

KADIN ÇALIŞMALARINI İÇİN UYGULAMALI BİR ARAŞTIRMA ALANI: TOPLULUK TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Dr. İnci USER

M.Ü.İ.İ.B.F. Maliye Bölümü, Yardımcı Doçent

Abstract:

The present study involves a brief discussion of community based health services and the suggestion that, these should become an area of active research and applied work for women studies because women are and have always been primarily responsible for health care in the family and the community and this traditional role may be redefined in a way that will empower them.

I-GİRİŞ

Bu çalışmada, kadın araştırmalarının yoğunlaştırılabileceği bir uygulama alanı önerilecektir. Bu alan, topluluk temelli sağlık hizmetleri alanıdır. Topluluk temelli sağlık hizmetleri, çeşitli yerel toplulukların sağlığa ilişkin gereksinimlerini bizzat belirlemeleri, bu gereksinimler için kaynak yaratmaları ve uzman sağlık görevlilerinden alacakları yardımı bizzat yönlendirmeleri anlayışına dayandırılmaktadır. Söz konusu çalışmalarda topluluk içinden kimi üyeler sağlığa ilişkin girişimlerde daha aktif ve belirleyici rol almakta ve profesyonel sağlık görevlileri ve kurumlar ile topluluk arasında bir köprü görevi üstlenmektedir. Kuşkusuz, bu yaklaşım ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini kapsar niteliktedir.

Bu hizmet yaklaşımı sağlık mesleklerindeki uzmanların direnişleriyle karşılaşabilmektedir. Yine de, tıbbın sağlığı tanımlamada ve tıbbi teknolojilerin sağlık sorunlarını çözmeye yetersiz kaldıklarını kabul eden pek çok hekim ve diğer sağlıkçılar, topluluk temelli projelerde görev almayı kabul etmektedir. Görevleri, alışılmış olanın aksine, insanlar için bir şeyler yapmak değil, kendi adlarına bir şeyler yapan insanlara yardımcı olmak ve onların sağkalım kapasitelerini arttırmaktır. Yaklaşımın temel hareket noktaları şöylece sıralanabilir:

-Her topluluğun kendine göre kaynakları ve güçlü noktaları vardır. Topluluklar özgüven ve sorumlulukla araştırdıkları takdirde, kendilerine yardım için kullanabilecekleri bu kaynakları keşfederler.

-Toplulukların ellerindeki güç ve kaynaklar artırılmalıdır.

-Topluluklar tarihi başlangıcından beri pek çok sağlık sorunlarını bugün bilinen tıbbi olanaklara başvurmadan, bizzat çözmüşlerdir.

-Kadın her evde, her zaman en etkin sağlık görevlisidir.

-Sağlığı geliştirmeye çabalayan kişiler ve gruplar arasında karşılıklı destekleyici ilişkiler olmalıdır.

Topluluk temelli sağlık hizmetleri, tüm dünyada devletlerin sağlık harcamalarını kısmak eğilimine girdikleri bir dönemde popüler olmuştur. Bu anlamda, böyle bir yaklaşımın geliştirilmesinin politik nedenleri ortadadır ve toplulukların üstlenebilecekleri sorumlulukların sınırları, teknik, etik ve siyasal açıdan tartışılmaya açıktır. Ancak, bu çalışmada bu tartışmalara girilmeyecek. sadece söz konusu hizmet modelini gerekli kılan koşullar, modelin uygulama olanakları ve kadın çalışmaları açısından yeri tartışılacaktır.

II-SOSYAL BİLİMLER, KADIN ÇALIŞMALARINI VE TOPLULUK TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinin kadın araştırmaları yapanlar için bir uygulama alanı olarak önerilmesinin nedenleri şöylece sıralanabilir: Öncelikle, bu hizmet modelinde toplulukların kültürel özellikleri ve kültüre has sağlık tanımları dikkate alınmaktadır. Bu da, çalışma modelleri oluşturulurken sosyal bilim bakış açısı ve yöntemlerine başvurmayı gerekli kılmaktadır. Kadın çalışmaları sosyal bilimcilerin ağırlıkta olduğu bir alan teşkil ettiğinden, alandaki kişilerin bir bölümünün bu konuya yönelmeleri herhalde uygun olacaktır.

Öte yandan, özellikle Türkiye'de uygulamalı çalışmaların fazla revaçta olmaması, bir kayıptır. Sosyal bilimcilerin sağlık alanında uygulamacı olmaları dünyada hayli yaygındır. Gelişmekte olan ülkelerde, sağlığa ilişkin tutum ve davranışların ölüm oranlarını düşürecek biçimde değişmesi önemli bir beklentidir. Bu noktada, sağlık ile sosyo-ekonomik gelişim arasındaki ilişkiler, önemli bir araştırma konusu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tür araştırmaların verilerini etkin siyasal ve eğitimsel programlara dönüştürmek de sosyal

bilimcilere düşecektir. Başka bir deyişle, sağlık alanında çalışan sosyal bilimciler yalnızca toplulukların sağlığına ilişkin özel taleplerini belirlemek ve sağlık görevlileriyle yerel topluluklar arasındaki iletişimsizliklere deva olmak yanında, aşağıdaki sorulara da yanıtlar bulmakla yükümlü olacaktır [1]

-Yüksek ve düşük ölüm oranı riskleri hangi toplumsal ortamlarla bağlantılıdır? Toplumsal ve kültürel tutumlar, roller ve davranışlar sağlık hizmetlerinden yararlanımı ve sağlığa ilişkin tutumları nasıl etkilemektedir?

-Sosyo-ekonomik gelişim sağlık için yararlı davranışların ortaya çıkacağı ortamların oluşmasına, ya da bunun tam aksi bir sonuca ne şekilde yol açabilmektedir?

-Sağlık sorunları toplumsal gelişim çabalarını nasıl etkilemektedir?

-Sağlığa ilişkin olumsuz tutumların düzeltilmesi ve olumlu tutumların geliştirilmesine toplumsal gelişme modelleri ne tür bir katkı yapabilir?

-Kasıtlı ya da kasıtsız olarak sağlığı olumlu yönden etkileyen programların özellikleri nelerdir? Sağlığı olumlu olarak etkilemesi amaçlanan herhangi bir program başarısız olduğu takdirde, bunun nedeni nedir?

-İnsanların gündelik yaşamlarına yerleştirilecek teknik ve yöntemlerle sağlığı arttırmak mümkün müdür?

-Bu tür yöntemleri topluluk yaşamında kendi kendine varlıklarını sürdürecektir -dışarıdan bir yardım ya da müdahaleye ihtiyaç göstermeyecek- bir konuma getirmenin yolu nedir?

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinin kadın çalışmalarını için uygun bir alan olarak ele alınmasının ikinci bir gerekçesi, bu alanda 'güçlendirme' (empowerment) kavramına ağırlık verilmesidir. Aileden başlayarak çeşitli topluluklarda uzmanlaşmamış sağlık bakımının tarih boyunca bir kadın görevi şeklinde ele alındığı gözönünde tutulduğunda, bu hizmet modelinin içerdiği güçlendirmenin öncelikle kadını güçlendirme şeklinde olabileceği de farkedilmektedir. Başka bir deyişle, geleneksel bir rolün (hasta, yaşlı ve özürülilere bakmak) kadını güçlendirecek bir biçimde yeniden tanımlanması mümkündür. Ancak, bu yeniden tanımlamanın yeterli ve sağlıklı bir biçimde gerçekleştirilmesi ve bu hizmet modelinin de sonuçta kadınlara yeni bir mahkumiyet getirmemesi, öncelikle kadın bakış açısının çalışma alanına egemen kılınmasıyla olasıdır.

Nihayet, bu tür hizmetlerden öncelikle kadın ve çocukların yararlanıyor olması, topluluk gereksinimlerinin saptanması ve uygulama modellerinin geliştirilmesi konusunda öncelikle kadın katılımını gerekli kılmaktadır. Bu da, kadın bakış açısının bu alanda denenecek uygulama örnekleri konusunda belirleyici olmasını bir kez daha zorunlu kılmaktadır.

III-TOPLULUK TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİKLERİ

1978 yılında, Alma Ata'da gerçekleştirilen sağlık zirvesi "2000 yılında herkes için sağlık" sloganını benimsemiş ve sağlığı "hasta olmama" değil, "fiziksel, ruhsal ve toplumsal anlamda iyi olma, kendini iyi hissetme" şeklinde tanımlamıştır. Aradan geçen yıllar, "herkes için sağlık" amacına dünya genelinde yeterince yaklaşmadığını düşündürmektedir[2]. Bu gerçek öncelikle az gelişmiş ülkelerde açlık, salgın hastalıklar, bebek ölüm oranlarının yüksekliği, denetlenemeyen nüfus artışı gibi dramatik göstergelerle kendisini ortaya koymaktadır. Ancak, modern tıbbi teknolojinin yaygın olarak kullanıldığı, organ nakilleri, tüp bebekler vb mucizelerin gerçekleştiği gelişmiş ülke toplumlarının sağlığı da tartışılmaya açıktır: nüfusun giderek yaşlanması, kent yoksulluğu, yüksek suç oranları, zenginlik ve yaşlılığa bağlı hastalıklar, yaygın alkolizm, uyuşturucu kullanımı ve yüksek intihar oranları bu gelişkin toplulukların 'iyi olma halini' fazlasıyla etkilemektedir.

Bilinen sağlık hizmetlerinin "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmada yetersiz kalmasının nedenleri, tıbbi teknolojinin niteliklerinde değil, belli toplumsal, ekonomik ve siyasal koşullarda aranmalıdır. Bu koşullar arasında kaynak kıtlığı ön plandadır. Bunun yanında, medikal sağlık kavramının darlığı ve sağlık görevlileriyle toplumların görece az gelişmiş kesimleri arasındaki kültürel dualizm büyük önem taşımaktadır. Bir yandan, sağlığı çok yönlü ve öncelikle kazanılıp korunması gereken bir durum olarak tanımlamayı benimseyemeyen, ancak belirli hastalıkların ortaya çıkması üzerine işlev görmeye başlayan sağlık sistemleri, diğer yandan kendi ülkelerindeki pek çok toplulukla iletişim kurmakta güçlük çeken sağlık görevlileri, toplulukların sağlığa ilişkin gereksinimlerinin belirlenip karşılanmasında yetersiz kalmaktadır[3][2].

Topluluk temelli sağlık hizmetlerini -özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında- zorunlu kılan koşullar şöylece sıralanmıştır[4]:

Siyasi etkenler: Dünyanın her yerinde süregiden savaşlar, iç savaşlar, şiddet olayları ve zorunlu göçler, çeşitli topluluklar için çok özel ızdıraplara ve sağlığı

sorunlarına yol açmaktadır. Öte yandan, pek çok devlet, kaynak, altyapı ve sistem yetersizlikleri nedeniyle bu özel sorunlara eğilememektedir. Toplulukların kendi yaralarını sarmak için girişimde bulunmaları kaçınılmazdır.

Hastalıkların artışı: Tıbbi teknolojiye gelişmeler, yüzyılımızda hastalıkların artışının önünü alamamıştır. Bu artış bir yandan yoksulluğa bağlı olarak yaygın beslenme bozuklukları ve enfeksiyonlar şeklinde kendini gösterirken, bir yandan da kalp-damar problemleri, diyabet vb. zenginlik hastalıklarının yaygınlaşması şeklinde gözlemlenmektedir. Bunların yanında AIDS gibi çağa özgü afetler yayılmaktadır. Çoğu yerde, hastalar kurumsallaşmış profesyonel bakımdan yoksun kalmakta ve hasta bakım yükü öncelikle kadınların, kimi zaman da yaşlılar ve çocukların sırtına binmektedir. Bu gerçek, sağlık konusunda topluluk olarak hareket etmenin zorunluluğunu ortaya koymaktadır.

Nüfus Artışı: Dünya nüfusu, özellikle gelişmeye çalışan ülkelerde süratle artmaktadır. Bu artış, en dayanıksız ve en savunmasız (milli gelirden ve toplumun eğitim ve sağlığa ayırdığı kaynaklardan en düşük pay alan) kesimleri en fazla etkilemekte, bunlar hem aile planlaması ve ana-çocuk sağlığına ilişkin kurumsal hizmetlerden yeterince yararlanamamakta hem de yaşam kaliteleri çok düşük düzeylerde kalmaktadır.

Sosyokültürel Karmaşa: Yüzyılımız boyunca dünya toplumlarını etkileri altında tutan sömürgecilik, yeni eğitim anlayışları, kentleşme, sanayileşme ve kitle iletişimi gibi süreçler, geleneksel yaşam tarzları ve sağaltım biçimlerini hızla yok etmekte, ama yoksullar için bunların yerine geçecek başka çözümler de bulunamamaktadır. Sağlık profesyonelleri -yukarıda belirtildiği gibi- kendi bilgileriyle toplulukların kültür ve pratikleri arasındaki uçurumu algılayamamaktadır.

İktisadi Sorunlar: 1980'li ve 1990'lı yıllar, pek çok ülke için yapısal dönüşüm programlarının tartışıldığı yıllar olmuştur. Halk sağlığı sorunları artagiderken, hükümetler kamu harcamalarını kısmayı, özelleştirmeyi, sosyal güvenlik sistemlerinin hantallığını, bireysel sorumlulukları tartışmaktadırlar. Tüm bunların sonucu olarak, yoksulluk artmakta, topluluklar eylem kapasitelerini yitirmekte, en dayanıksız kesimler hizmetin en uzağına düşmektedir.

Çevre Sorunları: Günümüzde giderek artan ve çeşitlenen çevre sorunları için topyekun çözümler üretmek çok güçtür. Her topluluk kendi yaşadığı çevre ve bu çevre içindeki insan etkinliklerinin yarattığı sorunlar

için kendi çarelerini üretmek ve hayata geçirmek zorundadır.

Toplulukların kendi çarelerini üretme çabalarına yardımcı olmak için dışarıdan sunulacak bilgi ve yardımlar şöylece sıralanabilir[5]:

-Sağlığa ilişkin gereksinimlerin saptanmasına ve faaliyet planlarının hazırlanmasına katkıda bulunmak.

-Topluluk içindeki sağlık görevlilerinin kendi yardımlarına gereksinimi olanları bulmalarına ve kendi performanslarını ölçmelerine yardımcı olmak.

-Riskli bireylerin saptanması ve gerekenlerin yapılması için yol göstermek.

-Etkinliklerin genel akışının değerlendirilmesi, geleceğe dönük plan ve stratejilerin oluşturulması için yardımcı olmak.

-Maliyetleri hesaplamak.

-Daha fazla araştırmaya ihtiyaç gösteren alanları saptamak.

Yukarıda sıralanan tüm destek çalışmalarında sosyal bilimciler, araştırmacı ve eğitimci olarak yer alabilmektedir.

IV-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLULUK TEMELLİ YAKLAŞIMIN ÖZELLİKLERİ VE BU YAKLAŞIMDA KADINLARIN YERİ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde klasik model, hizmetin belli merkezlerce hazırlanan bir program çerçevesinde alana yayılmasıdır. Bu modelde, tam teşekküllü merkezlere bağlı dispanserler, sağlık ocakları ve semt poliklinikleri vasıtası ile, koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaya ve daha ileri hizmetlere gereksinimi olan kişiler belirlenerek merkezlere ulaştırılmaya çalışılır. Burada, yerel topluluklardan ancak kaynak ve işgücü yardımı istenir. Topluluğun deneyim ve tercihleri gözönüne alınmaz. Sağlık eğitimi, teknik, otoriter ve didaktik bir yaklaşım ile sürdürülür. Topluluk temelli model, bu klasik modele alternatif olarak ileri sürülmüş, ancak kendiliğinden gelişen halk hareketlerinden de esin ve destek almıştır.

Kendiliğinden gelişen halk hareketleri, belirli bir sağlık sorununa çözüm bulunmaması karşısında yerel toplulukların önceden planlanmamış -bir tür sivil itaatsizlik de oluşturabilen- eylemlere girişmesinden ibarettir. Bu eylemlerin kimileri oldukça başarılı olmuş ve ilgili topluluğun yaşam kalitesi ve sağlığına katkıda

bulunmuştur. Bu gibi halk hareketleri, başarıya ulaşsalar bile, amaçları gerçekleştiği anda kendiliğinden dağılmakta ve kalıcı bir yapı oluşturmamaktadır. Topluluk temelli modelin ayrıcalığı, topluluğu kalıcı biçimde güçlendirmesi ve zaman içinde ortaya çıkabilecek yeni sağlık sorunlarına transferi mümkün olan bilgi ve becerileri kazandırması şeklinde tanımlanabilir. Güçlendirilmiş bir topluluk, bireylerin yalnız görünürdeki temel gereksinimlerini karşılamakla kalmayıp, kendi içindeki duyarlılık ve dayanışmayı da önemseyen, tüm üyelerin karar ve etkinliklere katıldıkları, üretim yanında hizmetlerin planlanmasında da rol aldıkları bir topluluk olarak tanımlanmaktadır[6].

Topluluk temelli projeleri hazırlayan ekipler, yerel gönüllülerle birlikte çalışarak, onlara şu konularda bilgi ve beceri kazandırmaktadır[7]:

- Sorunların belirlenmesi.
- (Mümkünse) sorunlara yol açan nedenlerin belirlenmesi.
- Çözümlerin planlanması.
- Gerekli yerel kaynakların kullanıma hazır hale getirilmesi.
- Planlanan etkinliklerin hayata geçirilmesi.
- Başarının değerlendirilmesi.

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinde sağlık, sosyokültürel ortama göre tanımlanır. Hizmetin kurumlardan alana yayılması biçimindeki klasik model, insanlara öğüt ve ders vermenin, hijyen, beslenme, çocuk bakımı ve cinsel davranış alışkanlıklarını değiştirmeleri yolunda didaktik eğitim yapmanın ancak sınırlı etkinliği olduğunu göstermiştir. Sosyal bilimci açısından, bu iyi niyetli girişimlerin başarı oranlarının böylesine düşük olması hiç de şaşırtıcı değildir: Toplulukların tüm geleneksel pratikleri, dışarıdan bakan bir göze ne kadar hatalı ya da anlamsız görünse de, belli bir mantığa ve bir gereksinime dayanılarak oluşturulmuş kültürel örüntülerdir. Bunları kavramak ve dış dünyanın bilgisiyyle bunlar arasında bir uzlaşma noktası bulmak, topluluğa yardımcı olmanın ilk adımıdır. İşte bu yüzden, bu modelde toplulukların pasif dinleyiciler değil aktif karar alıcı ve uygulayıcılar olarak yer almaları esastır[8].

Sağlığı 'iyi olma hali' şeklinde tanımlayan topluluk temelli hizmet modeli açısından sağlık, sosyal etkinlikler için bir giriş noktasıdır. Bu yaklaşımda en az avantajlı gruplar üzerinde odaklaşılır ve sosyoekonomik adaletsizliklerin üzerine gidilir.

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinde anahtar kavram özgüvendir. Topluluklar sorun ve önceliklerini bizzat saptarlar. Sorumluluk hem topluluk içinde hem de topluluk ile dışarıdan destek veren uzmanlar arasında karşılıklı olarak paylaşılır. Başarı ve başarısızlıklar birlikte sahiplenilir. Özgüven kavramı, her topluluğun kendine göre güçlü yönleri ve kaynakları olması gerçeğine dayanmaktadır. Ancak, çoğu topluluk için bu güçlerin ortaya çıkartılması ve desteklenmesi gereksinimi vardır. Başka bir deyişle topluluklar, sağlık için kullanabilecekleri güçler ve kaynakların farkında olmayabilirler. Ya da modern tıp, onlara bu kaynakları unutturmuş olabilir.

Toplumsal yaşamın tıptan çok daha eski olduğu ve çağdaş tıbbın bugün bile dünya nüfusunun büyük bölümüne el uzatmadığı dikkate alınır, toplulukların çağlardan beri bir çok sağlık sorununu profesyonel yardım olmadan çözebildikleri kabul edilebilir. Bu nedenle de, bu modelde sağlık görevlileri hizmet ve bilgi sunarken özgüven ve topluluğun bizzat karar alma hakkı ilkelerine sadık kalmaktadır.

ABD'de yapılan bir çalışmada[9], yerel bir hastanenin acil servisine yapılan başvuruların en yaygın yedi nedeni, yaygınlık derecelerine göre şöyle sıralanmıştır:

1. Araba kazaları
2. Kavgalar
3. Trafik harici kazalar
4. Bronşiyal rahatsızlıklar
5. Alkolizm
6. Madde kullanımına bağlı sorunlar
7. Köpek ısırıkları

Hastaneyi çevreleyen yerel topluluk, bu listeyi hayretle karşılamış ve sorunların tıbbi değil toplumsal sorunlar olduğunu, bunlara karşı topluluk düzeyinde tedbirler aranması gerektiğini kabul etmiştir.

Daha yukarıda da değinildiği gibi, kadın her zaman, her ailede en etkin ve bilgili sağlık ajanı olmuştur. Ancak, modern sağlık sistemi profesyonel olmayan bakımı kaba bir hizmet işi biçiminde algılamaya dönük olduğu için, kadınların sağlığa ilişkin ev ve topluluk hizmetleri de statü yitirmiştir. Topluluk temelli hizmet modeli güçlendirmeyi esas aldığından, kadının bu rolünün de yeniden gözden geçirilmesini gerekli kılacaktır.

Güçsüzlük özgüvenden, farkındalık ve eylem yeteneğinden yoksun olmaktır. Eğer bir topluluğun

bilgisi, becerileri, deneyim ve görüşleri dikkate alınmaz ya da yetersiz addedilirse, o topluluk güçsüzleştirilmiş olur. Sağlıkta medikal yaklaşımın insanları mahkum ettiği konum budur ve bu konum, herhangi bir topluluğun görece dezavantajlı üyeleri -kadınlar, çocuklar, yaşlılar, hastalar...- için çok daha geçerlidir. Topluluk temelli yaklaşım, topluluğa söz hakkı ve sorumluluk tanıyarak, onu sağlık alanında güçlendirmektedir. Burada gerekli olan, kadınları topluluğun tümüne kıyasla daha fazla güçlendirmektir. Aksi halde, kadınların sağlığa ilişkin görev ve sorumluluklarını topluluğun diğer üyeleri tanımlayabilirler. O zaman, kadınların konumu açısından hiç bir gelişme kaydedilmemesi mümkündür.

Topluluk temelli çalışmaların örneklerine bakıldığında, kadınların çoğu yerde inisiyatif aldıkları ve başarılı oldukları görülmektedir[8].

Bu hizmet modelinin mutlaka az gelişmiş ülkeleri ilgilendirdiği de düşünülmemelidir. Görece gelişkin ve 'modern' toplumlarda da uygulama için elverişli alanlar vardır; örn. büyük metropollerin yoksul semtlerinde karşılaşılan yüksek oranlı çocuk ve genç suçluluğu olguları ya da koruyucu ruh sağlığı hizmetleri için topluluk temelli bir yaklaşım çok verimli olabilir[10].

Genelde topluluk temelli sağlık hizmetleri üniversiteler ve sivil toplum örgütleri tarafından yönlendirilmektedir. Bu uygulamaların tümünde sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve bu hakka ilişkin olarak devletin bireylere karşı üstlenmesi zorunlu olan görevler öncelikle vurgulanmaktadır. Uygulamaların dinamik bir akışı vardır. Her uygulamada eldeki topluluğu iyi tanımak ve gereksinimlerini saptamak için uzun bir araştırma süreci; daha sonra topluluk katılımı ile hizmet modelinin oluşturulması ve nihayet uzun bir takip aşaması yer almaktadır. Bu uygulamalarda sosyal bilimciler ve eğitim uzmanları ön plandadır. Ancak, bu kişilerin didaktik ve dayatıcı tavırlar içinde olmamasına dikkat gösterilmektedir.

Toplulukların özgül sorunları ve taleplerinin dikkate alınmasına dayanan bu hizmet modelinde hazır şablonlar mevcut değildir. Ancak, çalışmaların değerlendirilmesi için belli ölçütler saptanmıştır[8]. Uygulamaların keyfi bir niteliğe bürünmemesi için, hizmet götürülen herhangi bir topluluğun etkinliği ve kaydettiği gelişmelere ilişkin olarak şu göstergeler belirlenmiştir:

A. Kaynak kullanımı konusunda etkinlik.

B. Topluluk üyelerinin karar alma sürecine katılım düzeyleri.

C. Uygun teknolojinin kullanımı.

D. Bilgilenme ve eğitimde formel yaklaşımlardan kaçınılmış olması.

E. Topluluğun sürdürülebilir etkinlikler geliştirmiş olması.

F. Dış girdiler.

G. İç girdiler (topluluğun ürettiği enerji, yönlendirme, fikirler ve kaynaklar).

H. Topluluğun kendi içindeki görece 'daha güçsüzlere' karşı tutumlarındaki değişimler.

İ. Maliyet ve kazanımların paylaşılması.

K Aile ve topluluk bağlarının güçlenmesi. Kendi öncelikleri doğrultusunda uzmanlarla ve yetkililerle pazarlığa girişebilmeleri.

L. Ölüm ve hastalanma oranlarında düşüşler.

M. Bebek beslenmesi pratiklerinde olumlu değişimler.

N. Aşılama, gelişim takibi, sanitasyon konularındaki gelişmeler.

Yukarıdaki göstergeler listesinde yer alan son üç madde, bilindiği gibi, alışlagelmiş, kurum temelli birincil sağlık hizmetlerinin en öncelikli amaçlarıdır. Bu listede bu ölçütler kasıtlı olarak sona bırakılmakta ve 'sağlığın' asıl ya da en önemli tanımının bunlardan oluşmadığı hatırlatılmaya çalışılmaktadır.

V-SONUÇ

Yukarıda topluluk temelli sağlık hizmetleri konusunda kısaca bilgi sunulmuş ve kadın çalışmalarıyla meşgul olanların bu alana da yönelmeleri önerilmiştir. Bu alana adım atılırken en duyarlı olunması gereken husus, bu yaklaşımın istismara açık niteliğidir: Topluluk temelli çalışma girişimleri devletin sağlık konusundaki görevleri ve sorumluluklarının tanımını değiştirecek şekilde gelişmemelidir. Topluluklar ne devlete alternatif olmak ne de - kaba deyişle - kendi başlarının çaresine bakmak iddiasında olabilir. Bu yaklaşımın amacı, güçlendirme ve özgüven kavramlarıyla ifade edilmektedir ve asıl amaç toplulukların sağlığa ilişkin tanım, talep ve önceliklerini bizzat saptamalarıdır. Bu saptamalar doğrultusunda dış girdi arayışı, özkaynakların ortaya çıkartılıp değerlendirilmesi gibi çalışmalar hep özgüven ve güçlenme amacına yönelik olacaktır.

Topluluk temelli sağlık hizmeti girişimlerinin değerlendirilmesi için belirlenmiş olan kıstaslara yukarıda değinilmiştir. Bu listeye mutlaka eklenmesi gereken maddeler vardır: Topluluk içindeki kadınların da erkekler kadar gelişme kaydetmesi, kadınların geleneksel bakım becerilerinin statülerinin yükselmesi, kadınların yaşam biçimlerinde kalıcı, anlamlı ve kendilerini hoşnut kılan dönüşümlerin oluşması ve topluluğa özgü sağlık tanımında, kadın sağlığına ilişkin özgül hususların ayrıntılı olarak ele alınması... Bunların gerçekleşebilmesi için, kadın bakış açısının bu çalışma alanına yansması zorunludur. Zira sağlığa ilişkin her girişimde yaşanan 'hekimler diğerlerine karşı' mücadelesi, bu alanda çalışan pek çok kişiyi modelin içindeki çelişki ya da eksiklikleri göremeyecek kadar meşgul edecektir. Aslında bu yaklaşım, her tür tepeden inmecilik ve bilimsel-teknolojik iktidara karşı çıkan yönüyle, kadın bakış açısına son derecede elverişlidir.

Topluluk temelli sağlık hizmetlerinin kapsamı ve anlamını bir dramatik örnekle -yapmayı düşleyebileceğimiz bir çalışma ile- vurgulamakta yarar olabilir: Dünyanın gözleri önünde yaşanan Bosna faciası, tüm savaşlar gibi hem askerleri hem de sivilleri derinden etkilemiştir. Bu facianın en vahim boyutlarından birini, düşman askerleri tarafından tecavüze uğrayan ve kimileri bu yoldan anne olan kadınların deneyimleri oluşturmaktadır. Bu deneyimler psikoloji, psikiatri, çocuk psikolojisi, jinekoloji ve eğitim gibi farklı bilim dalları için, ders kitaplarının yazmadığı, şablon çözümler ve hazır reçetelerin deva olamayacağı sorunlar konumundadır. Bilim adamlarının bu sorunları hazır tanımlar ve çözümlere uydurmaya çalışmaları tehlikeli olacaktır. Çok daha tehlikeli ve etik yönden çok daha vahim bir olasılık, bilimsel merakın bu deneyimleri en ince ayrıntılarına dek sorgulayıp, inceleyip, belgelemesi ve deneyim sahiplerine kalıcı hiç bir başa çıkma aracı sunmadan yeni bir araştırma konusunun peşine düşmesidir. Topluluk temelli bir yaklaşım ise, bu yaralı insan gruplarına öncelikle sağlık tanımları yaptırarak işe başlayabilir. Sosyolojik anlamda damgalanmış bir 'engelliler' grubu olarak ele alınmayı reddetmelerini ve çok özgül bir yaşantıyı paylaşan bir cemaat gibi hareket etmelerini sağlayabilir. Acıma, ürküntü, bilimsel ya da sıradan merak gibi dürtülerle donanmış ve Bosnalı kadınların deneyimlerini paylaşmamış uzmanların çabalarının yerine özgüven ve güçlenme duygularını geçirebilir. Böyle bir girişim, sağlığın, sosyal bilimin ve kadın çalışmalarının kaynaşacağı, son derece verimli, insan haklarına duyarlı bir bilimsel uygulama, bir hizmet ve bir model oluşturabilir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR:

- [1]-FINDLAY, S.E. (1993). "Strategies for Connecting Social Science Research to Actions for Better Health" Health and Health Care in Developing Countries (Ed. Conrad, P. ve E.B. Gallagher), Temple University Press, Philadelphia, ss. 265-284.
- [2]-JESANI, A. ve V. NADKARNI (1993). "Patients' Rights: A Perspective" The Indian Journal of Social Work, LIV, No.2.
- [3]BRYANT, J.H. (1994). Community Related Primary Health Care, yayınlanmamış bildiri, Salzburg Seminar, Mayıs 1994.
- [4]-KASEJE, D. (1994). Community Action for Health, Dünya Sağlık Teşkilatı'na sunulmuş bildiri, Cenevre, Mayıs, 1994.
- [5]-HUSEIN, K. Vd. (1993). "Developing a Primary Health Care Management Information System that Supports the Pursuit of Equity, Effectiveness and Affordability" Social Science and Medicine, 36:5, ss. 585-596.
- [6]-KISIL, M. (1994). Community Partnerships: The Uni Program, yayınlanmamış bildiri, Salzburg Seminar, Mayıs, 1994.
- [7]-VERJEE, N. (1994). Health Programs at the Community Level, yayınlanmamış bildiri, Salzburg Seminar, Mayıs 1994.
- [8]-ABRAMSON, J.H. ve S.L.KARK (1983). "Community Oriented Primary Care: Meaning and Scope" Community Oriented Primary Care (Ed. Connor, E.), National Academy Press, Washington, D.C., ss. 21-59.
- [9]-McKNIGHT, J.L. (1992). Diagnosis and the Health of the Community. Yayınlanmamış bildiri, Sun Valley Ulusal Sağlık Forumu, Ağustos, 1992.
- [10]-KRETMANN, J.P. ve J.L. McKNIGHT (1993). Building Communities From the Inside Out, Northwestern University, Evanston.
- RIFKIN, S.B., F. MULLER ve W. BICHMANN (1988). "Primary Health Care: on Measuring Participation" Social Science and Medicine, 26:9, ss. 931-940.