaplanarak Türkiye beş bölgeye ayrılmıştır.(39) TNSA 2008 sağlık ölçütleri ile karşılaştırıldığında, sosyal sermaye endeksi yükseldikçe göstergelerin de iyileştiği görülmektedir.

3-Sağlık sistemini güçlendirme

Sağlık sistemini güçlendirme, toplumun tüm bireylerinin özellikle hassas / risk altındaki grupların sağlık hizmetine erişebildiği, yeterli insan gücü olan, toplum katılımı mekanizmaları iyi oluşturulmuş, iyi finanse edilmiş ve liderlik becerileri gelişmiş sağlık sistemi kurmayı ifade etmektedir. Dünyada iklim değişikliği, ekonomik krizler, bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı, yeni enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkışı gibi pek çok sağlık sorunu yaşanmaktadır. Sağlık sorunlarının kontrolü için birçok ülkede sağlık sistemine sağlık profesyoneli olmayan, toplumdan seçilen ve amaçlanan hedefler doğrultusunda sağlığı geliştirme eğitimi almış, sağlık sistemi ile bağlantısı kurulmuş kişiler yetiştirilmiştir. Sağlık ekibinde sağlık çalışanı olmayan toplum

sağlığı çalışanlarının kullanımı koruyucu sağlık hizmetlerine erişimi arttırmada ve toplum katılımını sağlayarak toplumun sağlık düzeyini yükseltmede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da 1970'li yıllarda temel sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişmemiş bölgelerde kullanımı ulusal programlarla desteklenmiş, ancak eğitim ve süpervizyon eksikliği, sağlık araçlarının sağlık sistemine entegre edilmesinde yaşanan güçlükler, kanıtların yetersizliği nedeniyle 1990'lı yıllara kadar yaygınlaşmamıştır. 1990'lı yıllarda ise enfeksiyon hastalıklarındaki artış, kronik hastalıkların kontrolünde sağlık sisteminin yetersiz kalması, sağlık davranışının gelişmesinde ve yaygınlaşmasında rol modellerinin oluşturulmasının etkisinin anlaşılması, sivil toplum örgütlerinin hizmet sunumuna aktif katılımları, sağlık alt yapılarının hızla değişimine bağlı insan gücünde yaşanan krizler, dezavantajlı grupların hizmete erişiminde yaşanan sosyal, kültürel güçlükler yeniden ilgiyi artırmıştır. Özellikle az gelişmiş bölgelerde, Milenyum Kalkınma Hedefleri kapsamında çocukları yaşatma, anne ölümlerini önleme ve tbc /AIDS kontrolünde önemli bir araç olarak ele alınmış, emzirmenin desteklenmesi başta olmak üzere aile planlaması hizmetlerinde, pnömoninin topluma dayalı yönetiminde etkisi kanıtlanmıştır.(40)

4-Kapasite geliştirme

Sağlığı geliştirmek için kapasite geliştirme, sağlığı geliştirebilecek bilgi üretmeyi, beceri geliştirmeyi ve liderliğin geliştirilmesini ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme çalışmalarının kurumsallaşması için, sağlığı geliştirme faaliyetlerinin finansman, insan kaynakları, bilgi yönetimi, ortaklıklar kurma çalışmalarına entegre edilmesi gerekmektedir. Bu süreç, sağlıkla ilgili sektörler arasında stratejik ilişkiler kurabilen, sağlıkla ilgili politikalarda değişimler yapabilen, sürdürülebilir finansman için savunuculuk yapabilen liderlik becerisi gelişmiş sağlık çalışanlarına ihtiyacı artırmaktadır. Bu nedenle liderliği geliştirme kapasitesini artırmak için eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması gerekmektedir. Ülkelerin sağlığı geliştirme kapasiteleri yükseldikçe İnsani Kalkınma İndeksiyle belirlenen kalkınma düzeyi de yükselmektedir.(41) Kapasite geliştirmede öncelikli araç ülkenin ya da bölgenin sağlığı geliştirme kapasitesini haritalamadır. Epidemiyolojik yöntemlerle toplumun öncelikli sağlık sorunları belirlendikten sonra, güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar ve engeller tanımlanmalı, daha sonra sağlığı geliştirme kapasite haritası hazırlanmalıdır. Bu kapsamda aşağıda yer alan bilgi yönetimi, insangücü eğitimi, finansman alanlarındaki sorulara yanıt verilmeli ve eksiklikler giderilmelidir.(42)

1. Sağlığı geliştirme ile ilgili yasal düzenlemeler, politika ve planlar var mı? (tütün, yağ, şeker ve tuzun kısıtlanması, fiziksel aktivite alanları)

2. Eğitim, işsizlik, gelir gibi sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri ile sağlık sorunları arasında ilişkiler kurulmuş mu?
3. Madde kullanımının önlenmesi, çevresel risklerin önlenmesi, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, iş sağlığı ve güvenliği alanlarında yasal düzenlemeler yeterli mi?
4. Tütün, ruh sağlığı, öncelikli enfeksiyon hastalıkları, okul ve iş yerleri, kriz yönetimi ve sağlığı geliştirme aktivitelerini izleme ve değerlendirme kriterleri gibi alanlarda plan, strateji, program ve rehberlere erişilebiliyor mu?
5. Sağlık Bakanlığı içerisinde sağlığı geliştirme fonksiyonlarını yerine getirecek birim ya da müdürlük var mı?
6. Davranışsal risk faktörlerini, sosyal ve çevresel risk faktörlerini ve sağlığı geliştirme aktivitelerini rapor eden bir mekanizma var mı?
7. Ülkenin bilimsel dergilerinde sağlığı geliştirme müdahalelerinin yer aldığı makaleler var mı?
8. Kamu sistemi içinde güçlendirme, iletişim ve savunuculuk gibi sağlığı geliştirme aktivitelerini koordine etmek, ülke geneline yaygınlaştırmak için işbirliği mekanizmaları tanımlanmış mı? Sağlığı geliştirme aktivitelerinin ülke geneline yaygınlaşması için bir mekanizma var mı?
9. Kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği protokolleri var mı?
10. Mezuniyet öncesi programlarda sağlığı geliştirme eğitimi var mı ve bu programları hükümet destekliyor mu?
11. Sağlığı geliştirme alanında dernekler var mı?
12. Sağlığı geliştirme çalışmalarına ayrılmış bir bütçe var mı? (Sigara, alkol, benzinden alınan vergiler sağlığı geliştirme aktivitelerine harcanıyor mu?)
13. Sağlığı geliştirme çalışmalarını destekleyen donörler var mı?
- 14.

5-Sektörlerarası işbirliği

Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında nasıl fiziksel, sosyal ve kültürel faktörler etkiliyse, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için de her sektörün sorumluluğu vardır. Bu nedenle sağlık sektörü, diğer sektörlerle işbirliği içinde çalışmak durumundadır. Eğitim, tarım-hayvancılık, çevre, ulaşım, sosyal yardımlar, orman, çevre gibi sektörlerin politika ve programlarını hazırlarken toplumun en üst düzeyde sağlıklı olma halini düşünmeli ve aldıkları her kararda topluma etkilerini göz önüne almalıdırlar. Örneğin hava kirliliği önleğinde kurşun etkilenimi ortadan kalkmakta, herkesin eğitime kazandırılması sonucu toplumsal cinsiyet eşitliği sağlanmaktadır. Bu nedenle sektörlerarası işbirliği yaklaşımı halk sağlığının temel ilkelerinden biridir. Bu farkındalığı ve yönelimi sağlayacak olan kurum ise sağlık sektörüdür. Türkiye’de Umum-u Hıfzısıhha Kanunu’na dayalı il Hıfzısıhha Kurulları, 224 sayılı Kanuna Dayalı sağlık kurulları bu amaçlarla oluşturulmuştur.

Yukarıda beş başlık altında özetlenen sağlığı geliştirme stratejilerinin tümünde sağlık iletişimi teknikleri ve kanalları, savunuculuk, liderliği geliştirme, toplum katılımı ve politikaları etkileme araçları kullanılmaktadır.

Şanlıurfa’da Yürütülen Sağlığı Geliştirme Çalışmalarından Örnekler

Toplumun sağlık sorunlarının önlenmesi ve toplum sağlığının geliştirilmesi için çalışılan toplumun tanınması ön koşuldur. Bu nedenle yasal düzenlemelerde toplumu tanıma sağlık personelinin birinci görevi olarak tanımlanmıştır. Toplumu tanımada en etkili yöntemlerden biri, epidemiyolojik araştırmalarla (varolan araştırmaların kullanılması/yeni araştırmaların yapılması) sağlık sorunlarına tanı konulması, sağlık sorunlarının nedenlerinin belirlenmesi ve uygun müdahale yöntemlerinin geliştirilmesidir.

Türkiye’deki 81 ilin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi analiz edildiğinde, Şanlıurfa sağlık göstergeleri açısından 53., eğitim göstergeleri açısından 77., ilk ve orta öğretimde okullaşma oranı açısından ise 60.sırada yer almaktadır.(43) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’in sonuçlarına göre; Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin öğrenim düzeyi, ana-çocuk sağlığı ve diğer temel sağlık hizmetleri göstergeleri diğer bölgelere göre düşüktür.(44) Şanlıurfa’da sağlık, eğitim ve sosyal sorunların ortaya çıkışında rolü olan faktörler; mevsimlik tarım işçiliğinin yaygın olması, toplumun hizmetlere zamanında ulaşamaması, hizmetlerin ulaşılabilir olmaması, kurumlar arası işbirliğinin sağlanamaması, toplumun hizmet planlama, sunumu, değerlendirilmesi süreçlerine aktif katılımının sağlanamaması, toplumsal cinsiyet ayrımına bağlı olarak özellikle kadınların dezavantajlı konumu, etnik köken farklılığı ve sağlığı koruma bilgi ve davranışlarının düşük olmasıdır.(45) İl merkezinde sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik yürütülen araştırmalardan sonra, bu sorunların ortadan kaldırılmasında etkili müdahaleleri belirlemek için risk altındaki gruplarda sık görülen sağlık sorunlarına yönelik sağlığı geliştirme müdahale araştırmaları yürütülmüştür.

Bireysel güçlendirmeye yönelik programlar

Toplumda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi amacıyla bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanmalarında yüz-yüze iletişim tekniğinin ağırlıklı olarak kullanıldığı akran eğitimi ve lider yetiştirme programlarının etkisini değerlendiren müdahale araştırmaları yürütülmüştür. Bilindiği gibi davranış değişikliği birey ve sağlık çalışanları için zor, zaman alıcı, çaba ve motivasyon gerektiren bir iştir. Genel olarak kişilerarası iletişim tekniklerinin kullanıldığı birinci basamak sağlık çalışanlarının 18 yaş üstü bireylere uyguladıkları randomize kontrollü çalışmalarda teori temelli davranış değişikliği

danışmanlığının, motivasyonu artırıcı görüşmelerin ve tavsiyelerin etkisi kanıtlanmıştır.(46) Başarıya ulaşmada davranış değişikliği mekanizmalarını bilmek ve toplumu tanımak en temel adımdır. Yukarıda da değinildiği gibi, Şanlıurfa eğitim göstergelerinin oldukça düşük olduğu, 15-49 yaşları arasında yaklaşık iki kadından birinin okuma-yazma bilmediği, mevsimlik tarım işçiliği ve sosyo-kültürel düzeye bağlı olarak kitle ilerişim araçlarının ve internetin amaca uygun kullanımının yaygın olmadığı bir ildir. Programların uygulanmasında izlenen temel stratejiler; davranış değişimi mekanizmalarını açıklayan teorilere dayalı olması, doğru ve güvenilir bilgiye kaynağından erişimi sağlamak için konunun uzmanlarının yer alması, uygulamaya dönük materyallerin geliştirilmesi, hizmeti sunanlarla bir arada olmaları sağlanarak hizmete erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması (sağlık personelinin çekinme, iletişim kuramama, güvensizlik

vb), kendileriyle benzer özellikteki kişilerin değişimlerini izleyerek model almalarının sağlanması ve motivasyonu artırıcı görüşmelerdir.

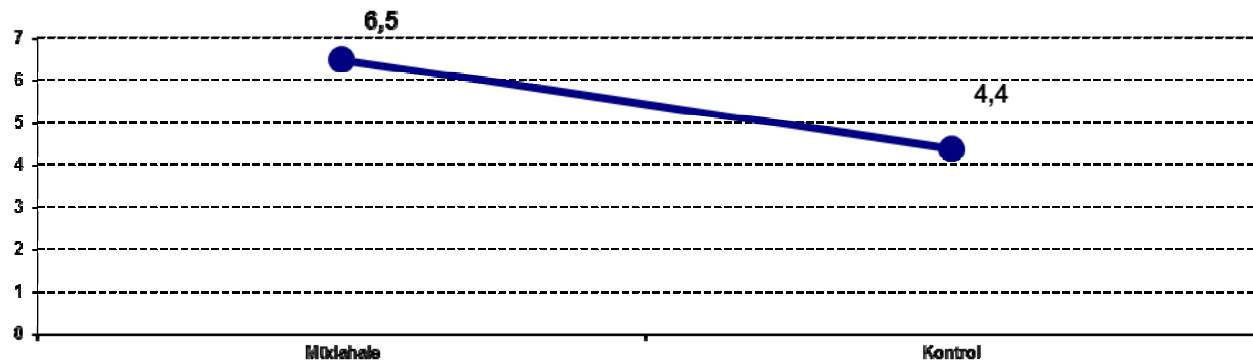
Akran eğitimi programları

Sağlık davranışı teorileri temel alınarak gerçekleştirilen gençlere yönelik akran eğitimi araştırmalarında bilgi puanlarının yaklaşık 2 kat arttığı, modern yöntemleri kullanma oranı, iyotlu tuz kullanımı, aşılama, el yıkama, meme ve testis muayenesi uygulamalarının anlamlı ölçüde yükseldiği bulunmuştur ($p<0.05$). (47,48) Tablo 2’de mevsimlik tarım işçileri örneğinde akran eğitiminin bilgi puanına etkisi, Tablo 3’de sağlıklı yaşam davranışlarına etkisi ve Şekil 4’de toplumsal cinsiyet tutum puanına etkisi yer almaktadır.

Tablo 2. Mevsimlik Tarım İşçisi Gençlerde Akran Eğitiminin Etkisi

Eğitim alanları	Toplam Puanlar		Madde Sayısına Bölünmüş Puanlar	
	Müdahale grubu	Kontrol grubu	Müdahale grubu	Kontrol grubu
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD
Temiz içme kullanma suyu sağlanması	3,4±0,77	1,6±1,2	0,86±0,19	0,40±0,29
Sağlıklı tuvalet yapımı	2,7±0,63	1,4±0,90	0,89±0,21	0,47±0,30
İlk yardım	3,4±0,78	1,9±1,3	0,84±0,20	0,47±0,32
Güvenli tarım ilacı kullanımı	6,1±1,7	2,4±2,2	0,67±0,19	0,26±0,24
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü	8,2±1,2	5,3±2,4	0,91±0,13	0,59±0,27
Üreme sağlığı-cinsel sağlık	30,6±7,1	16,6±5,9	0,70±0,16	0,38±0,13
Toplam Puan	50,8±8,6	27,2±9,1	4,9±0,70	2,5±1,0

Bütün alanlarda müdahale ve kontrol grubu arasında $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır.



Şekil 4: Toplumsal Cinsiyete Yönelik Tutum Puan Ortalaması

Tablo 3: Müdahale ve Kontrol Gruplarında Seçilmiş Davranışların Dağılımı

Davranışlar	Müdahale Grubu Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)
İyotlu tuz kullanma	109 (96,4)	58 (51,3)
Kesiklerde doğru ilk yardım	98 (86,9)	42 (37,2)
Yanıklarda doğru ilk yardım	90 (80,3)	57 (49,8)
Çocukları aşıya gönderme	95 (84,1)	5 (4,2)
Tetanoz aşısına gönderme	94 (83,2)	4 (3,4)
Meme muayenesi	56 (49,6)	3 (2,5)
Testis muayenesi	11 (39,5)	5 (4,2)

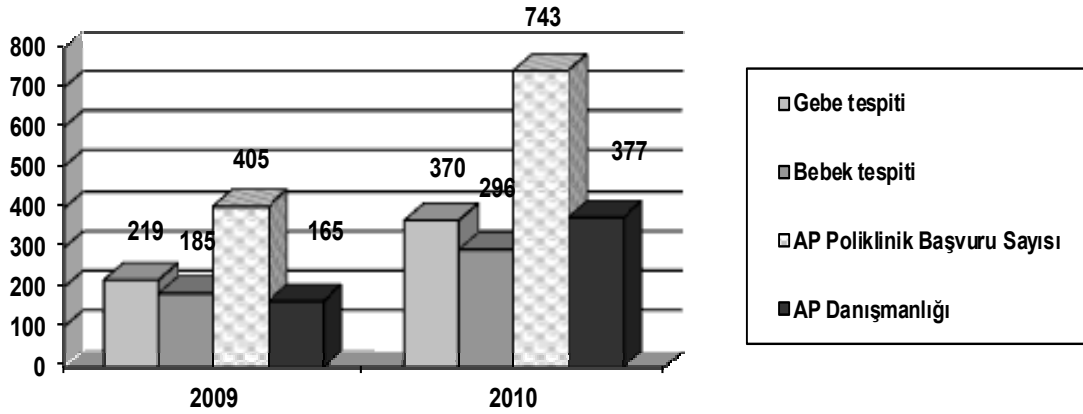
Mevsimlik göçebe tarım işçisi gençlerin toplumsal cinsiyete ilişkin tutumlarına akran eğitiminin etkisi incelendiğinde; Şekil 4’de izlendiği gibi toplumsal cinsiyet puan ortalaması kontrol grubunda 4.4 ± 2.6 , müdahale grubunda ise 6.5 ± 2.1 olarak saptanmış ve aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Bir başka ifade ile akran eğitimi olumlu yönde tutum değişimine neden olmuştur.

Sağlık sistemini güçlendirmeye yönelik programlar
Kültürel farklılıklar ve mevsimlik tarım işçiliği nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin yetersizliği belirlendikten sonra sağlık sistemini güçlendirme müdahaleleri yapılmıştır. Dezavantajlı bir bölgede sağlık ekibine entegre toplum sağlığı araçları yetiştirilerek topluma dayalı, kültüre duyarlı güvenli annelik müdahale programı geliştirilmiştir. Etnik kökeni arap ve kürt olan 20 kadın 5 gün güvenli annelik eğitimi ile 5 günlük sağlığı geliştirme eğitimine alınmışlardır. Bu kadınlara sağlık aracısı adı verilmiş, temel görevleri toplumla sağlık ocağı

arasında köprü olmaları, gebe, lohusa ve bebeği olan kadınları saptamaları, temel farkındalık oluşturmak için akran eğitimi modeliyle bilgi ve beceri aktarmaları olmuştur. Programda sağlığın belirleyicileri bütüncül bir yaklaşımla ele alındığından, toplumun tüm kamu hizmetlerine erişimlerini sağlama bileşeni de entegre edilmiştir. Örneğin engelli çocuğu olan bir kadının Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne başvuru süreci, yoksulluk sorunu olan bir kadının başvuracağı kurumlar, ALO Şiddet hattı kullanımı gibi konularda destek çalışmaları yürütmüşlerdir. Yapılan müdahalenin etkinliği Tablo 4’de yer almaktadır. Sağlık Ocağı ebe/hemşire ve sorumlu hekiminin ifadeleri ve bir önceki yılın aylık çalışma bildirimleri de incelendiğinde; güvenli annelik programı kapsamında toplum sağlığı araçlarının kullanılmasının gebe tespitlerini, rutin izlemleri ve aşılama çalışmalarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (Şekil 5). Bu çalışma sağlık sistemine entegre toplum sağlığı çalışanlarının etkisini göstermiştir.⁴⁹

Tablo 4: Kadın Soru Formuna Göre Müdahalenin Etkinliği

Göstergeler	Rölatif Etkinlik	Güven Aralığı (%95)
Doğum öncesi bakım (4 kez)	2,20	1,05-4,59
Demir hapı kullanma	5,62	2,46-12,83
Tetanoz aşısı	4,12	2,07-8,21
Çocukluk dönemi aşıları	6,65	1,45-14,54
Fenilketanüri –ışıtme taraması	4,49	1,52-13,20
Modern kontraseptif kullanımı	3,44	2,10-5,64



Şekil 5: Sağlık Müdürlüğü Ertuğrul Gazi Sağlık Ocağı Bölgesi Kayıtları

Mevsimlik tarım işçilerinin sağlığını geliştirme programı

Dezavantajlı gruplara yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi için, politika yapıcılar ve hizmet sunucuları etkileyecek kişi ve kurumların işbirliğiyle operasyonel epidemiyolojik yöntemlerin kullanıldığı araştırmaların yapılması, sonuçlarının medya ve karar vericilerle paylaşılması ve kanaat önderlerinin savunuculuğu sağlanarak sorunun çözümüne yönelik politikaların geliştirilmesi en etkili yöntemdir. Politika geliştirme aracı olarak tanımlanan bu adımlar kullanılarak, 2003 yılından itibaren Anabilim dalı tarafından yürütülen araştırmalarda risk grubu olarak belirlenen mevsimlik tarım işçilerinin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için operasyonel yöntemle yürütülen araştırma sonuçlarının katkısıyla Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi (2010/6;Resmi Gazete Tarih: 24 Mart 2010, sayı: 27531) yayınlanmış ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından ‘METİP’ projesi kapsamında tarım alanlarında alt yapı geliştirme çalışmalarına başlanmıştır(50). Politika geliştirmede özellikle müdahale araştırmalarıyla önerilecek programın etkinliğinin kanıtlanması büyük önem taşımaktadır.

Toplumu güçlendirmeye yönelik programlar

Sağlığı geliştirmede toplumu güçlendirme kapsamında toplum organizasyonu ve toplum katılımı stratejilerini kullanan birçok model bulunmaktadır. Bunlardan biri Procede (Policy, Regulatory, and

Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)- proceed (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational / Environmental Diagnoses and Evaluation) modelidir. Bu model sosyal planlama yaklaşımını esas almakta ve uzman bir kişinin yapacağı analizlere dayalı, program geliştirmeyi ifade etmektedir. Model Gren ve arkadaşları tarafından 1970’lerde geliştirilmiş, son 20 yıldır, sağlık davranışı ile ilgili pek çok faktörü dikkate alarak toplum sağlığını geliştirmede izlenecek adımlar için bir yol haritası sunmaktadır.(51) Modelde belirtilen toplumu güçlendirme stratejileri kullanılarak mahalle ve köy muhtarlarının eğitimi yapılarak programın toplumsal cinsiyet eşitsizliğini önlemeye etkisi araştırılmıştır.(52) Programın rölatif etkinliği kurumlardan alınan veriye dayalı hesaplanarak Tablo 5’de gösterilmiştir.

Muhtarlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde; kendilerine güvenlerinin arttığı, hizmet kurumlarından neyi nasıl isteyeceklerini öğrendikleri, daha önce görerek ya da deneyimden yararlanarak işleri yürütmelerine karşın bu eğitimden sonra görevlerini öğrendikleri, programın öncelikle kendi eş ve kız çocukları için yararlı olduğu, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda yapılan toplantılara katıldıkları, ilgili komisyonlarda görev aldıkları ve kadın sorunlarına daha duyarlı davrandıkları saptanmıştır.

Tablo 5. Program Öncesi ve Program Sonrasında Kadınların Hizmete Erişimlerini Sağlama Durumu

	Program öncesi	Program sonrası	Rölatif etkinlik
Sağlık Ocağı'nı ziyaret	19	48	2,5
Okula kayıt yaptırma	21	186	8,9
Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne Yönlendirme	78	470	6,0
Sosyal Yardımlaşma Vakfı'na Yönlendirme	164	587	3,6
İŞKUR'a yönlendirme	9	46	5,1

Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Gruplarında Sağlık Bilgisi ve Davranışları

Sağlık Bilgisi ve Davranışlar	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Adölesan evliliğin zararlarını doğru bilme	100,0	28,1
Beslenme kurallarını doğru bilme	92,2	34,4
Şiddete tanık olduğunda ne yapacağını bilme	89,9	45,3
Cinsiyetin oluşumunu bilme	100,0	22,5
Kadın haklarını doğru bilme	93,8	36,3
Adölesan evliliğin zararlarını çevresine aktarma	67,7	28,2
Son 3 ayda yakınlarında adölesan evlilik sıklığı	12,3	37,1
İyotlu tuz kullanma	90,8	66,3
Evde sigara içilmesi	14,9	78,2
Meme muayenesi yapma	63,3	18,5
Smear aldırma	43,7	8,7
Mamografi yaptırma	20,0	7,6
Sık doğumun zararlarını anlatma	70,8	34,8
Gebeliği önleyici yöntem kullanma	65,9	32,8
Yürüyüşe başlama	60	26,1
Ruh sağlığı yardımı için yönlendirme	40	21,7
İŞKUR'a yönlendirme	59,7	19,8
Sosyal hizmetlere başvuru	41,7	13,6
Ailede en az bir toplumsal cinsiyet eşitsizliği	10,9	42,5

Lider kadın eğitimleri

15-49 yaş grubu kadınlarda toplumu güçlendirme stratejisinin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma davranışlarına ve karar mekanizmalarına katılmaya etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çift kör müdahale yöntemi uygulanarak yapılan çalışmada, toplam 67 mahalleden muhtarlık ve okulların önerileri ile seçilen 700 kadından rastgele yöntemle 350 kadın deney grubu mahalle lideri, 350 kişi kontrol grubunu oluşturmuştur. Deney grubuna 5 günlük sağlıklı yaşam biçimi davranışları eğitimi (adölesan evlilik, akraba evliliği, üreme sağlığı, bulaşıcı ve kronik hastalıkların kontrolü, erken tanı), liderlik eğitimi ile sağlık, eğitim, sosyal hizmet ve yardımlar, adli yardım ve iş bulmayı içeren kamu hizmetleri konularında sektörlerarası işbirliği ile eğitim verilmiştir. Tablo 6'da gruplara göre seçilmiş sağlık bilgisi ve davranışları verilmiş olup, bilgi ve davranışlar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Programın sosyal sermayeye etkisi incelendiğinde, müdahale grubundan seçilen 91 kadın (%29,3) Kent Konseyi Kadın meclisine, 51 kadın (%16,4) mahallesinin temsilcisi olmaya aday olmuş, 42 (%13,5) kadın ise mahallerinde bulunan kadın destek merkezlerinin yönetim kurullarına üye olmuştur. Kontrol grubundan ise 3 Kadın Kent Konseyi'ne, 1 kadın ise mahalle temsilcisi olmak istemiştir. Sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında toplumda liderliği geliştirme çalışmalarının etkisini değerlendiren araştırmaların yapılmasının ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 27. maddesinde yer alan 'Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki' çalışmaları içerisinde ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında hassas grupların özellikleri, ülkelerin sosyo-kültürel ve sağlık altyapısına uygun farklı sağlığı geliştirme araçları kullanılmaktadır. Ülkemizde halk sağlığının temel ilkelerinden olan sağlığa bütüncül yaklaşım, sektörlerarası işbirliği ve toplum katılımı yönelik 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanun ve ilgili yasal düzenlemelerde sağlık personeline önemli görevler verilmiştir. Ancak uygulamalar ülke genelinde istenilen düzeye gelememiştir. Son yıllarda ise sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında; bilimsel anlamda araştırmalar artmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Ülkemize özgü sağlığı geliştirici araçların belirlenebilmesi için; metodolojik araştırmalarla ülkemize uygun ölçme araçlarının

geliştirilmesi, sağlığı geliştirme stratejilerine yönelik araştırmaların artması ve halk sağlığı programları içerisinde sağlığı geliştirme eğitimlerinin yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Winslow, CEA. The untitled field of public health. Modern Medicine, 1920; 2:183.
2. Foundations of Health Promotion. Section. <http://www.ohprs.ca/hp101/print/full.pdf>. (Erişim Tarihi: 12.06.2011).
3. 6th Global Conference on Health Promotion Bangkok, August 2005. (Ed: Tang KC, Beaglehole R, Leeuw E). Health Promotion International, 2006, Vol: 21 (1) www.heapro.oxfordjournals.or. (Erişim Tarihi: 05.06.2012).
4. World health organization. Noncommunicable diseases country profiles 2011.
5. Sturgeon S. Health Promotion Challenges. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. Health Promotion International 2007;21(1): 36-38.
6. WHO. Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidences, Practice. Summary Report. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, 2004, Geneva.
7. Weiss RA, McMichael AJ. Social and environmental risk factors in the emergence of infectious diseases. Nat Med. 2004;10(12):70-6
8. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet. 2005;1;365(9465):1147-52.
9. Semenza JC. Strategies to intervene on social determinants of infectious diseases. Euro Surveill. 2010;15(27):pii=19611. Available online: <http://www.Eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19611> (Erişim tarihi: 02.07.2012).

10. McMichael AJ, Butler CD. Health promotion challenges; emerging health issues: the widening challenge for population health promotion. *Health promotion International*. 2007;21: 15-24.
11. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Oxford University Press, 2000.
12. World Health Organization. *Social determinants of Health: The Solid Facts*. (Eds: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. edition. International Centre for Health and Society. 2003, Denmark.
13. Campbell C, Wood R, Kelly M. *Social capital and health*. Health Education Authority. London 1999.
14. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res*. 2002; 17:187-189.
15. Stevenson H, Burke M. Bureaucratic logic in new social movement clothing: The limits of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health*. 1994; 83(1):47-53.
16. Kickbusch I, Maag D. Health literacy. In *International Encyclopedia of Public health*. Vol. 3: Edited by Kris H, Stella Q,. Academic Press: 2008: 204-211.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 25;12:80.
18. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009; 36 (5):446-451.
19. McCray A. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc*. 2004;12(29):152-163.
20. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med*. 2006; 21:878-883.
21. Reddy S, Gupta P. *Report on Tobacco Control in India*. Ministry of Health & Family Welfare, 2004, Government of India.
22. Murray C, Lauer J, Hutubessy R *et al*. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: A global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *The Lancet*. 2003;361: 717-725.
23. Iso H, Shimamoto T, Yokota K, Sankai T, Jacobs DR, Komachi Y. Community-based education classes for hypertension control—A 1.5 year randomised controlled trial. *Hypertension*. 1996;27: 968-974.
24. Jahan R. Promoting health literacy: A case study in the prevention of diarrhoeal disease from Bangladesh. *Health Promotion International*. 2000; 15(4): 31-38.
25. Zaza S, Briss, P, Harris K. *The guide to community preventive services: What works to promote health?* Oxford, 2005, UK: Oxford University Press.
26. Yajima S, Takano T, Nakamura K, Watanabe M. Effectiveness of a community leaders' programme to promote healthy lifestyles in Tokyo, Japan. *Health Promotion International*. 2001;16(3): 235-243.
27. Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. *A Vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy*. 2008, Ottawa: Public Health Agency of Canada.
28. Pleasant A, McKinney J. Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*. 2011; 59(2):95-106.
29. Smedley BD, Syme SL (eds.). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Washington DC: National Academy Press, 2000.
30. Kasmel A, Andersen PT. Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2011; 8: 799-817.
31. Heritage Z, Dooris M. Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promot Int*. 2009 ;24:45-55.
32. WHO Regional Office for Europe. *Community Participation in Local Health and Sustainable Development: Approaches and Techniques*. Centre for Urban Health, WHO Regional Office for Europe, 2002, Copenhagen, <http://www.who.dk./document/e78652.pdf>.

33. Rappaport J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*. 1984; 3: 1-7.
34. Minkler M, Wallerstein NB. Improving health through community organization and community building. Chapter thirteen. *Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice*. (Eds: Noreen M. Clark, Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis). 3rd edition. Jossey Bass A Willey Imprint, San Francisco. 2002;279-311.
35. Wandersman A, Florin P. Citizen Participation and Community Organizing. In: J. Rappaport ve E. Seidman (Eds.). *Handbook of Community Psychology*. Newyork. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
36. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. Approaching health promotion. *Understanding health promotion*, (Eds:Keleher Helen, MacDougall Colin, Murphy Berni.) Oxford University Press.2007; 3-14.
37. Kusher H, Sterk C. the limits of social capital: durkheim, suicide, and social cohesion", *Public Health*Vol. 2005;95(7):1139–1143.
38. Asthana S, Oostvogels R. Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras, *Social Science and Medicine*. 1996; 43(2):133-48.
39. Tüysüz N. Sosyal sermayenin ekonomik gelişme açısından önemi ve sosyal sermaye endeksinin hesaplanması. *Kalkınma Bakanlığı Yayını*, No: 2827, Kasım 2011.
40. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K ve ark. Lay health workers in primary and community healthcare for maternal and child health and the management of infectious diseases (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;3: Art No: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.Pub.3.
41. WHO. Mainstreaming Health Promotion, draft of technical document in development for the Global Conference on Health Promotion. 2009.
42. World Health Organization. Capacity mapping for health promotion, 2010. <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1086.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2011).
42. Özdemir Aİ, Altıparmak A. Sosyo-ekonomik göstergeler açısından illerin gelişmişlik düzeyinin karşılaştırmalı analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005;24:97-110.
43. . Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
44. Harran Üniversitesi ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Mevsimlik Tarım İşçisi Ailelerin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması 2011, Şanlıurfa, 2012.
45. Noordman J, van der Weijden T, van Dulmen S.Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: A systematic review of the literature.*Patient Educ Couns*. 2012 Aug 6.
46. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. The Effect of Peer-Education on Sexually Transmitted Diseases and Safer Sexual Life Knowledge and Behaviour of Young People. [Turkish]. *TAF Prev Med Bull*. 2011; 10(4): 463-472.
47. Şimşek Z, Kırmızıtoprak E. Mevsimlik göçebe tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. I. Ulusal Nüfus Bilim Kongresi (Ankara); Genişletilmiş Bildiri Özet Kitabı;7-10 Ekim 2010; 80-85.
48. Şimşek Z, Yılmaz T, Kabalcıoğlu F. topluma dayalı, kültüre duyarlı güvenli annelik programının etki değerlendirmesi ve sağlık insangücü, "14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi" 4-7 Ekim 2011 Trabzon.
49. Simsek Z, Koruk İ, Doni NY. An operational study on implementation of mobile primary healthcare services for seasonal migratory farmworkers, Turkey. *Matern Child Health J*. 2012 Jan 26.
50. Gielen AC, McDonald EM. Using the PRECEDE –PROCEED Planning Model to Apply Health Behavior Theories. Chapter eighteen. *Health Behavior and Health Education; Theory,*

51. Research and Practice. (Eds: Noreen M. Clark, Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis). 3rd edition. Jossey Bass A Willey Imprint, San Francisco. 2002;409-436.
52. Şimşek Z, Koruk İ. Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak için geliştirilen bir sağlığı geliştirme programı; mahalle ve köy muhtarlarının eğitimi. Sağlık ve Toplum. 2011; 21(1):15-25.