



Tervisedenduse praktika

Võimestunud kogukondade loomine

Glenn Laverack



Tervisedenduse praktika

Võimestunud kogukondade loomine

Glenn Laverack

Originaali tiitel: Glenn Laverack, 2007

“Health Promotion Practice: Building Empowered Communities”

Open University Press
McGraw-Hill Education
McGraw-Hill House
Shoppenhangers Road
Maidenhead
Berkshire
England
SL6 2QL

e-post: enquiries@openup.co.uk

koduleht: www.openup.co.uk

ja Two Penn Plaza, New York, NY 10121-2289, USA

Esmatrükk 2007

Autoriõigus © Glenn Laverack, 2007

Kõik õigused kaitstud. Välja arvatud lühikeste lõikude tsiteerimine kriitika ja retsenseerimise eesmärgil, ei ole käesoleva trükise ühtegi osa lubatud reprodutseerida, talletada otsingusüsteemis ega edastada ühelgi kujul või viisil ei elektroniliselt, mehaaniliselt, kopeerimise ega salvestamise teel ega mingil muul moel ilma kirjastaja eelneva loata või Autoriõiguse Litsentsiasutuse litsentsita. Täpsemat teavet vastavate litsentside kohta (reprograafiliseks reprodutseerimiseks) saab Autoriõiguse Litsentsiasutusest aadressil Copyright Licensing Agency Ltd, 90 Tottenham Court Road, London, W1T 4LP.

ISBN 10: 0335 220 576 (pb)

0335 220 584 (hb)

ISBN 13: 978 0 335 220 571 (pb)

978 0 335 220 588 (hb)

ISBN 978-9949-461-10-3 (trükis)

ISBN 978-9949-461-11-0 (pdf)

Trükis on valminud Tervise Arengu Instituudi tellimusel 2011. aastal.

igasugune materjali reprodutseerimine ja levitamine on keelatud ilma Tervise Arengu Instituudi nõusolekuta.

Sisuline toimetaja Moonika Viigimäe
Kirjastanud Ajakirjade Kirjastus AS
Trükkinud Tallinna Raamatutrükikoja OÜ
Tasuta jagamiseks

Sisukord

Tabelid, joonised ja kastid	6
Eessõna	7
Tänuavaldused	9
Sissejuhatus: ülevaade raamatust	11
1. Tervisedenduse praktika	13
Tervisedenduse kontekst	13
Tervisedendus ja rahvatervis	17
Tervisedendus ja terviskasvatus	18
Võim ja võimetus	20
Võim kellegi üle	20
Sisemine võimelisus	22
Võim teistega koos	23
Võimetus	23
Erialane praktika ja võimestumine	24
2. Kogukonnad ja kogukonnapõhine koostöömimine	29
Mis on kogukond?	29
Mis on kodanikuühiskond?	30
Mis on kogukonnapõhised kontseptsioonid?	31
Kogukonnapõhine koostöömimine	32
Kogukonnapõhise koostöömimise astmelisus	36
Valmidus	36
Osalus	36
Kaasatus	37
Organiseerumine	39
Arendus	39
Suutlikkus	40
Tegutsemine	40
Võimestumine	41
3. Tervis ja võimestumine	43
Tervise tähenduse tõlgendamine	43
Võimestumise ja paranenud tervise tulemite vaheline seos	44
Osalus ja paranenud tervise tulemid	47
Organisatsioonilised struktuurid ja paranenud tervise tulemid	48
Kohalik juhtimine ja paranenud tervise tulemid	49
Ressursside mobiliseerimine ja paranenud tervise tulemid	49
Miks-küsimuse esitamine ja paranenud tervise tulemid	50
Probleemide hindamine ja paranenud tervise tulemid	51
Sidemed teistega ja paranenud tervise tulemid	52

Kogukonnaväliste ekspertide roll ja paranenud tervise tulemid	53
Inimeste võimestamine tervisemõjuritega tegelemiseks	54
Ühe poisi elu: tervisemõjurid igapäevaelus	56
4. Võimestumine ja tervisedenduse programmid	59
Tervisedenduse planeerimise paralleelsed protsessid	60
Kas programmil on fikseeritud või paindlik ajaraam?	61
Kas käsitletavat probleemi määrab kindlaks kogukonnaväline ekspert või kogukond?	61
Kas kontroll programmi juhtimise üle kuulub kogukonnavälisele eksperdile või kogukonnale?	62
Kuidas programmi hinnatakse?	62
Võimestava lähenemise lülitamine krooniliste haiguste programmidesse	65
Programmi kavandamise etapp	65
Programmi eesmärkide püstitamine	68
Strateegiline lähenemine	70
Programmi juhtimine ja elluviimine	70
Hindamine	72
5. Kogukonna võimestumise „lahtipakkimine“ strateegiliseks planeerimiseks	75
Kogukonna võimestumise domeenid	75
Osalemise suurendamine	77
Kohaliku juhtimise arendamine	77
Võimestavate organisatsiooniliste struktuuride loomine	79
Probleemide hindamise võime parandamine	80
Kogukonna miks-küsimuse esitamise võime suurendamine	80
Ressursside mobiliseerimine	81
Sidemete tugevdamine teiste organisatsioonide ja inimestega	81
Õiglase suhte loomine väliste osapooltega	82
Kontrolli suurendamine programmi juhtimise üle	83
Kogukonna võimestumise strateegiline planeerimine	84
Esimene etapp: ettevalmistus	85
Teine etapp: domeenide lähteolukorra hindamine	86
Kolmas etapp: strateegiline planeerimine ja ressursside hindamine	92
Neljas etapp: hindamine ja visuaalne esitamine	95
6. Kogukonna võimestumise hindamine	99
Hindamise eesmärk programmi kontekstis	99
Hindamise kavandamise põhimõtted	100
Sobivate paradigmade valik	102
Eetilised ja praktilised aspektid	103
Metodoloogilised aspektid	105
Kaasava kogukonna määratlemine ja mõõtmine	105

Valiidsete andmete kogumine	106
Hindeskaalade kasutamisega seotud probleemid võimestumise hindamisel	107
Võimestumise hindamise visuaalne esitus	109
„Ämblikuvõrk-diagramm“	110
„Ämblikuvõrk-diagrammi“ kohandamine	115
7. Kogukonna võimestamine praktikas: probleemipõhine lähenemine	119
Esimene juhtumiuuring: tervise tulemite ja kogukonna suutlikkuse parendamine Kanadas	119
Saskatooni linna liikumisprogramm	119
SIMPi mõju	123
Teine juhtumiuuring: eluasemestandardite parendamine ühes Inglismaa kesklinnapiirkonnas	124
Võimestumise domeenide rakendamine kogukonna probleemiga tegelemisel	126
8. Kogukonna võimestamine praktikas: kogukonnapõhine lähenemine	133
Esimene juhtumiuuring: tervise ja hügieeni parendamine Põhja-Austraalia kõrvalises kogukonnas	133
Tervisedenduse kontekst	134
Kogukonnapõhine lähenemine tervise ja hügieeni edendamiseks	137
Teine juhtumiuuring: elatusvahendite suurendamine Kõrgõzstani maakogukondades	141
Kultuuriline kontekst	142
Kogukonda võimestav lähenemine	142
Kogukonna võimestumise hindamine	146
9. Võimestunud kogukondade loomine	149
Saadud õppetunnid	149
Kogukonna muredega tegelemine	149
Partnerlussuhete loomine	151
Kogukonna suutlikkuse suurendamine	152
Ideede ja visiooni hindamine ja jagamine	154
Sotsiaalne käsitlus	154
Struktuuriline käsitlus	156
Struktuuriline käsitlus ja tervisemõjurid	158
Radikaalne käsitlus	161
Äärmuslik radikaalsus	162
Kasutatud kirjandus	166
Register	173

Tabelid, joonised ja kastid

Joonised

Joonis 1.1	Kogukonna võimestumine kontiinumina	26
Joonis 2.1	Kogukonnapõhise koostoitimise astmelisus	35
Joonis 4.1	Krooniliste haiguste programmi paralleelsed protsessid võimestumise saavutamiseks	64
Joonis 5.1	Väited probleemide hindamise võime parendamise kohta Fidžil	87
Joonis 6.1	Bukara küla näitajad	111
Joonis 6.2	Tokbai-Talaa küla näitajad	112
Joonis 6.3	Ak-Tereki küla näitajad	113
Joonis 6.4	Arali ja Chech Dobo küla näitajad	114
Joonis 6.5	Kogukonna võimestumise näitajate kontrollimine	115
Joonis 6.6	Võimestumise diagramm	117
Joonis 6.7	Osalemise diagramm	118
Joonis 8.1	„Ämblikuvõrk-diagramm“ Kopuro Bazari kogukonna kohta	147

Kastid ja tabelid

Kast 1.1	Põhipädevused tervisedenduse programmide koostamiseks	15
Kast 1.2	Tervisedenduse uus määratlus	16
Kast 1.3	Mis on tervisedendus?	19
Kast 1.4	Võimu transformatiivne kasutamine	23
Kast 1.5	Võimetusseisundite analüüsimine	25
Tabel 2.1	Kogukonnapõhised kontseptsioonid ja nende suhe võimestumisse	33
Tabel 2.2	Kogukonnapõhiste kontseptsioonide tõlgendus	34
Kast 3.1	Tervise tulemitele suunatud võimestumine Samoas	48
Kast 3.2	Photovoice emade ja laste tervise parendamiseks	51
Kast 4.1	Asjaosaliste määratlus	59
Kast 4.2	Kogukonna probleemide kaardistamine ja järjestamine	67
Tabel 4.1	Tervisedenduse programmi raames pakutav oskuste arendamine	71
Tabel 5.1	Kolme kogukonnapõhise kontseptsiooni domeenid	76
Kast 5.1	Osalemine ja tervisedendus traditsioonilises Fidži kontekstis	78
Kast 5.2	Võimestumise määratlemine Fidžil	85
Tabel 5.2	Üldised väited iga domeeni kohta ja nendele vastavad hinded	88
Tabel 5.3	Hindamise ja strateegilise planeerimise raamistik Fidži Naloto kogukonnas	96
Kast 6.1	Võimestav hindamine	100
Kast 6.2	Kogukonna võimestumise hindamise põhitunnused	106
Tabel 6.1	EAR-skaala probleemide hindamiseks	109
Kast 7.1	Näidis domeeni määratluse ja näitajate kohta	121
Tabel 7.1	Saskatooni kogukonna suutlikkuse hindamine	122

Eessõna

Kasvasin üksikvanemaga perekonnas keerulistes sotsiaalmajanduslikes tingimustes ning olen kolmandas peatükis tuginenud oma isiklikele kogemustele. Minu viimase 25 aasta töö rahvatervise ja tervisedenduse valdkonnas on alati keskendunud neile, kes kannatavad vaesuse ja ebavõrdsuse käes. Olen kogu elu jälginud teiste võimetust või olnud ise otseselt mõjutatud nendest, kellel on võim minu tervise ja selle mõjurite üle. See ajendab mind jätkuvalt tegema tööd inimestega ja kirjutama neist, kes pingutavad võimu saavutamise nimel.

Idee käesoleva raamatu kirjutamiseks tekkis siis, kui ma töötasin tervisedenduse programmi raames ühes Lõuna-India koolis. Töö toimus tüüpiliselt ülalt-alla-meetodil, kus kontrolli otsuste ja vahendite üle võttis endale kogukonnaväline ekspert, kes programmi ühtlasi kavandas, rakendas ja hindas. See tekitas ebavõrdse võimuvahekorra ja pideva võimuvõitluse India ametiasutuste ja eksperdi vahel. Asjaosalised olid sunnitud järgima bürokraatlikke reegleid, mis tulenesid rahastamistingimustest, juhtimisiinidest ja soovitud tulemuste saavutamiseks kehtestatud eesmärkidest. Ekspert ei loobunud kontrollist, kuna oli huvitatud programmi tulemuslikkusest (eelarve järgimisest ja eesmärkide saavutamisest) ning sellega kaasnevast vastutusest. See olukord tekitas India osapooltes üha suuremat pettumust, kuna nad tundsid, et neil kui toetuse saajatel on juba olemas programmi rakendamiseks tarvilikud oskused ja pädevus.

Sellel ajal olin veendunud, et nende erimeelsuste lahendamiseks peab leiduma mingi praktiline moodus, ning minu võimalus avanes, kui sõitsin Austraaliasse, et alustada uurimistööd võimestumise alal. Minu eesmärk oli mõista, kuidas programmid saavad suutlikkuse tõstmisega kujutada endast eeldatavate kasusaajate jaoks võimestavat kogemust. Selleni jõudmiseks pidin hoidma tasakaalu teooria (akadeemilise meisterlikkuse) ja praktika (pragmatismi) vahel, et luua midagi konkreetset ja kasulikku

tervisedenduse programmide asjaosaliste jaoks. Ma alustasin kogukonna võimestumise kontseptsiooni lahtiharutamises üksikuteks osadeks. See hõlmas teaduslikku analüüsi ning viis nn „võimestumise domeenide“ liigitamiseni, mida on käsitletud viiendas peatükis.

Nüüd oli mul olemas teoreetiliselt ja empiirilisel „rikas“ alus, mille põhjal töötada välja strateegia kogukondade võimestamiseks, ning ma korraldasin Fidžil välikatse. See toimis edukalt ja ma olin võimeline arendama planeerimise paralleelsete protsesside mudeli ideed, et kohandada võimestavat lähenemist ülalt-alla-programmidele. See hõlmab programmi raames seoste tugevdamist tervisedenduse ja võimestumise protsesside vahel ning annab laiema raamistiku, kuhu seda meetodit paigutada. Sellest tuleb juttu neljandas peatükis. Käesolevas raamatus kirjeldatud strateegiaid kohandatakse ja rakendatakse praegu Aasias, Põhja-Ameerikas, Vaikse ookeani saartel ja Aafrikas ning ma viitan seitsmendas ja kaheksandas peatükis mõningatele nendest kogemustest.

Loodetavasti innustab see raamat tervisedenduse praktikuid võimestumalt töötama ja paneb neid mõtlema selle üle, kuidas nad saavad teisi mõjutada võimu saavutama.

Glenn Laverack, Auckland, Uus-Meremaa

Tänuavaldused

Tahaksin tunnustada neid arvukaid inimesi, kellega mul avanes võimalus käesoleva raamatu kirjutamise ajal koos töötada.

Eriti tahaksin tänada dr Peter Adamsit, dr Chris Bullenit, dr Susan Rifkinit, dr Kirsten Havemanni, dr Janine Wilesi ja dr Pat Neuwelti. Kanadas Georgia Bell-Woodardi, Ronald Labonte'i, Karen Chadi ja Lori Littlejohnsi ning SLLP-projekti kollektiivi Kõrgõzstanis.

Palju tänu võlgnen oma perekonnale, Elizabethile, Benile, Hollyle ja Rebeccale nende püsiva armastuse eest, ning oma emale Barbarale, kes motiveeris mind seda raamatut kirjutama.

Sissejuhatus: ülevaade raamatust

Käesolev raamat on kolmas trükis sarjas, mis käsitleb võimu ja võimestamist professionaalses praktikas. Esimesed kaks raamatut, „Health Promotion: Power and Empowerment” (Laverack, 2004) ja „Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice” (Laverack, 2005), said kirjutatud eesmärgiga seda teemavaldkonda teoreetiliselt tutvustada. Käesolev raamat keskendub eelkõige kogukondadele ning on läbivalt illustreeritud juhtumiuuringutest pärinevate kasulike näidetega. See raamat on kirjutatud tervisedenduse üliõpilastele ja praktikutele, kes soovivad põhjalikumalt tunda õppida praktilisi lähenemisi, mida nad saaksid kasutada võimestunud kogukondade loomiseks.

Sellel raamatul on kolm peamist eesmärki.

1. Esimesest kolmanda peatükini tutvustatakse lugejale raamatus kasutatud põhimõisteid ja nende seost paranenud tervisega tervisedenduse programmide tulemusena.
2. Neljandast kuuenda peatükini tutvustatakse lugejale praktilisi lähenemisi, mida saab kasutada tervisedenduse programmides võimestunud kogukondade loomiseks ja hindamiseks.
3. Seitsmendast üheksanda peatükini tuuakse lugejale juhtumiuuringutest pärinevaid näiteid selle kohta, kuidas kogukondi on praktikas võimalik võimestada, ja võtavad kokku raamatus käsitletud peamised küsimused.

Esimene peatükk tutvustab lugejale raamatus kasutatud põhimõisteid, nagu tervisedendus, võim ja võimestumine, ning nende kasutamist võimestava kutsepraktika väljatöötamiseks.

Teises peatükis määratletakse ja käsitletakse praktilises tähenduses kogukonna, kodanikuühiskonna ja kogukonnapõhise koostoimimise mõisteid. Selles peatükis selgitatakse ühisosa peamiste kogukonnapõhiste kontseptsioonide vahel, nagu kogukonna osalus, kogukonna arendus ja kogukonna suutlikkus, ning seostatakse need kogukonna võimestamisega. Nende ja teiste kontseptsioonide keerukaid erinevusi selgitatakse esimest korda kogukonnapõhise koostoimimise astmelisuse abil.

Kolmas peatükk algab tervise erinevate tähenduste tõlgendusega ning käsitleb seejärel võimestumise ja paranenud tervise tulemuste seost. Selles peatükis uuritakse ka tervise mõjurite ja võimestumise seost ning selle tähtsust tervisedenduse praktikas.

Neljandas peatükis käsitletakse tervisedenduses valitsevaid pingeid alt-üles- ja ülalt-alla-lähenemistel põhinevate programmide vahel. Lugejale tutvustatakse metodoloogiat, mis võimaldab neid kaht lähenemist ühes programmis paralleelsete protsesside mudeli kasutamisega ühitada. Selle mudeli rakendamist selgitatakse juhtumiuuringust pärineva praktilise näite varal krooniliste haiguste ennetamise kohta Uus-Meremaa polüneeslaste seas.

Viiendas peatükis kirjeldatakse üksikasjalikult kogukondade võimestamise üheksat domeeni ja tuuakse juhtumiuuringutest pärinevaid näiteid, et näitlikustada nende tähtsust tervisedenduses. Selles peatükis kirjeldatakse sammsammulist võimestunud kogukondade ülesehitamist tervisedenduse programmide raames, sealhulgas lähteolukorra määratlemist, strateegilist planeerimist, strateegiate rakendamist ja hindamist.

Kuuendas peatükis käsitletakse kogukonna võimestumise hindamise tähtsust ja meetodeid. Selles peatükis selgitatakse, mida tuleks hindamismetoodika kujundamisel arvesse võtta, ja pakutakse välja praktilise meetodi visuaalne esitus, mis põhineb „ämblikuvõrk-diagrammil“. Tuuakse näiteid selle praktilise rakendamise kohta, et kirjeldada, kuidas seda meetodit saab kasutada teabe jagamiseks asjaosaliste vahel.

Seitsmendas peatükis kirjeldatakse kahte juhtumiuuringut, kuidas ehitada probleemipõhise lähenemise käigus üles võimestunud kogukondi, kasutades viiendas peatükis käsitletud üheksat domeeni. Näited puudutavad tervise tulemite ja kogukonna suutlikkuse parendamist Kanadas ning elamistingimuste parendamist ühes kesklinna elamurajoonis Inglismaal.

Kaheksandas peatükis kirjeldatakse kahte juhtumiuuringut, kuidas ehitada kogukonnapõhise lähenemise abil üles võimestunud kogukondi, kasutades viiendas peatükis arutatud üheksat domeeni. Juhtumiuuringud käsitlevad tervise ja hügieeni parendamist ühes Põhja-Austraalia kõrvalises maanurgas asuvas kogukonnas ning elatusvahendite suurendamist Kõrgõzstani külakogukondades.

Viimane peatükk võtab kokku raamatu kesksed teemad, arutleb, millised on võimestumisalaste lähenemiste peamised õppetunnid, ning vaatleb kolme konteksti – sotsiaalset, struktuurilist ja radikaalset –, kus tervisedendajad saavad luua võimestunud kogukondi.

1. Tervisedenduse praktika

Tervisedenduse kontekst

Kuigi tervisedendusel puudub üheselt aktsepteeritud definitsioon, peetakse selle mõiste all üldiselt silmas mitmetahulist protsessi, mis hõlmab üksikisikuid, huvirühmi ja kogukondi. Tervisedenduse eesmärk on võimaldada inimestel suurendada kontrolli oma tervise ja selle mõjurite üle ning sellega parendada oma tervist. Nõnda seisab tervisedenduse Ottawa hartas (WHO, 1986) ja Bangkoki hartas „Tervisedendus globaliseerivas maailmas“ (WHO, 2005).

Ottawa harta ütleb järgmist:

„Tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli tervise üle ja selle kaudu muuta oma tervist paremaks. Saavutamaks täielikku füüsilist, vaimset ja sotsiaalset heaolu, peab üksikisik või grupp olema võimeline määratlema oma püüdlusi ja neid ka saavutama; rahuldama oma vajadusi ja muutuma või kohanema keskkonnaga. Seega tuleb tervist vaadelda kui igapäeva elu abivahendit, mitte kui elu eesmärki. Tervis on positiivne mõiste, mis rõhutab sotsiaalseid ja isiklikke ressursse nagu ka füüsilisi võimeid. Tervisedenduse eest ei vastuta mitte ainult tervisesektor, vaid see ulatub kaugemale tervislikust eluviisist üldise heaoluni.“

(WHO, 1986: 1)

Bangkoki hartas on kirjas:

„Ühinenud Rahvaste Organisatsioon tunnistab, et kõrgeim saavutatav tervisestandard on iga inimese üks põhiõigusi. Tervisedendus põhineb sellel olulisel inimõigusel ning pakub välja tervise positiivse ja kõikehõlmava arusaama elukvaliteedi mõjurina, mis hõlmab vaimset ja hingelist heaolu. Tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise ja selle mõjurite üle ning sellega parendada oma tervist. See on üks rahvatervise põhifunktsioone, mis aitab kaasa võitlusele nakkuslike ja mittenakkuslike haiguste ning muude terviseriskidega.“

(WHO 2005: 1)

Tervisedenduse põhiteema jäi 1986. aasta Ottawa harta ja 2005. aasta Bangkoki harta avaldamise vahele jäänud aja jooksul samaks: võimaldada inimestel suurendada kontrolli oma elu ja tervise üle. Tegemist on võimestamise protsessiga, kus praktik tegutseb abistajana aidates üksikisikutel, gruppidel ja kogukondadel suuremat võimu saavutada. Võim kujutab endast selle kontrolli ulatust, mida inimesed omavad vahenditele ligipääsemisel, valikute ja otsuste tegemisel. Võimu ja võimestamise tähendus tervisedenduse praktikas ongi käesoleva raamatu keskne küsimus.

Erinevalt Ottawa hartast ei paku Bangkoki harta välja raamistikku, mida tervisedenduse praktikud saaksid otseselt kasutada inimeste võimestamiseks. Bangkoki harta on mõeldud teist laadi publikule: valitsustele ja eri tasandi poliitikutele, erasektorile, rahvusvahelistele organisatsioonidele, kodanikuühiskonnale ja rahvatervise kogukonnale. Bangkoki harta neli pühendumust on muuta tervis keskseks globaalse tähtsusega küsimuseks ja kogu valitsuse üheks peamiseks kohustuseks, muuta tervisedendus kogukondade ja kodanikuühiskonna üheks põhiliseks tähelepanu keskpunktiks ning hea äritava nõudeks. See pühendumus nõuab kindlaid valitsuste- ja ettevõtetevahelisi kokkuleppeid ning tegutsemist. Kahjuks ei näe Bangkoki harta praegusel hetkel ette selget rolli praktikutele ega ka tegevuskava, mis ütleks, kes, kuidas ja millal selle pühendumuse teoks teeb. Ottawa harta kogemused näitavad, et sotsiaalsetel ja poliitilistel muutustel (võimestumisel) on suurem edulootus, kui nende taga seisab erialainimeste ja kodanikuühiskonna liikumine.

Enamasti teostatakse tervisedendust planeeritud tegevustena sekumise, projekti või programmi raames, mida kontrollivad valitsusasutused, agentuurid või valitsuse poolt rahastatud valitsusvälised organisatsioonid (MTÜd). Käesolevas raamatus olen kõiki neid võimalusi tähistanud sõnaga „programm“. Programmi kontekstis eksisteerib eri inimeste vahel alati mingi võimusuhe, seda eelkõige praktikute ja sihtgrupi vahel. Praktikud palgatakse edastama infot, vahendeid ja teenuseid ning neid nähakse sageli koostööpartnerina inimeste suhtes, kes nende tegevusest kasu saavad ja kes on nende sihtgrupiks. Paljud neist nimetavad end tervisedenduse praktikuteks või rahvatervise praktikuteks, samas kui mitmed teised tervisedenduse ideest juhitud inimesed töötavad sellistes ametites nagu õed, keskkonnatervise või eluasememajanduse ametnikud ja arstid. Käesolevas raamatus viitan neile kõigile kui praktikutele. Nende sihtgruppideks loetakse inimesi, kellega nad töötavad, näiteks naised, noored, mehed ja erialased rühmad (Laverack, 2005).

Praktikutelt eeldatakse erialateadmiste, tehnilise pädevuse ja sotsiaalse vastutustunde olemasolu ning vastutulelikkust. Nad saavutavad oma pro-

fessionaalse taseme hariduse, väljaõppe, kutse-eeskirjade ja põhipädevuse kaudu. Põhipädevus kujutab endast omaduste kombinatsiooni, mis võimaldab isikul täita teatud hulka ülesandeid sobival tasemel. Tervisedenduse põhipädevus hõlmab lisaks praktilistele teadmistele ja oskustele ka väärtusi ja põhimõtteid, mis kujundavad erialast praktikat. Ühtlasi kujutab põhipädevus endast ka standardeid, mille alusel töötajad saavad kindlaks teha, milline on professionaalne praktika, ning mida saab kasutada personali arendamise, värbamise ja kutsestandardite parameetrite määramiseks.

Mõne praktiku jaoks on tervisedendus vaid üks osa igapäevatööst – näiteks võib tuua õendustöötaja, kes tegeleb ühtaegu kliinilise praktika ja terviskasvatusega. Erinevad kutserühmad on koostanud oma üldise pädevuse loetelud. Need määravad kindlaks minimaalse pädevuse, mis on vajalik kutsestandardile vastamiseks – näiteks esmaste õendusteenuste pakkumiseks. Praktikud, kes ei tegele ainuüksi tervisedendusega, peavad valima välja erialase pädevuse, mida nad peavad oma töös kõige olulisemaks.

Kastis 1.1 on loetletud pädevused, mis – olgugi, et see nimekiri ei ole ammendav – on hädavajalik tervisedenduse praktikute professionaalseks arenguks.

Kast 1.1 Põhipädevused tervisedenduse programmide koostamiseks

1. Programmi kavandamine, juhtimine, elluviimine ja hindamine

Oskus planeerida efektiivseid tervisedenduse programme, sealhulgas juhtida ressursse ja personali, hõlmab arusaamist programmi etappidest, eelarve koostamisest ning alt-üles-lähenemise planeerimisest ja hindamisest ülalt-alla-programmis.

2. Tulemuslike kommunikatsioonistrateegiate planeerimine ja elluviimine

Kommunikatsioonistrateegiad on paljude tervisedenduse programmide lahutamatu osa, aidates tõsta teadmiste taset ja teadlikkust. Üksikisikutele, gruppidele ja kogukondadele suunatud programmide kavandamine, sealhulgas näost-näku suhtlus, trükiste kujundamine ja massimeedia kasutamine nõuab suurt asjatundlikkust.

3. Juhendamisoskused

Koolitamine (nt oskuste arendamiseks, enamasti rühmatöö vormis) on paljude tervisedenduse programmide olulisim osa. Head juhendamisoskused on tervisedendajate puhul väga vajalikud ning kujutavad endast programmi kavandamise olulist osa.

4. Uurimisoskused

Tervisedenduse programmide kavandamine ja hindamine põhineb kvaliteetsel uurimistööl, mis sisaldab kaasamise tehnikate, kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete meetodite ning süstemaatiliste ülevaadete kasutamist.

5. Kogukonna suutlikkuse tõstmise oskused

Kogukonna võimestamine on tervisedenduses keskse tähtsusega. Tegemist on suutlikkuse tõstmise protsessiga ning tervisedendajad peavad olema pädevad erinevates strateegiates, mis võimaldavad neil aidata üksikisikutel, gruppidel ja kogukondadel suuremat võimu saavutada.

6. Poliitika ja praktika mõjutamise võime

Tervisedendajatel on võimalus mõjutada oma igapäevatööga poliitikat ja praktikat, näiteks tehnilise nõustamise rühmade kaudu ning aidates kogukondadel end võimu saavutamiseks mobiliseerida ja organiseerida. Tervisedendajad peavad omandama pädevuse strateegiate kasutamises, et mõjutada poliitikat ning arendada partnerlussidemeid ja püsivaid tööalaseid suhteid.

Kastis 1.2 on toodud tervisedenduse uus määratlus, mis kirjeldab seda ühtaegu nii teatud põhimõtete kogumina kui ka praktikana eeltoodud põhipädevuse kontekstis.

Kast 1.2 Tervisedenduse uus määratlus

Tervisedendus kujutab endast teatud põhimõtete (nt õiglus, osavõtlikkus) kogumit, mille keskmes asub võimestumine, võimaldamaks inimestel saavutada suuremat kontrolli oma elu ja tervisemõjurite üle. Tervisedenduse praktika hõlmab erinevaid suhtlusalaseid, suutlikkuse tõstmise ja poliitilise suunitlusega strateegiaid, mis paigutuvad programmi konteksti. Tervisedenduse praktikud kasutavad neid strateegiaid, et aidata üksikisikutel, rühmadel, organisatsioonidel ja kogukondadel saavutada suuremat võimu (kontrolli) oma tervist puudutavate otsuste ja vahendite üle.

Nagu öeldud, on tervisedenduse praktika eesmärk võimaldada inimestel saavutada suuremat kontrolli oma tervise ja selle mõjurite üle. Tervisedenduse praktikat sellisel viisil käsitledes on selge, et kõik, mida me praktikutena teeme, on mõeldud aitamiseks nendel üksikisikutel, gruppidel ja kogukondadel, kellega me töötame, saavutada suuremat võimu. Näiteks mitmed tervisedenduse tegevused on otseselt seotud võimuga.

- Kommunikatsiooni- ja terviskasvatuse strateegiaid kasutatakse selleks, et tõsta teadmiste taset ja teadlikkust, võimaldamaks inimestel teha

teadlikke valikuid oma elu ja tervist puudutavates otsustes. Kontroll otsuste langetamise üle, mille üks olulisi elemente on juurdepääs õigele teabele, on üks võimu vorme (sellest tuleb käesolevas peatükis veel juttu).

- Koolitus, rollimäng, töökogemus ja nõustamine on näited selle kohta, kuidas praktikud aitavad inimestel omandada oskusi, mis on vajalikud suurema kontrolli saavutamiseks erinevate elusituatsioonide üle, sealhulgas nende tervis.
- Kogukonna arendus, kogukonna organiseerumine, kogukonna osaluse ja kogukonna suutlikkuse tõstmine on sotsiaalse organiseerumise ja kollektiivse tegutsemise põhvormid, mis on mõeldud võimu ebavõrdse jaotumise leevendamiseks. Tervisedendajad kasutavad neid strateegiaid arendamiseks selliseid vahendeid ja omadusi, mida kogukonna liikmed saavad kasutada oma elu üle kontrolli saavutamiseks.

Lihtsas sõnastuses võib öelda, et tervisedenduse praktikute ülesanne on võimaldada inimestel saavutada kontrolli oma tervisemõjurite üle. Üks praktiline viis, kuidas tervisedendajad saavad seda teha, seisneb võimu ümberjaotamises, mis ongi käesoleva raamatu keskne teema.

Tervisedendus ja rahvatervis

Bangkoki harta määratleb tervisedenduse kui „rahvatervise ühe põhi-funktsiooni, mis aitab kaasa võitlusele nakkuslike ja mittenakkuslike haigustega ning muude terviseohtudega“ (WHO, 2005: 1). Programmide kontekstis eksisteerivad rahvatervis ja tervisedendus võrdsete partneritena, mis annavad praktikutele kätte kontseptuaalsed mudelid, strateegilised lähenemised ja professionaalse legitiimsuse.

Nagu tervisedenduski, on ka rahvatervis vaieldava tähendusega mõiste, kui arvestada neid arvukaid konkureerivaid vaatenurki, põhimõtteid ja teenuseid, mida see väidetavalt pakub. Tegemist on valdkonnaga, mille eesmärk on edendada tervist, ennetada ja ravida haigusi, hoolitseda põdurate eest ja pakkuda tervise teenuseid. Ent eesmärkide selline mitmekesisus tähendab ühtlasi, et mõistega „rahvatervis“ peetakse silmas mitmeid erialavaldkondi, sealhulgas õendust ja tervisedendust. Rahvatervis hõlmab tööd üksikisikute, gruppide ja kogukondadega kasutades meetodeid, mis ühendavad ühise tegutsemise üldisema eesmärgi nimel, mõjutavad poliitikat ning võistlevad piiratud vahendite ja otsustusõiguse eest. „Võim“ ja „võimestamine“ on seega keskse tähendusega mõisted rahvatervise praktikas, mis püüdleb selle poole, et leevendada ebaõiglust tervises ja muuta tervisemõjureid kogukonnapõhise koostoimimise teel.

Tervisedendus ja rahvatervis sarnanevad selle poolest, et need:

- käsitlevad tervisemõjureid, püüeldes ühiskonnas valitseva ebavõrdsuse vähendamise poole, tagades näiteks võrdse juurdepääsu teabele, mis puudutab eluviisiga seotud probleeme, nagu suitsetamine ja vähene kehaline aktiivsus;
- võimaldavad inimestel saavutada suuremat võimu võimestamise protsessi abil, mis hõlmab konkreetseid strateegiaid, et aidata üksikisikutel, gruppidel ja kogukondadel haarata kontrolli oma elu ja tervise üle;
- kasutavad kommunikatsioonivahendeid, nagu massimeedia, trükised, näost-näku suhtlus, sotsiaalne turundus ja teave, haridus ja kommunikatsioon, et tõsta teadlikkust ja teadmiste taset ning parandada seeläbi inimeste elu ja tervist.

Kastis 1.3 on toodud mitmeid väiteid tegevuste kohta, millega võivad tegeleda rahvatervise ja tervisedenduse praktikud. Jaatav vastus viitab tervisedenduse avarale käsitlusele. Eitav vastus näitab kitsast arusaama tervisedendusest. Näiteks kuuluvad mõned tegevusalad terviskasvatuse alla, võtmata arvesse seda laiemat määratlusena. Seda harjutust tehes, olgu siis individuaalselt või grupitööna, küsi endalt, millised on argumentid jaatava või eitava vastuse kasuks. Milliste kriteeriumide alusel sa selle valiku langetasid?

Tervisedendus ja terviskasvatus

Praktikuid ajab vahel segadusse küsimus, mis vahe on tervisedendusel ja terviskasvatusel. Selle põhjuseks on asjaolu, et praktikas kasutavad mõlemad sarnaseid meetodeid, eesmärgiga teavitada inimesi ja arendada individuaalseid oskusi. Arutelu tervisedenduse ja terviskasvatuse ühisosa teemal sai alguse 1980. aastatel, kui parema tervise edendamisele suunatud tegevuste amplituud laienes, ületades kitsa eluviisi ja käitumisega seotud käsitlusviisi. Need tegevused hõlmasid enamasti lihtsalt teabe jagamist ning seadsid sihiks strateegiad, mis viiksid poliitiliste tegudeni ja sotsiaalse mobiliseerumiseni.

Mõned autorid (nt Tones et al., 2001) leiavad, et terviskasvatuse ja tervisedenduse vahel valitseb sümbiootiline suhe. Terviskasvatus panustab tervisedenduse programmidesse terviseeteema seadmisega ja kriitilise teadlikkuse tõstmisega. Ilma terviskasvatuse strateegiate kaasamiseta oleksid tervisedenduse programmid vaevalt midagi enamasti kui manipuleerivad sotsiaalse surve ja kogukonna kontrollimise protsessid. Ent kui terviskasvatus on suunatud inimeste teavitamisele, mõjutamaks nende

Kast 1.3 Mis on tervisedendus?

Loe alljärgnevat väiteid ja otsusta, kas need tegevused kuuluvad sinu arvates tervisedenduse alla.

jah / ei

Massimeedia kasutamine inimeste teavitamiseks tervislikest harjumustest. _____

Kogukonna abistamine petitsiooni koostamisel kõrgepingemasti rajamise vastu. _____

Inimestele selgitamine, kuidas arsti soovitusi järgida. _____

Nõuandekomitees toetuse avaldamine „lamavate politseinike“ kasutamisele koolide läheduses. _____

Koduohutust käsitlevate brošüüride koostamine eakatele. _____

Treeningtunni korraldamine vähemusrahvusest naistele. _____

Teadlikkuse tõstmine sellest, kuidas võimetus mõjutab tervist. _____

Noorterühmadele kondoomi õige kasutamise õpetamine. _____

Koduvägivalla-alase nõustamise pakkumine. _____

(Mugandatud allikast Ewles ja Simnett, 2003: 27)

tulevasi valikuid, taotleb tervisedendus täiendavat sotsiaalset ja poliitilist tegutsemist. See hõlmab lobitööd ja kogukonna arendust, et soodustada poliitilisi muudatusi inimeste sotsiaalses, töö- ja kogukondlikus keskkonnas, et parendada nende tervist (Green ja Kreuter, 1991). Nii võib rasvumisprobleemide ennetus-alane terviseõpetus sisaldada koolides läbiviidavaid teadlikkuse tõstmise programme või kehalise kasvatus tunde. Rasvumisega tegelev tervisedendus hõlmab toidukaupade reklaami alaseid õigusakte ja ebatervislikele toodetele juurdepääsu piiramist kooli puhvetites. Kõige praktilisem oleks liigitada terviskasvatus kasvatuslike tegevuste kogumina tervisedenduse alla.

Järgnevalt on toodud võimu ja võimestumise mõistete tõlgendus tervisedenduse praktikas: võim teiste üle, sisemine võimelisus ja võim teistega koos. Neid mõisteid käsitletakse (Laverack, 2004, 2005) üksikasjalikult mujal ning siinkohal antakse ülevaade sellest, miks nendel mõistetel on tervisedenduse praktikute töös oluline roll.

Võim ja võimetus

Võim kellegi üle

Levinuim läänelik arusaam võimust, mida tervisedenduse praktikas kasutatakse, seisneb kontrollis, mis ühel isikul või grupil on teiste üle, ning vahendites või otsustes, mis mõjutavad nende elu ja tervist. See on võim kellegi üle. Selles kontekstis kujutavad need vahendid, mida praktik võib kasutada inimeste uskumuste, hoiakute ja käitumisviiside muutmiseks, endast kuut alust sotsiaalsele võimule kellegi üle (Raven ja Litman-Adizes, 1986). Tegemist on inimestevahelise suhtega, kus mõjuvõimsamal isikul või grupil on sunduse, tunnustamise, legitiimsuse, teadmiste, võrdluse ja teabe abil teiste üle võim.

Sunnivõimu puhul võib praktik tuua inimese jaoks kaasa negatiivseid tagajärgi või karistuse, juhul kui too ei järgi ettekirjutusi (näiteks hurjutades ema, kes ei toida oma last rinnaga).

Tasuvõimu puhul võib praktik tuua inimesele ettekirjutuste järgimise korral kaasa positiivseid tagajärgi (näiteks kiites ema, kes toidab last rinnaga ja hoiab lapse puhtana).

Seaduslik võim tuleneb sellest, kui inimene tunnistab sotsiaalsel rollil põhinevat suhet praktikuga, struktuurilist suhet, mis annab praktikule õiguse teha inimese käitumisele ettekirjutusi, samas kui too tunnistab oma kohustust praktiku nõudmisi täita. Näiteks tunnistab inimene õendus-töötaja seaduspärasest ametialast positsiooni ning kuulab teda ja järgib tema nõuandeid.

Ekspertvõim tuleneb sellest, kui inimene omistab praktikule suuremaid teadmisi ja võimeid, näiteks ütles „arst teab kõige paremini“ kirjeldab patsiendi ja arsti vahelist võimuvahekorda.

Referentvõim tuleneb sellest, kui inimene samastab end praktikuga, tunneb temaga ühtekuuluvustunnet, sarnasust, vastastikusi huvisid. Inimene saab sellisel juhul teatava rahulduse uskumustest ja käitumistest, mis on kooskõlas praktiku uskumuste, hoiakute ja käitumisviisidega.

Informatsiooniline võim põhineb otsesel teabel, mida praktik inimesele edastab; tegemist on veenva suhtlusega, mis paneb inimese uskuma, et soovitatud käitumine on tõepoolest tema huvides, näiteks nõuanded pereplaneerimise alal, et laste saamist paremini ajastada. Informatsiooniline võim on terviskasvatuses üldlevinud võimuvorm.

Võimu teiste üle saab vaadelda nii piiratud, lõpliku entiteedina (nullsumma), kui ka laieneva, lõpmatu entiteedina (mitte-nullsumma). Null-

summa-võimuga on tegemist juhul, kui ühel osapoolel saab olla X ulatuses võimu üksnes siis, kui kellelgi teisel on seda samas ulatuses puudu. Niisiis on tegu olukorraga, kus üks osapool võidab ja teine kaotab. Minu võim sinu üle ja selle võimu puudumine sinul annavad liitmisel tulemuseks nulli (sellest ka termin „nullsumma“). Mina võidan ja sina kaotad. Selleks, et sina saaksid võimu saavutada, pead sa selle minult haarama. Kui see sul õnnestub, siis sina võidad ja mina kaotan. Võimu kasutatakse mõjutusvahendina ühe isiku või grupi positsiooni parandamiseks, halvendades samal ajal teise isiku või grupi oma. Igal ajahetkel eksisteerib ühiskonnas aga üksnes piiratud hulk mõjutusvahendeid (raha, kontroll, vahendid jne). Praktiku ülesanne on aidata inimestel saavutada suuremat kontrolli ressursside või otsuste üle, mis mõjutavad nende elu ja tervist, tehes seda teiste üksikisikute ja gruppide arvelt ning nendega konkureerides.

Mitte-nullsumma-võimu ei käsitleta mitte fikseerituna ja lõplikuna, vaid lõpmatuna ja laienevana, mis jätab võimaluse olukorraks, kus võidavad mõlemad osapooled, kuna see põhineb arusaamal, et kui üks isik või grupp võidab, võidavad sellest ka kõik teised. Mitte-nullsumma-võim avaldub õiglaste töösuhete loomises, mis põhinevad lugupidamisel, suuremeelsusel, vastutulelikkusel, info vabal liikumisel ning pühendumusel hoolivuse ja õigluse eetikale. Praktiku ülesanne on kasutada neid omadusi partnerlussuhte loomiseks inimestega ning anda võimu edasi, julgustades teisi omandama vahenditele ja teabele ligipääsemiseks tarvilikke oskusi (Laverack, 2004).

Võimaldamaks sihtgruppidel haarata teistelt võimu, peavad praktikud esmalt tegema kindlaks omaenda võimu alused, enne kui neid saab teisega jagada. Selleks peavad praktikud mõistma nii seda, kuidas oma võimu aluseid kasutada, et aidata endal saavutada suurema kontrolli positsiooni, ja seda, kuidas aidata teistel võimu omandada. Üldjuhul on praktikutel rohkem võimu või tugevam võimualus kui nende sihtgruppidel, näiteks oma hariduse ja erialase väljaõppe, suure sissetuleku, eksperdistaatuse, kõrgema sotsiaalse positsiooni, teabele ja vahenditele juurdepääsemise, otsustajate üle mõjuvõimu omamise, bürokratlike süsteemide tundmise ja eelarvete kontrollimise tõttu. See tõstatab eetilise dilemma: millised grupid peaksid teiste arvelt saama eelisjärjekorras ligipääsu piiratud vahenditele ja praktiku abile. Milliste kriteeriumide alusel eelistada üht gruppi või kogukonda teistele?

Igapäevaelus kujutab valikuvabaduse rakendamine endast kõige lihtsamat võimu vormi kellegi üle. See võib tähendada triviaalset tervisealast valikut erinevate tervisetoodete, näiteks hambapastamarkide vahel, või ka selliseid kaalukamaid otsuseid nagu suitsetamisest loobumine. Võim kellegi üle sõltub vahenditest ja seda käsitletakse mingit laadi materiaalse

toote mahust sõltuvana. See eirab põhimõtteliselt tõsiasja, et võim peab ühtlasi olema omane sotsiaalsetele suhetele, sealhulgas suhetele, mis inimesel on iseendasse (Clegg, 1989).

Niivõrd, kui võrd meie isiklikud valikud seavad piiranguid ka teiste omadele, muutub võim kontrolli rakendamiseks. Meie võimalus otsuseid kontrollida võib tingida ja piirata teiste võimalust kontrolli või valikuvabadust rakendada – näiteks ema, kes suitsetab rasedana või otsustab anda oma lastele ebatervislikku toitu. Niisiis on inimestel kontroll (või kellegi üle) iseenda ja teiste üle ning nende suhtes toimivad (seavad piiranguid, avaldavad mõju) omakorda inimesed, kellel on kontroll nende üle.

Et paremini mõista, kuidas võimu saab rakendada nii positiivselt kui ka negatiivselt, peaksid praktikud vaatlema kaht alternatiivset varianti: sise- mist võimelisust ja võimu teistega koos.

Sisemine võimelisus

Sisemist võimelisust võib iseloomustada indiviidi võimelisusena või teatava seesmise endamõistmisena, enesedistsipliinina ja jõuna (Labonte, 1996). Sisemist võimelisust tuntakse ka kui individuaalset, isiklikku või psühholoogilist jõudu, enda elu üle kontrolli (või kontrollitunde) saavutamise vahendit (Rissel, 1994). Eesmärk on tugevdada isikliku väärtuse ja individuaalse kontrolli tunnet. Individuaalne kontroll tuleneb osalt inimeste positsioonist struktuurilises ja sotsiaalses hierarhias ning on tõestatud, et see avaldab mõju nende tervisele. Richard Wilkinson (1996: 182) avastas, et inimesed, kellel on väike sissetulek, vähene kontroll oma elu ja töö üle ning kehv haridus, kannatavad suurema tõenäosusega halva tervise all. Tundub, et mida kõrgemal ametialasel või ühiskondlikul positsioonil inimene asub ning mida rohkem kontrolli ja vara ta omab ja mida kõrgem staatus tal on, seda parem on tema tervis. Töökohas tehtud uuringute tulemustel on raha kontrollimise osas arvatavasti vasteid ka koduses elus. Tööhõivega seotud probleemid või kindlusetus eluaseme suhtes on väikese sissetuleku tunnus ning mida rohkem raha inimesel on, seda suurem on tema valikuvabadus ja kontroll säärase olukordade üle. See tähendab, et näiteks sissetuleku jaotumus on üksikisikute sise- mise võimelisuse oluline mõjur. Ent sisemise võimelisuse keskne eeldus on see, et inividid saavad muutuda võimsamaks, ilma et nad saavutaksid võimu materiaalse vahendite üle, nagu raha, sotsiaalne staatus ja autoriteet. Nende sisemine jõud tuleneb äratundmisest, et nad on ise võimelised tulema toime oma tervisemõjuritega ja neid mõjutama. Sisemise võimelisuse kontseptsioon on ühtlasi seotud inimese vaimse tervise- ga kui „heaolu seisundiga, kus üksikisik adub iseenda võimeid, tuleb

toime igapäevaelu pingetega, suudab tõhusalt ja viljakalt töötada ning on võimeline andma oma panuse kogukonda” (WHO 2001: 1). Selles positiivses tähenduses, mis on enamat kui vaimse tervise häire puudumine, kujutab see endast vaimse tervise edendamise alust. Nagu füüsiline ja sotsiaalne tervis, on see samuti üks eeltingimusi, mis on vajalik indiviidide osalemiseks ja toimimiseks kogukondades suutlikkuse tõstmise ja võimestumise nimel.

Võim teistega koos

Võim teistega koos iseloomustab teist laadi sotsiaalseid suhteid, kus võimu kellegi üle kasutatakse taotluslikult teise inimese sisemise võimelisuse suurendamiseks, mitte tema üle domineerimiseks. Võim kellegi üle teiseneb koosvõimuks üksnes juhul, kui suhte vähemvõimas osapool on omandanud piisavalt sisemist võimelisust, et oma tervise ja elu üle ise otsustada. Selle asemel, et rakendada kontrolli, valib võimuga isik (praktik) arutelu alustamise, mis suurendab teise inimese sisemise võimelisuse tunnet. Praktik pakub nõu probleemide kindlakstegemisel ja lahendamisel, et aidata arendada inimese sisemist võimelisust, võimeid ja seesmist jõudu. Kastis 1.4 on toodud näide võimu kasutamise peene tasakaalu kohta.

Võimetus

Võimetus ehk võimu puudumine, olgu siis kujutletud või tegelik, on individuaalne arusaam, mille puhul valitseb eeldus, et inimese käitumine ei saa määrata ära tema loodetavaid tulemusi. Selles on ühendatud ennast-süüdistav hoiak, üleüldine usaldamatus, ühiskondliku mõju vahenditest

Kast 1.4 Võimu transformatiivne kasutamine

Tavapärane arsti ja patsiendi vaheline suhe on põhimõtteliselt ebavõrdne ning kogu pädevus ja kõik eriteadmised omistatakse ühele osapoolale, arstile. Patsient allub vabatahtlikult meditsiinilise võimu (ekspertvõimu) vaikivale nõudmisele. Arstil on kontroll teadmiste üle, olgugi et need teadmised puudutavad patsiendi keha. Tervisliku seisundi tunnuseid vaadeldakse kui individuaalset juhtumit ning diagnoos pannakse meditsiinilise mudeli (haiguse esinemise või puudumise) alusel, kaitstes seeläbi arsti võimu õiguslikke ja teadmistel põhinevaid aluseid. Tervishoiusüsteemis ei piirdu võimu suhe aga ainult diagnoosiga, kuivõrd arst kontrollib sageli ka oma patsiendi haiglaravile määramist ja sealt vabastamist, ravimeetodi valikut, suunamisi ja hooldust (Laverack, 2005: 31).

äralõigatuse tunne, hääleõigusest ilmajäetuse ja majandusliku haavata-vuse kogemus ning lootusetus sotsiaalse ja poliitilise mõjukuse saavu-tamise suhtes (Kieffer, 1984). Üksikisikud võtavad oma objektiivse või välise võimetuse omaks, loovad tugeva psühholoogilise barjääri võimes-tavale tegevusele ega tegele isegi selliste asjadega, mis vastavad nende tegelikele vajadustele. Nad lepivad maailma selliste aspektidega, mis kahjustavad nende tervist ja heaolu, pidades neid „tegelikkuse“ – nii nagu nad sellest aru saavad – paratamatuteks omadusteks (Lerner, 1986).

Eesmärk on tugevdada indiviidide sisemist võimelisust, aidates neil muu hulgas tuvastada omaenda allikaid omamaks võimu kellegi üle. Kuid mõned praktikud tunnevad ise võimetust selle võimu pärast, mis teistel, näiteks nende ülemustel on nende üle töökeskkonnas. See võib vähen-dada nende enesekindlust teiste aitamisel. Kastis 1.5 on lihtne harjutus, mida saab kasutada, aitamaks praktikul kriitiliselt mõelda ja arutleda ning toetamaks üksteist võimu puudumisel töökohas.

Erialane praktika ja võimestumine

Praktikute võimu transformatiivne kasutamine on ühenduslüli erialase praktika ja võimestumise vahel. Võimestumine on võimu saavutamise vahend ja kõige laiemas tähenduses mõistetakse seda protsessina, kus inimesed teevad koostööd, et suurendada kontrolli oma elu mõjutavate sündmuste üle. Võimestumist ei saa kellelegi anda, vaid see peab tulema üksikisikutest endist ja nendest gruppidest, mida nad moodustavad. Ter-visedenduse programmides peavad need, kellel on võim või ligipääs või-mule, näiteks praktikud, ja need, kes seda soovivad, töötama üheskoos, et luua tingimusi, mis on vajalikud selleks, et võimestumine muutuks või-malikuks.

Võimestumine töötab kolmel eri tasandil: individuaalsel, organisatsiooni-lisel ja kogukondlikul. Kogukonna võimestumine on sünergiline koostoimi-mine individuaalse võimestumise, organisatsioonilise võimestumise ning laiemate sotsiaalsete ja poliitiliste tegevuste vahel. Tegemist on dünaa-milise protsessiga, mis hõlmab pidevaid muutusi individuaalses võimuses (sisemises võimelisuses) ning muutusi võimuses kellegi üle kodanikuühis-konna erinevate sotsiaalsete gruppide ja otsustajate vahel. Praktilisest seisukohast on kasulik vaadelda kogukonna võimestumist kui protsessi, mis kulgeb mööda viiepunktilist kontiinumit, millele vastavad progres-seeruvalt üha organiseeritumad ja avaramad sotsiaalse ning kollektiivse tegevuse vormid. See kontiinum hõlmab järgmisi elemente (vt joonis 1.1): personaalne tegutsemine, väikeste toetusgruppide kujunemine,

Kast 1.5 Võimetusseisundite analüüsimine

See harjutus võimaldab praktikul hakata kriitiliselt mõtlema. Harjutust võib sooritada väikestes gruppides või individuaalselt koos kursusel osalejatega.

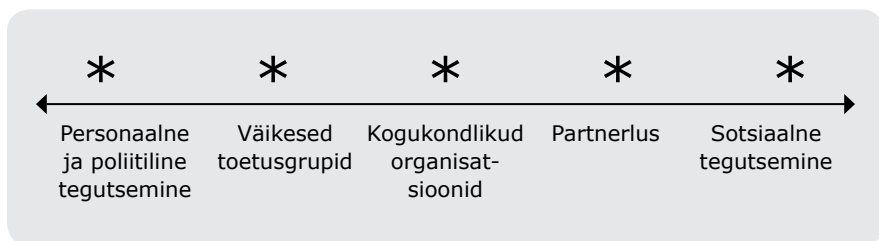
1. Osalejatel palutakse kirjutada lühike kirjeldus iseendast olukorras, kus tervishoiuosakonna direktoril (või mõnel teisel kõrgemal ametiisikul) on tema üle tööalane võim.
2. Seejärel küsitakse osalejatelt küsimusi.
 - Kuidas sa end selles olukorras tunned?
 - Milline on sinu võimetustunde alus?
 - Kuidas saaksid seda olukorda muuta, et tunneksid end paremini?
 - Milliseid lihtsaid strateegiaid saaksid enda võimendamiseks rakendada?
3. Osalejaid julgustatakse oma vastuseid kogu grupiga arutama. Kursuse läbiviija võib kirjutada põhipunktid ja -strateegiad tahvlile, nii et kõik osalejad näevad arutluse tulemust.

kogukondlikud organisatsioonid, partnerlus ning sotsiaalne ja poliitiline tegutsemine (Laverack, 1999: 92).

See kontiinuum seletab, kuidas kollektiivset tegevust on potentsiaalselt võimalik maksimeerida, kui inimesed liiguvad individuaalse võimestumise staadiumist kogukondliku võimestumiseni. Kontiinuum väljendab võimestumise erinevaid tasandeid alates isiklikust kuni organisatsiooniliseni ja lõpuks kollektiivse (kogukondliku) tegutsemiseni. Igat punkti kontiinumil saab vaadelda edasiminekena kogukonna võimestumise eesmärkide poole, milleks on sotsiaalne ja poliitiline tegutsemine ning muutus. Kui seda ei saavutata, jõuab kogukond seisakusse või võib isegi liikuda tagasi kontiinumi eelmisse punkti.

Kogukonna võimestumise kontiinumi kontseptsioon on piiratud, kuivõrd see pakub lihtsat sirgjoonelist tõlgendust asjast, mis on tegelikult dünaamiline ja keerukas. Gruppidel ja organisatsioonidel, mis tekivad kogukonna võimestumise käigus, on oma dünaamika. Nad võivad olla mõnda aega edukad ja seejärel hääbuda põhjustel, mis on niisama palju seotud inimeste ja kogukonna muutumisega kui laiema poliitilise või majandusliku toetuse puudumisega.

Ma väidan selles raamatus, et praktikud võivad inimeste muutumisele suurel määral kaasa aidata ja sageli ka teevad seda, peamiselt gruppide ja kogukondadega töötamisega. Väikeste toetusgruppide moodus-



Joonis 1.1 Kogukonna võimestumine kontiinumina

Allikas: Laverack (1999: 92)

tumine kujutab endast seda hetke, kus kollektiivne tegevus võib areneda edasi suuremateks kogukonnapõhisteks organisatsioonideks. Praktikud võivad seda protsessi eest vedada ning aidata gruppidel omandada võimalusi, oskusi ja suutlikkust, mis on vajalikud kogukonna võimestumise poole liikumiseks. Seega peab praktik olema paindlik töötades inimestega, kellel on erinevad võimed ja oskused, mis võivad vajada arendamist. Suhtelise võimu positsioonis olevad praktikud töötavad selle nimel, et aidata neil, kes on suhteliselt võimuta positsioonis, saavutada suuremat kontrolli. Selle näiteks võib tuua kontrolli delegeerimise vahendite, oskuste arendamise, hariduse ja nõustamisteenuste üle, kasutades erialast mõjuvõimu kogukonna murede seaduspärastamiseks ning tehes lobitööd seadusmuudatuse läbisurumiseks. Kui praktik ei suuda seda edasiminekut saavutada, võib grupp jõuda seisakusse ja keskenduda sisekaemuslikult oma vahetutele probleemidele ilma edasise arenguta.

Praktiku ülesanne on olla võimaldaja, saavutamaks inimeste usaldust ja leidmaks nendega ühisosa. Praktikud peavad tegema koostööd ka teiste professionaalide ja asutustega, nii avalik-õiguslike kui ka erasektoris kuuluvatega, ning seda paljudes eri valdkondades, nagu haridus, elamumajandus ja sotsiaalteenused, kui nad tahavad jõuda tõhusate võimestumisstrateegiateni (Laverack, 2005). Kuigi praktikutelt ei saa eeldada, et nad suudaksid oma igapäevatöös mõjutada võimuvahekordade muutumist kõigis sektorites ja kõigil tasanditel, mängivad nad sellegipoolest suurt rolli. Tervisedenduse praktikas hõlmab võimestav lähenemine võimu saavutamise hõlbustamist nende gruppide ja kogukondade poolt, milles inimesed osalevad. Ühtlasi tähendab see inimeste aitamist kontrolli suurendamisel otsuste üle, mis mõjutavad nende elu ning osalemist gruppides ja organisatsioonides, millega neil on ühised huvid. Osalemine huvikogukondades on paljude inimeste jaoks sageli esimene samm selles suunas, et kasutada kollektiivset tegutsemist ning võimestumist oma elu ja tervise positiivselt mõjutamiseks.

Enne võimestava lähenemisega alustamist on oluline, et praktikule oleks kogukonna eesmärk selge ning et ta oleks tuttav nende sotsiaalsete, struktuuriliste, poliitiliste ja muude tingimustega, mis võivad kogukonda mõjutada. See peaks hõlmama epidemioloogiliste ja demograafiliste andmete ülevaatamist, kui need andmed on kättesaadavad, või andmete kogumist, kasutades kvalitatiivsete ja kvantitatiivsete meetodite kombineerimist. Samuti on oluline, et praktik oleks teinud kindlaks põhimõistete, nagu „võim“ ja „võimestumine“ kohalikud tähendused. Neid protseduure on kirjeldatud mujal (Laverack, 1998; 2005).

Teises peatükis käsitletakse kogukonna ja kodanikuühiskonna mõisteid ning selgitatakse, miks mängivad kogukonnapõhise koostöömise erinevad tasandid kogukonna võimestumises ja tervisedenduses niivõrd suurt rolli.

2. Kogukonnad ja kogukonnapõhine koostöömimine

Käesolevas peatükis uuritakse neid põhjuseid, miks mõned kogukonnad suudavad vahenditele paremini juurde pääseda ja otsustajaid mõjutada, on paremini organiseeritud ning suudavad end paremini mobiliseerida. Samuti käsitletakse seda, kuidas kogukonnapõhised kontseptsioonid on omavahel seotud ja millised on nendevahelised erinevused. Seda keerukat ja dünaamilist küsimust selgitatakse astmestiku analoogia abil.

Mis on kogukond?

On oluline, et praktikud mõistaksid kogukonda erinevalt tavaarusaamast millegi enamana kui kohana, kus inimesed elavad, näiteks naabruskonnana, kuivõrd need kujutavad endast sageli lihtsalt inimeste seostamata kogumeid. Kogukondadel on nii sotsiaalseid kui ka geograafilisi tunnuseid. Praktikad koosnevad geograafilised kogukonnad heterogeensetest indiviididest, kelle vahel valitsevad dünaamilised sotsiaalsed suhted ning kes võivad organiseeruda gruppidesse, et tegutseda ühiste eesmärkide saavutamise nimel. Nn rusikareegi kohaselt on kogukonnal järgmised omadused:

- ruumiline mõõde, st asukoht või tegevuspaik;
- mitteruumilised mõõtmed (huvid, probleemid, identiteedid), mis seovad inimesi, kes muidu moodustavad heterogeenseid ja erinevaid rühmi;
- sotsiaalsed koostoimed, mis on dünaamilised ja ühendavad inimesi suhetesse;
- jagatud vajaduste ja huvide tunnetamine (Laverack, 2004: 46).

Kogukonna geograafiliste või ruumiliste mõõtmete sees eksisteerib mitu mitteruumilist kogukonda ning indiviidid võivad kuuluda samaaegselt mitmesse eri huvirühma. Huvirühmad kujutavad endast õiguslikke vahendeid, mille abil üksikisikud saavad leida endale „hääle“ ja osaleda formaalsemalt oma eesmärkide saavutamises. Huvirühmad võivad olla koondunud erinevate probleemküsimuste ümber, nagu ühiskondlikud tegevused või kohalike probleemide lahendamise vajadus, näiteks kogukonnakeskuse remont. Geograafilisse kogukonda kuuluvate indiviidide ja gruppide mitmekesisus võib tekitada probleeme esindajate valimisega liikmete poolt (Zakus ja Lysack, 1998). Praktikud peavad kindlaks tegema kogukonna õiguspärased esindajad, vältimaks domineeriva vähemuse kujunemist, kes dikteerib kogukonna probleeme. Praktikud peavad hooli-

kalt kaaluma, kas kogukonna esindajatel ikka on liikmete toetus ja ega nad ei käitu pelgalt omahuvi silmas pidades. Sellises olukorras saavutaks võimu kellegi üle vähemus, kes võib seejärel dikteerida programmi tegevusi oma huvide, mitte kogukonna liikmete enamuse huvide põhjal.

Praktiku peaülesanne on pakkuda kogukonna palvel abi ja vahendeid. Võimestava lähenemise kohaselt ei suuna praktik kogukonda selles, kuidas määrata endale esindajaid. Kogukond peab ise otsustama, kes peaks neid esindama ja kes seda teha ei tohiks. Praktiku ülesanne on tagada kõigi kogukonna sees eksisteerivate gruppide esindatus ja võrdne võimalus oma arvamust väljendada.

Mis on kodanikuühiskond?

Kodanikuühiskonna mõiste hõlmab inimesi nii nende sotsiaalses kui ka professionaalses kontekstis, kellel on ühised huvid või mured. See on aga märksa avaram kui huvikogukonna mõiste, nagu nähtub alljärgnevast Londoni Majanduskooli (London School of Economics) antud määratlusest (2006: 1).

Mõiste „kodanikuühiskond“ viitab ühiste huvide, eesmärkide ja väärtuste ümber toimivale sundimatule kollektiivsele tegutsemisele. Teoorias erinevad selle institutsionaalsed vormid riigi, perekonna ja erasektori omadest, kuigi praktikas on riigi, kodanikuühiskonna, perekonna ja erasektori vahelised piirid sageli keerulised, hägused ning vaieldavad. Harilikult hõlmab kodanikuühiskond erinevaid ruume, tegutsejaid ja institutsionaalseid vorme, mis erinevad üksteisest oma ametlikkuse, autonoomia ja võimu ulatuse poolest. Kodanikuühiskondi asustavad sageli organisatsioonid, nagu registreeritud heategevusseltsid, valitsusvälised arendusorganisatsioonid, kogukonnarühmad, naisorganisatsioonid, usulised organisatsioonid, erialaühendused, ametiühingud, eneseabirühmad, sotsiaalsed liikumised, ärilised ühendused, koalitsioonid ja eestkosterühmad.

Kodanikuühiskonna organisatsioonid on ka kaasavamad kui tavapärased valitsusvälised organisatsioonid. Nad esindavad kõiki vabatahtlikke kodaniku- ja sotsiaalseid organisatsioone või institutsioone, mis moodustavad toimiva ühiskonna aluse, vastandina riikliku süsteemi võimustruktuuridele. Selle üle, kas kõik eelpool toodud määratluses nimetatud osapooled ikka kuuluvad kodanikuühiskonna alla, võib vaielda, kuid see ühiskond kaasab neid institutsioone, mis vastanduvad riigile ning mis väärtustavad kogukonna võimestumist ja emantsipeerumist.

Mõiste „kogukonna võimestumine“ viitab nendele paljudele erinevatele huvikogukondadele (nii sotsiaalsetele, erialastele kui ka usulistele vms), mis moodustavad kodanikuühiskonna ning mis töötavad sotsiaalse ja poliitilise muutuse saavutamise nimel. Need on diskreetsed ja organiseeritud inimkollektiivid kodanikuühiskonda asetuvates rühmades, organisatsioonides, institutsioonides ja kogukondades. Nende liikmetel on ühised huvid ja ühised vajadused. Võimestumine kujutab endast protsessi, mille käigus liikmed omandavad kollektiivselt suurema kontrolli oma elu mõjutavate otsuste ja vahendite üle. Kogukonna võimestumine kulgeb indiviidist grupini ja laiema inimkollektiivini, kes tegutseb enesele soodsa sotsiaalse ja poliitilise muutuse saavutamise nimel.

Mis on kogukonnapõhised kontseptsioonid?

Kogukonnapõhised kontseptsioonid suurendavad märkimisväärselt vahendeid ja omadusi, mida kogukond saab kasutada oma liikmete elu ja tervise parendamiseks. Põhimõtteliselt on neil ühised tunnusjooned ning need kujutavad endast sotsiaalse organiseerumise ja mobiliseerumise vorme, mis püüavad vähendada ebavõrdsust elus. Viimase 30 aasta jooksul on kogukonnapõhiseid kontseptsioone hakatud rohkem kasutama, kuid nendevahelist vastastikust mõju ja erinevusi pole üritatud eriti seletada. Selle põhjuseks on asjaolu, et need on kujunenud ad hoc viisil, mõnel juhul vahetute vajaduste rahuldamiseks, teinekord teadlikuma tõlgendusprotsessi kaudu, seda enamasti praktikute ja akadeemikute töö tulemusel. Praktikas on tõsine vajadus näidata, kuidas neid kontseptsioone saab kasutada, võimaldamaks praktikutel kogukondadega paremini integreeruda ning tervisedenduse programme planeerida ja ellu viia.

Peamiste kogukonnapõhiste kontseptsioonide hulka, millel on ühisosa kogukonna võimestumisega ja millele tervisedenduse-alases kirjanduses sageli viidatakse, kuuluvad kogukonna osalus (Rifkin, 1990), kogukonna suutlikkuse tõstmine (Goodman et al., 1998) ja kogukonna arendus (Labonte, 1998). Nendel neljal kontseptsioonil on ühine põhieesmärk: korvata võimu jaotumisel tekkiv ebavõrdsus. Neil neljal kontseptsioonil on aga ka märgatavaid erinevusi ning tabelis 2.1 on esitatud tõlgendus, kuidas kogukonna osalus, kogukonna arendus ja kogukonna suutlikkus on seotud kogukonna võimestumisega.

Kogukonnapõhised kontseptsioonid koosnevad kahest peamisest tunnusest: esiteks kogukonnast (mida on käsitletud eespool käesolevas peatükis) ning teiseks selle liikmete võimelisusest kollektiivseks sotsiaa-

Iseks ja organisatsiooniliseks koostoimeks. Järgnevalt selgitan, kuidas kogukonnapõhised kontseptsioonid üksteist vastastikku mõjutavad, muu hulgas seda, mis vahet on osalemist puudutavatel ja tegutsemisele orienteeritud kontseptsioonidel. Nii osalemist kui ka tegutsemist saab vaadelda protsessina. Ent kuigi osalemine on inimestevaheline interaktsioon, näiteks osalemine koosolekul või seltskondlikul sündmusel, ei hõlma see pühendumust eesmärkide saavutamisele. Tegutsemisele suunatud kontseptsioonid hõlmavad püstitatud eesmärkide ja tegevuste kaudu kogukonna murede välja selgitamist, planeerimist ja lahendamist. Samuti eristatakse osalemist, tegutsemist ja kogukonna võimestumist. Kogukonna võimestumise ja ülejäänud kogukonnapõhiste kontseptsioonide peamine vahe seisneb võitluse ja vabanemise tundes, mis kuulub suutlikkuse tõstmise ja võimu saavutamise juurde. Tabelis 2.2 on toodud lühike tõlgendus iga kogukonnapõhise kontseptsiooni kohta.

Kogukonnapõhise koostoimimise astmelisuse mudelit (vt joonis 2.1 lk 37) kasutatakse osalemist, tegutsemist ja võimestumist puudutavate kontseptsioonide vaheliste erinevuste selgitamiseks. Sheryl Amstein (1969) oli üks varaseid kommentaatoreid, kes kasutas astmestikku ühe kontseptsiooni, nimelt kodanike osaluse käsitlemisel. Teisi ideid, näiteks püramiid-diagrammi, mis töötati välja kogukonnatöö jaoks Newcastle'is Inglismaal (Bailey, 1991), on kasutatud selleks, et kujutada tegevuste kontiinumit, millel on järjest suurenev mõju kogukonnale. Siinkohal arendan neid ideid edasi, käsitledes ka nüüdisaegseid kogukonnapõhiseid kontseptsioone ja selgitades neid praktikast võetud näidetega.

Kogukonnapõhine koostoimimine

Kui kogukonnad liiguvad sotsiaalse ja organisatsioonilise interaktsiooni suunas, suureneb nende huvi ja tegutsemisvalmidus liikmete elusid mõjutavate tegurite vastu. Kogukonnapõhise koostoimimise mõistmine on oluline tervisedenduse programmide planeerimisel, elluviimisel ja hindamisel. Programmide planeerimisel tuleb kogukonnapõhiste kontseptsioonide tõlgendus hoolikalt läbi mõelda, et neid kasutataks kontekstis õigesti, näiteks võidakse asendada kogukonna võimestumise tähendus kogukonna osaluse tähendusega. Seda tuleb mõnikord ette nende kattuvate tunnuste tõttu, kuid see võib olla tingitud ka asjaolust, et osaluse kontseptsioon kujutab endast koostoimimise vormi, mis eeldab kaasatust, kuid ei kohusta välist osapoolt aitama oma inimestel võimu saavutada.

On oluline, et praktikud mõistaksid osalemist ja tegutsemist puudutavate kontseptsioonide erinevust. Põhiline on see, et teatud etapis ei ole

Tabel 2.1 Kogukonnapõhised kontseptsioonid ja nende suhe võimestumisse

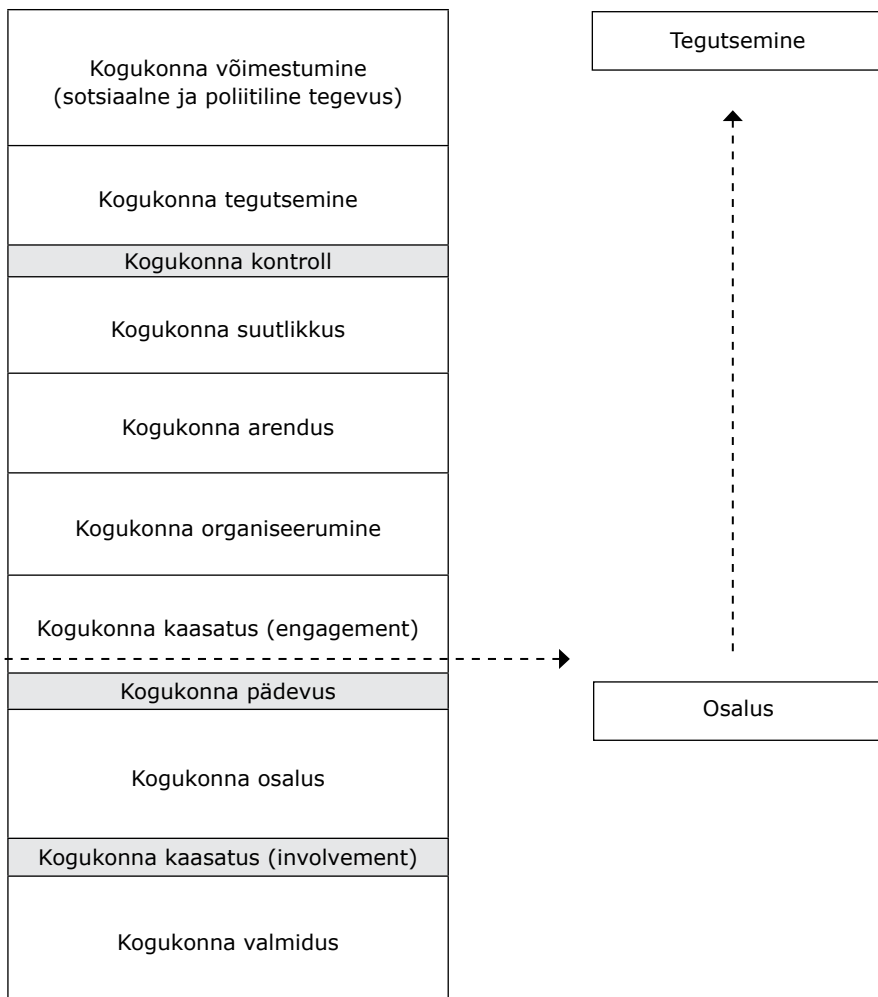
<p>Kogukonna võimestumine on protsess, mille kaudu inimesed suurendavad oma vahendeid ja omadusi, saavutamaks suuremat võimu oma elu üle, ning millel on selge eesmärk kutsuda esile sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi, tavaliselt ühiskondliku poliitika, otsustava võimuorgani ja vahendite jaotamise mõjutamisega.</p>		
Kogukonna osalus	Kogukonna arendus	Kogukonna suutlikkus
<p>Seda võib iseloomustada protsessina, mille kaudu inimesed kaastakse neid puudutavate probleemide lahendamisse, mille vastu neil on mingi ühine huvi või mille järele on vajadus. Inimesed võivad selle protsessi käigus kasutada oma ressursse ja oskusi, kuid seda ei tehta süstemaatiliselt ega väljendata isegi soovitud tulemusena.</p>	<p>Seda võib iseloomustada protsessina, mille kaudu välised osapooled arendavad taotluslikult inimeste võimalusi ja omadusi, et parendada nende elu ja tervist, mis on seotud majanduslike, sotsiaalsete, infrastruktuuriliste ja poliitiliste võimalustega. Sotsiaalsed ja poliitilised muutused ei kuulu aga selle protsessi eesmärkide ega soovitud tulemuste hulka.</p>	<p>Seda võib iseloomustada protsessina, mille kaudu välised osapooled ja kogukonna inimesed arendavad taotluslikult ning süstemaatiliselt oma võimalusi ja omadusi, et parendada elu ja tervist. See saavutatakse konkreetsete strateegiatega kasutamiseks. Nagu kogukonna arenduse puhul, ei kuulu sotsiaalsed ja poliitilised muutused ka siin protsessi eesmärkide ega soovitud tulemuste hulka.</p>

kogukonnad enam pelgalt passiivsed osalejad, vaid inimesed haaravad endale aktiivse rolli oma murede välja selgitamisel ja lahendamisel. Samuti peavad praktikud saama aru tegutsemist ja kogukonna võimestumist hõlmavate kontseptsioonide vahest. Põhierinevus on see, et teatud etapis tahavad kogukonnad tegeleda oma võimetuse laiemate ja sügavamate põhjustega ning osaleda poliitilise suunitlusega tegevustes.

See määrab praktikutele kolm erinevat rolli. Esimesega on tegu siis, kui praktik on juhendaja osas, andes kogukondadele juhtnööre selle kohta, mida nad peaksid tegema. Teisel juhul mängib praktik abistavat rolli, paludes ja aidates kogukondadel teha seda, mida nad ise tahavad, saavutamaks nende enda määratud eesmärgid. Kolmandal juhul teeb praktik kogukonnaga koostööd, kutsumaks esile selle liikmete jaoks soodsaid sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi. See roll seisneb selgelt poliitilises tegevuses ega ole üksnes eesmärkidele suunatud.

Tabel 2.2 Kogukonnapõhiste kontseptsioonide tõlgendus

Kogukonnapõhine kontseptsioon	Autori tõlgendus
Kogukonna valmidus	Kogukonna valmisolek siduda end erinevate tegevustega ja luua partnerlussuhe kogukonnavälise eksperdiga mingi programmi elluviimiseks.
Kogukonna osalus	Inimesed hakkavad aktiivselt tegelema ühiste murede ja vajadustega, jagades omavahel mõtteid ja kogemusi. Sageli põhineb osalus esindusel, kuna enamasti ei ole kõigil kogukonna liikmetel võimalik protsessist osa võtta.
Kogukonna kaasatus	Inimesed otsivad lahendusi oma elu mõjutavatele probleemidele. Tegemist on koostööprotsessiga, sageli kogukonnavälise organisatsiooni ja kogukonna vahel, mis hõlmab partnerlussuhete moodustumist, aitamaks mobiliseerida vahendeid, mõjutada süsteeme ja muuta suhteid.
Kogukonna organiseerumine	Kogukondade võime end ühiste eesmärkide nimel struktureerida ja mobiliseerida. Inimesed kaastakse ühisesse otsustamisse ja probleemide lahendamisse nende enda enesemääratluse põhjal.
Kogukonna arendus	Protsess, mille kaudu välised osapooled aitavad kogukondadel parendada nende elu ja mis on sageli seotud vahendite jaotamisega ning majanduslike, infrastruktuuriliste ja poliitiliste võimalustega, aga ka sotsiaalse arenguga.
Kogukonna suutlikkus	Süsteemiline kogukondade oskuste ja ressursside arendamine programmi kontekstis. Kasutab strateegiaid, mis selle keeruka kontseptsiooni mõjuvaldkondadeks ehk domeenideks „lahti pakivad“.
Kogukonna tegutsemine	Protsess, kus kogukonnad haaravad neid puudutavad probleemid enda kätte. Nende probleemide lahendamine toimub osaluse, suutlikkuse tõstmise ja kogukonna arenduse teel.
Kogukonna võimestumine	Protsess, mille kaudu kogukonnad saavutavad kontrolli otsuste ja vahendite üle, mis mõjutavad nende elu, sealhulgas nende tervise mõjureid. Põhiline erinevus on pingutuse ja vabanemise tunne, mis kaasneb võimu saavutamise protsessiga.



Joonis 2.1 Kogukonnapõhise koostöömise astmelisus

Kogukonnapõhise koostöömise astmelisuse mudel pakub üht tõlgendust protsessi kohta, mis on praktikas dünaamiline ja sageli keerukas. Astmed ei kujuta lineaarset ega kronoloogilist jada, vaid selgitavad keerukat kontseptsioonide omavahelist vastastikust mõju. Käsitletud kontseptsioonid ei eksisteeri tegelikult „kuskil seal“ kodanikuühiskonna sees. Need on aja jooksul välja töötatud, et selgitada, kuidas kogukonnad toimivad; mõnikord põhinevad need üksikkogemustel ja teinekord süstemaatilistel teaduslikel uuringutel.

Kogukonnapõhise koostöömimise astmelisus

Kogukonnapõhise koostöömimise astmelisus kujutab endast raamistikku, mis tõuseb kogukonna valmidusest osaluseni, kaasatuseni, organiseerumiseni, arenduseni, suutlikkuse tõstmiseni, kollektiivse tegutsemiseni ja kogukonna võimestumiseni. Allpool on kõiki astmeid lähemalt tutvustatud.

Valmidus

Kogukonna valmidus seisneb kogukonna valmisolekus astuda välise osapoolega mingi programmi elluviimiseks partnerlussuhtesse. Selleni jõudmiseks läbivad kogukonnad mitmeid etappe, eesmärgiga töötada välja ja teostada efektiivseid programme. Valmidust ei hinnata mitte selle järgi, kui kergesti või raskesti muudatusi eri etappide vahel ellu viiakse, vaid selle valmiduse või tõrksuse järgi, millega muutustesse suhtutakse (Plested et al., 2003). Kogukonna valmidus eeldab valmisolekut koostöömeks, kuid ei nõua kogukonna liikmete varasemat osalemist. Kogukonna valmidus üksipäini ei arenda koostöömimist ning enamasti mõõdab kogukonnaväline ekspert seda teabe saamise eesmärgil küsimustike ja intervjuude abil.

Osalus

Kogukonna osalus arendab inimestevahelist interaktsiooni, nõnda et nad saavad tegeleda mitmesuguste ühiste vajadustega, jagades omavahel mõtteid ja kogemusi (Rifkin, 1990). Praktikast kujutab osalus endast peaaesjalikult kogukonna üksikute liikmete enamuse esindatust. Seda seetõttu, et üldjuhul ei ole kõigil võimalik näiteks koosolekutel või töötubades osaleda. Esindamine võib toimuda valitud isiku kaudu, kes võtab osa koosolekust, või komiteele esitatud kirjaliku allkirjastatud avaldusega. Nagu käesolevas peatükis juba mainitud, võib kogukonna sees olemasolevate üksikisikute ja rühmade mitmekesisus põhjustada kogukonna liikmetele probleeme esindajate valimisega. Kui võimu ümberjaotumist kogukonnas ja väljaspool seda ei lahendata, võib osalus muutuda sisutühjaks ja masendust tekitavaks nende jaoks, kelle kaasatus on passiivne või mitteosaluslik, nagu Arnstein (1969) seda nimetas. See võimaldab neil, kelle käes on võim ja otsustusõigus, väita, et arvestati kõigi osapooltega, kuigi vaid üksikud neist lõikavad otsusest kasu, ning see aitab neil säilitada endale soodsat status quod.

UNICEF (1977) oli üks esimesi, kes käsitles kogukonna kaasatust osaluse vormina, ning see kontseptsioon töötati välja, et selgitada, kuidas mobi-

liseerida ressursse ja hõlbustada juurdepääsu terviseteenustele. Nagu osalustki, vaadeldi seda protsessina, mida saaks parendada nende inimeste kaasamise abil, kelle jaoks need teenused on mõeldud (Palmer ja Anderson, 1986). Osalus on tihedalt seotud ka kogukonna pädevuse ja kogukonna sidususega, kontseptsioonidega, mis peegeldavad kollektiivset interaktsioonivõimet ja kogukonna liikmete omavahelist seotust (Eng ja Parker, 1994).

Kaasatus

Kogukonna kaasatusega liigub osalus ühe sammu võrra edasi, kui võrd inimesed kaasatakse oma elu mõjutavatele probleemidele lahenduste otsimisse. On olemas mitmeid kogukonna kaasatuse mudeleid, näiteks konsultatsiooni ja avaliku osaluse mudel, vahendipõhine sotsiaalmajanduslik mudel, kogukonna demokraatia mudel ning kogukonna organiseerumise mudel (Hashagen, 2002). Tegemist on koostööprotsessiga, sageli välise osapool (näiteks valitsusvälise organisatsiooni) ja kogukonna vahel, mis hõlmab järgmisi samme: kuulamine ja suhtlemine, osalemine, vajaduste hindamine ja partnerlussuhetes koostöö tegemine.

Kuulamine ja suhtlemine

Kogukonna kaasatus algab sellest, et inimesed muutuvad teadlikumaks probleemidest, mis neid mõjutavad, ning sellest, kuidas nende probleemidega isiklikult tegeleda. Näiteks võib olukorda, kus inimesed ei tea, kuidas õnnetusi ja vigastusi ära hoida, parandada selgema ja konkreetsema teabe jagamise teel. Kuulamine ja suhtlemine tähendab enamasti kui pelgalt kogukonnaliikmete teavitamist probleemidest ja ühesuunaliste kanalite, näiteks massimeedia kasutamist teabe jagamiseks.

Osalus

Nagu eespool selgitatud, on osalus kogukonna kaasatuse seisukohast alustrajava tähtsusega, kuna võimaldab inimestel võtta osa tegevustest, mis mõjutavad nende elu ja tervist. Ent kuigi üksikisikud suudavad mõjutada programmi kulgu ja rakendamist, ei piisa ainult sellest kogukonna kaasatuse jaoks. Kaasatuse eesmärk on ühtlasi suurendada kogukonna suutlikkust, oskusi ja pädevust, võimaldamaks inimestel ise otsuseid langetada ja vastavalt tegutseda. Üks võimalus, kuidas väline osapool saab kogukonda kaasata, seisneb koosolekutes või kogunemistes, kus arutatakse kogukonnaliikmetele olulisi küsimusi ning jagatakse teavet.

Koosolek või kogunemine võiks üldjuhul alata eesmärgi lühikirjeldusega, millele järgneb osavõtjate tutvustamine. Koosolek kujutab endast juhendatud rühmaarutelu, kus keskendutakse mingile kindlale probleemile või kogukonna vajadusele, nagu transport, tööhõive või elamumajandus. Koosolekut võib toetada audiovisuaalsete materjalidega, nagu plakat või video, et alustada arutelu näiteks koduste õnnetuste ennetamise teemal. Koosolekut võib kasutada sekkumiste kavandamiseks, ressursside kindlakstegemiseks, võimalike partnerite kaardistamiseks ja inimeste seisukohtade avalikuks väljendamiseks.

Vajaduste hindamine

Vajadused, lahendused ja tegevused peab kindlaks määrama kogukond, näiteks tööalaste õnnetustega seotud probleemi lahendamist peab teostama kogukond. Programmi edukus sõltub suuresti selle eeldatavate kasusaajate pühendumusest ja kaasatusest. Inimesed on märksa pühendunud, kui nad tunnevad, et need vajadused ja lahendused, mida programm käsitleb, kuuluvad neile endile.

Kogukonnavälistel ekspertidel leidub sageli uut ja kasulikku teavet, mida kogukonna liikmetele pakkuda. Seda teavet ei tohiks aga peale sundida nende teadmiste asemel, mis on kogukonna liikmetel endil. Kõige etem on kasutada juhendatud dialoogi kogukonna ja koostööpartnerite vahel, et võimaldada mõlema osapoole teadmistel ja põhimõtetel programmi sobivat kulgu määrata. Kogukonna liikmete poolne vajaduste hindamine võib kindlustada ka nende osalust programmi kavandamisel. Programmid, mis ei käsitle kogukonna vajadusi ja mis ei kaasa kogukonda vajaduste hindamise protsessi, ei saavuta üldjuhul oma eesmärki.

Partnerlussuhetes koostöö tegemine

Kogukonna sidemed kogukonnavälise organisatsiooniga eeldavad võrdväärset partnerlust, mis põhineb vastastikusel lugupidamisel, usaldusel ning teabe ja kogemuste jagamisel. Teiste inimeste ning organisatsioonidega koos kuuluvad kogukonna sidemete hulka ka koalitsioonid ja liidud. Välise osapoole ülesanne on aidata kogukonnapõhistel organisatsioonidel luua partnerlussuhteid teistega, kellega neil on ühised vajadused ja mured. Partnerlussuhted parandavad kogukonna võimet luua erinevate gruppide või organisatsioonidega suhteid, mis põhinevad kattumatel või vastastikustel huvidel ning inimeste- ja organisatsioonidevahelisel lugupidamisel. Samuti suurendavad need võimet suhelda, teha koostööd ja luua suhteid, mis edendavad liikmete vastastikust sõltuvust. Partnerlussuhtes töötamine viib laiemale liikme- ja ressursibaasi abil suurema poliit-

tilise ja sotsiaalse mõjukuseni – näiteks võib see hõlmata survegruppide teket õigusaktide muutmise toetamiseks.

Sellel astmestikul (mida joonisel 2.1 tähistab horisontaalne punktiirjoon) ei ole kogukonnad enam pelgalt passiivsed osalejad. Sellest punktist alates on kogukonnapõhise koostoitimise puhul oluline, et inimestel oleks aktiivne roll käsitletava küsimuse ja selle lahendamiseks kasutatava tegevuse määratlemises. Kogukonnapõhine koostoitimine areneb osalemisest süstemaatilisemaks ja rohkem tegutsemisele orienteeritumaks.

Organiseerumine

Tegutsemisele suunatud kogukond suudab end ühiste eesmärkide nimel organiseerida ja mobiliseerida. Kogukonna organiseerumise kaudu võtavad inimesed endale ühises otsuste langetamise ja probleemide lahendamise protsessis rolli, mis põhineb nende enesemääratlusel (Braithwaite et al., 1994). Ajalooliselt töötati kogukondade organiseerumise kontseptsioon programmi planeerija seisukohast välja selleks, et selgitada, kuidas inimesed saaksid haigusi vähendada ja oma elukvaliteeti parendada. Kuid kogukonna organiseerumise kontseptsiooni juured ulatuvad Saul Alinsky (1972) tööni, kelle põhifilosoofia kohaselt peaksid inimesed oma elu ise kontrollima. Kogukonna organiseerumine kujutas endast võimestumise abivahendit mitmete erinevate tegurite kaudu, nagu parem juhtimine, ressursside mobiliseerimine ja inimestevahelised suhted. Kogukondadega töötavad inimesed hakkasid kollektiivse pingutusega seotud organiseerumist ja arendust käsitlema legitiimse mudelina kogukondade tervise ja elu parendamiseks.

Arendus

Kogukonna arendus läheb eelmistest astmetest ühe sammu võrra kaugemale, andes kätte need vahendid, mille abil välised osapooled saavad võimaldada kogukondadel oma elu parendada. See toimub tegevuste ja sekkumise kaudu, nagu haridus, oskuste õpetus ja tehniline tugi. Kogukonna arendust seostatakse sageli vahendite jaotamisega ning majanduslike, infrastruktuuriliste ja poliitiliste võimalustega nagu ka sotsiaalse arenguga (Labonte, 1998). Kogukonna arendus tähendab kogukondade kaasamist nende elu selliste aspektide määratlemisse ja tugevdamisse, mis parendavad tervist. See on sageli riikliku poliitika üks osa ning jääb seetõttu läbipõimunuks valdavate ülalt-alla-programmide ja võimu struktuuridega (Petersen, 1994). Näiteks hõlmab kogukonna arendus paikonna projekte, mida valitsus toetab ametissemääratud kogukonnatöötaja kaudu, et tegeleda kohalike probleemidega (Jones ja Sidell, 1997).

Jan Smithies ja Georgina Webster (1998: 94) kirjeldavad juhtumiuuringut kogukonna arenduse projekti kohta nimega Hutsoni tänavatervise projekt (Hutson Street Health Project), mis korraldati Inglismaal Bradfordis. See projekt puudutas üht vaesemat kesklinna elamurajooni ja oli mõeldud parendama kogukonna tervist mitmesuguste omavahel seotud strateegiatega, nagu võrgustike loomine ja rühmatöö. Projekti hindamises leiti, et kogukonna suhtlust tõhustati väikeste rühmade tegevusega, nagu kokanduskursused ja võimlemistrenn, krediidikassa ning laste mängurühm. Projekti suunitluse määrasid ära kogukonna väljendatud vajadused ja kaasatus, kuid praktik aitas sellele kaasa. Projekt võimaldas kogukonnal töötada välja oma tegevuskavad ja rakendustegevuse ning võtta osa projekti igapäevasest juhtimisest, seda rahastati ühe osana valitsuse üldisemast kogukondade arenduse algatusest.

Suutlikkus

Kogukonna suutlikkuse kontseptsioon töötati välja hiljem (Goodman et al., 1998) kui kogukonna arenduse oma, pakkumaks süsteemset arusaama kogukonna eeliste ja omaduste arendamiseks programmi raames. See on saanud võimalikuks tänu edusammudele selle keeruka kontseptsiooni tõlgendamisel. Kogukonna suutlikkuse domeenid on sarnaselt kogukonnade võimestumise omadega need mõjusfäärid, mis võimaldavad kogukondadel end sotsiaalsete ja poliitiliste muutuste nimel paremini organiseerida ning mobiliseerida. Nende domeenide hulka kuuluvad osalemine, juhtimine, probleemi hindamine, kriitiline mõtlemine, organisatsioonilised struktuurid, ressursside mobiliseerimine, sidemed teistega, programmi juhtimine ja kogukonnavälise eksperdi roll. Kogukonna suutlikkus ja kogukonna võimestumine on kaks omavahel kattuvat protsessi (vt tabel 2.1), mis kasutavad valdkondlikku käsitlust suutlikumate kogukondade loomiseks.

Tegutsemine

Kui kogukonna suutlikkus arendab inimeste oskuseid ja omadusi, siis kogukonna tegutsemine seisneb nende otsusekindluses astuda konkreetseid samme iseenda määratud eesmärkide saavutamiseks. Kogukonnad tunnetavad end vastutavana neid puudutavates küsimustes (Boutilier, 1993) ja valivad ise, kes määrab kindlaks programmiga käsitletavad küsimused. Kogukonna tegutsemine ja kogukonna kontroll moodustavad üheskoos enesemääratluse aluse, mis annab inimestele eesmärgi ja suuna oma elu parendamiseks. Kogukonna tegutsemine saab tihti alguse sellest, kui inimesed tulevad lühiajaliselt kokku, et arutada kohalikke probleeme, näiteks ühistranspordiga seotud vajadusi. Sellised rühmad

võivad moodustada ka ühinguid, nagu NIMBYd (not in my back yard – mitte minu tagahoovis), mis on suunatud pühendumist nõudvatele kohalikele küsimustele, nagu näiteks uue tee ehitamine, mis hävitaks kohaliku keskkonna loomuliku ilu. Edukaks tegutsemiseks peavad kogukonnal olema tarvilikud vahendid, eelmiste astmete juures mainitud omadused ja valmisolek töötada koostööpartneritega käsikäes. Selles punktis on kogukonnad jõudnud enesemääratluse ja kontrolli staadiumi ning on keskendunud eesmärkide saavutamisele omaenda tegevuse kaudu.

Võimestumine

Peamine erinevus kogukonna võimestumise ja ülejäänud kogukonnapõhiste kontseptsioonide vahel seisneb pingutuse ja vabanemise tundes, mis kaasneb võimu saavutamisega. Võimu ei ole võimalik anda. Need, kes seda soovivad, peavad selle ise omandama või haarama neilt, kelle käes võim on. Niisiis on kogukonna võimestumine protsess, mille abil kogukonnad saavutavad suurema kontrolli otsuste ja vahendite üle, mis mõjutavad nende elu, sealhulgas tervisemõjureid. Kogukonna võimestumine kulgeb üksikisikust grupini ja laiema kollektiivini ning kätkeb endas kavatsust kutsuda esile sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi. See läheb kogukonnal korda tänu võimu ümberjaotumisele näiteks parema juurdepääsu abil vahenditele või otsustusprotsessile.

Kogukonna võimestumise kohta leidub rohkelt näiteid ning järgnevalt kirjeldan põgusalt üht juhtumiuuringut, mis korraldati ühes Austraalia väikelinnas. Werribee asub ühes põllumajandus- ja aianduspiirkonnas Melbourne'i lähedal. 1996. aastal teatas üks kohaliku omavalitsuse juht otsusest rajada Werribeesse toksiliste jäätmete hoidla ning valitsus tellis ettevõttelt Colonial Sugar Refining (CSR) keskkonnamõju hindamise, kavatsusega nimetada CSRi projekti rakendusorganiks. Jäätmehoidla rajamise plaani avalikustamine oli nõrдинud kohalike elanike jaoks piisav emotsionaalne ajend, et hakata isiklikult tegutsema. Nad olid vastu toksiliste jäätmete hoidla rajamisele, mis kahjustanuks elanike arvates kogukonna tervist ja majanduslikku olukorda. Üksikisikud koondusid kiiresti elanike grupiks WRATD (Werribee Residents Against Toxic Dump – Werribee elanikud toksiliste jäätmete hoidla vastu) ja peagi kerkisid esile kohaliku juhtfiguurid, kes mängisid olulist rolli selle huvikogukonna tekkes ja arenemises võimekaks organisatsiooniks. 18 kuu jooksul õnnestus sel huvikogukonnal lükata käima tõhus kampaania üldsuse teadlikkuse tõstmiseks ja poliitiliste otsustajate mõjutamiseks. WRATD palkas kohalike eksperte, kes suurendasid jagatava teabe usaldusväärsust; näiteks aitasid arvutiseeritud operatsioonikeskus ja koostöö kohaliku ülikooliga tõsta WRATDi kompetentsust. Kampaania korraldati positiivses võtmes

ja veenvalt, samaaegselt töötades pidevalt tagaplaanil Werribee elanikele soodsa poliitilise ja sotsiaalse muudatuse nimel. Pärast tohutut 15 000 elaniku jõudemonstratsiooni, kus avaldati meelt jäätmehoidla rajamise vastu, ja enam kui 100 000 allkirjaga petitsiooni esitamist loobus CSR projektist (Strong, 1998 allikast Laverack, 2004: 56).

Kogukonnapõhiste kontseptsioonide ühisosa seisneb selles, kuidas ja miks on inimeste vahel koosmõju. Sarnasus peitub protsessis, mida inimesed läbivad, koondudes üksikisikutest rühmadeks, huvipõhisteks kogukondadeks ja kodanikuühiskonnaks. Erinevus seisneb paljudel juhtudel eeldatavas eesmärgis või tulemusel. Eesmärk võib olla lihtsalt inimeste osalemine. Selline koostoimimine võib hiljem keskenduda rohkem inimeste pädevuse ja suutlikkuse arendamisele. Koostoimimine võib aga muutuda ka konkreetsetele eesmärkidele ja tegudele suunatumaks. Kuid üksnes juhul, kui need eesmärgid on suunatud sotsiaalsele ja poliitilisele muutusele, hakkavad kogukonnad end võimestama. Õige rakendamise korral võivad kogukonnapõhised kontseptsioonid aidata tervisedenduse praktikutel paremini mõista kogukondade toimimist. Need võivad aidata praktikutel hinnata ka oma osa kogukonna osalusele, tegutsemisele ja võimestumisele kaasaaitamises oma igapäevatöö abil.

Kolmandas peatükis käsitletakse tervise ja võimestumise seost ning selgitatakse, kuidas praktikud saavad tervisedenduse kaudu tegeleda terviseõjuritega.

3. Tervis ja võimestumine

See peatükk algab tervise erinevate tähenduste tõlgendamisega ning käsitleb seejärel võimestumise ja paranenud tervise tulemite vahelist seost. Samuti uuritakse käesolevas peatükis, milline seos valitseb tervise- ja ebavõime vahel tervises ning milline on selle tähtsus tervisedenduse praktikas.

Tervise tähenduse tõlgendamine

Sõna „tervis“ tähendust on võimalik tõlgendada mitmel eri viisil. See, kuidas näiteks üksikisikud omaenda tervise tähendust tõlgendavad, on isiklik kogemus. Tervis on subjektiivne ning selle tõlgendus sõltub keskkonnast ja kultuurist, milles inimesed elavad. Tervis võib eri inimeste jaoks tähendada erinevaid asju. Inimesed võivad tervist funktsionaalses mõttes määratleda oma suutlikkuse alusel teatud rolle ja kohustusi täita, mitte haiguse puudumise alusel. Neid huvitab see, mida nad peavad tegema selleks, et saavutada head tervist, nii nagu nemad seda mõistavad. Näiteks võivad haiged inimesed tunda end tervena ning olla valmis taluma ebamugavust ja valu, kuna see ei kaalu üles neid ebameeldivusi, kontrolli kaotamist või rahalist kulu, mis kaasneks haiguse ravimisega (Cohen ja Henderson, 1991). Tervise individuaalsed tõlgendused on keerukad ning seotud inimese enesehinnangu, ühiskonna toetuse tasemega, individuaalse kontrolli ja sotsiaalse staatusega. Näiteks jõudis Kanadas läbiviidud uuring ebavõrdse südamerivise kohta järeldusele, et väikse sissetulekuga ja kehva haridusega inimestel, kellel on ühtlasi vähene kontroll oma elu üle, on ka suurem haigestumise ja suremuse risk. Mida kõrgemal positsioonil inimene töökohal või ühiskonnas paikneb, mida suurem on tema võim (kontroll) ja vara ning mida kõrgem tema staatus, seda paremad on tema tervis ja enesehinnang (Labonte, 1993).

Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) antud tervise määratlus on kujunenud üheks tervisedenduses enimkasutatud ametlikuks tõlgenduseks. See määratlus pandi kirja esmakordselt Maailma Terviseorganisatsiooni põhikirja preambulasse, mis võeti vastu rahvusvahelisel tervisekongressil New Yorgis 19.–22. juunil 1946, misjärel allkirjastasid selle 22. juulil 1946. aastal 61 riigi esindajad. Jõustus see aga 7. aprillil 1948. WHO määratlust ei ole muudetud alates 1948. aastast: „tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund ning mitte vaid haiguse või põduruse puudumine“ (WHO, 2006).

Füüsiline heaolu tähendab organismi tervet talitlust, bioloogilist normaalust, head füüsilist vormi ja toimetulekusuutlikkust. Sotsiaalne heaolu hõlmab inimestevahelisi suhteid, aga ka avaramaid sotsiaalseid küsimusi, nagu abieluline rahulolu, töövõimelisus ja seotus kogukonnaga. Vaimne heaolu hõlmab eneseusku, subjektiivset heaolu ja sotsiaalset kaasatust ning seisneb inimese võimes kohanduda selle keskkonna ja ühiskonnaga, milles ta tegutseb (Laverack, 2004). WHO määratlus kui füüsilise, sotsiaalse ja vaimse heaolu ideaalne seisund on tervise positiivne tõlgendus ning on pälvinud kriitikat, kuna ei võta arvesse muid mõõtmeid, nimelt tervise emotsionaalseid ja spirituaalseid aspekte (Ewles ja Simnett, 2003).

Tervise ametlik ja isiklik tõlgendus võivad üksteisest suuresti erineda. On oluline meeles pidada, et mõlemad neist kujutavad endast ideaaltüüpe ning praktikas eksisteerivad need koos ja mõjutavad teineteist. Praktikud on ametlikud tõlgendused omaks võtnud, kuna need on mõõdetavad ja seletatavad. Seetõttu on tervise mõõtmine keskendunud biomeditsiinilisele lähenemisele, mis püüab näidata seost terviseseisundi näitaja (näiteks vähi) ja konkreetse käitumisviisi (näiteks suitsetamise) vahel. Seega rakendab tervisedenduse praktika, mis kasutab haiguse tõlgendusi, mitte inimeste enda arusaamist oma tervisest, suuresti programme, mis on suunatud haigestumuse ja suremuse vähendamisele. Need programmid viiakse ellu ülalt-alla-meetodil ja ülemvõimu stiilis, mis jätab kontrolli välisele osapoolale, kes on huvitunud pigem aruandekohustusest ja mõõdetavast tulemuslikkusest.

Võimestumise ja paranenud tervise tulemite vaheline seos

Kogukonna psühholoogia alases kirjanduses omistatakse võimestumisele üksikisiku pädevust ja enesehinnangut parandav omadus. See omakorda suurendab isikliku kontrolli tunnet ja avaldab otsest mõju tervise tulemite paranemisele (Wallerstein, 1992). Seda argumenti saab laiendada ka indiviidi seotusele teiste inimestega ning osalusele huvirühmades ja kogukondades, kes soovivad saavutada suuremat võimu, et muuta oma väliskeskkonda (Zimmerman ja Rappaport, 1988).

Kogukonna tervise alases kirjanduses vaadeldakse võimestumist üldiselt protsessina, mis algab individuaalsest tegutsemisest ning areneb siis väikeste toetusgruppide, kogukondlike organisatsioonide ja partnerlussidemete tekkeni ning lõpuks sotsiaalse ja poliitilise tegevuseni (Labonte, 1990). Võimu nullsumma-vormi eksisteerimist täheldatakse

enamasti sellistes tervisedenduse programmides, mis põhinevad piiratud vahenditel. Kogukonna tervise alases kirjanduses tunnistatakse tõsiasja, et paljud ebavõrdsusaspektid tervises on tingitud võimuvaherkordadest, mis mõjutavad ressursside jaotumist ja poliitika kujunemist. Sotsiaalseid ja struktuurilisi muudatusi saab esile kutsuda inimeste võimu omandamise kaudu, mida nad vajavad ebavõrdsuse korvamiseks, ning kogukonna võimestumine on tihti see protsess, mida nad selle saavutamiseks kasutavad (Laverack, 2005).

Kogukonnapõhised võimestumise strateegiad, mis on viinud tervise tulemite paranemiseni, on suuresti keskendunud keskkonna muutmisele. See avaldab sageli vahetut mõju käitumisviisidele, mis on sekkumise ajavahemiku jooksul mõõdetavad (Carr, 2000). Tõendid viitavad sellele, et kogukonna tegutsemine on suutnud kutsuda esile püsivaid muudatusi sotsiaalses ja organisatsioonilises keskkonnas, mis on seotud paranenud tervisega näiteks alkoholi kuritarvitamise ja kehavigastuste ennetamisel. Kogukonna tegevus Austraalias Surfers Paradise'i nimelises eeslinnas viis litsentseeritud alkoholi müügikohtade karmistunud regulatsioonini ning eeskirjade ja tegevusjuhiste rakendamiseni baaritöötajatele, mille tulemusel vähenes alkoholiga seotud vägivald (Homel et al., 1997; Hauritz et al., 1998). Kogukonna tegevus Pihas Uus-Meremaal tõi kaasa avalikus kohas alkoholi tarbimise keelu, mille tulemusel kehavigastuste ja kuritegude arvu vähenes ning heaolutunne suurenes (Conway, 2002). Mujal on kogukonna alkoholiregulatsiooni alased projektid viinud baaritöötajate väljaõppeni, litsentseeritud müügikohtade lahtiolekuaegade lühendamiseni, vanusekontrolli sagemiseni ja alkoholijoobes autorooli istumist keelavate seaduste range jõustamiseni, mille tulemusel on vähenenud kehavigastuste arv (Holder et al., 1997) ja alkoholijoobes autojuhtimine 18–19aastaste seas (Wagenaar et al., 2000).

Nina Wallerstein, väljapaistev akadeemik ja kogukonna võimestumise eestvedaja, on samuti täheldanud selgeid seoseid võimestumise ja tervise tulemite vahel. Ta jõudis vastavateemalist kirjandust analüüsides (Wallerstein, 2006) järelduseni, et võimestumise strateegiad on paljulubavad, kuna võivad viia nii võimestumiseni kui ka tervisemõjudeni. Kirjandus osutab võimestumise strateegiate ja tulemuste järjekindlusele psühholoogilisel, organisatsioonilisel ning kogukondlikul tasandil ja paljudes eri ühiskonnagruppides, olgugi et konkreetset tulemusi erinevad probleemi ja sotsiaalse konteksti poolest. Võimestumise strateegiad on suurema tõenäosusega edukad, kui need integreeritakse makromajanduslikesse ja poliitilistesse strateegiatesse, mis on suunatud suurema õigluse saavutamisele. Olemasolevate tõendite ja muu kättesaadava teabe alusel on võimestumise strateegiatel töös sotsiaalselt

tõrjutud ühiskonnagruppidega suur potentsiaal. Kuigi osalusprotsessid on võimestumise aluseks, ei ole osalus üksipäini piisav, kui strateegiad ei suurenda ühtlasi suutlikkust astuda vastu osavõtmatutele või rõhuvatele institutsioonidele, et korvata võimu ebaühtlast jaotumist.

Tõhusad võimestumise strateegiad sõltuvad niisama palju asjassepuutuvatest inimestest ja juhtidest kui sellest üleüldisest kontekstist, milles neid ellu viiakse. Tervisedenduse programmid, milles plaanitakse tervise parendamiseks kasutada võimestumise strateegiaid, peaksid võtma arvesse järgmisi soovitusi.

1. Integreerida kõige tõhusamaks osutunud võimestumise strateegiad programmi üldisesse mudelisse, näiteks:
 - kodanike oskuste, teabe ja vahendite kättesaadavuse suurendamine;
 - väikeste gruppide kasutamine, mis süvendavad kriitilist teadlikkust, et luua toetavaid keskkondi ja tugevamat kogukonnatunnet;
 - kogukonna tegutsemise soodustamine kollektiivse osaluse abil otsustusprotsessis ning kõigis planeerimise, elluviimise ja hindamise etappides, tavakodanikest abiliste/juhtide kasutamine, eestkoste- ja juhtimisalane koolitamine ning organisatoorse ja koostöösuutlikkuse arendamine;
 - tervisttoetava riikliku poliitika tugevdamine organisatsioonilise ja organisatsioonidevahelise tegevuse abil, võimu ja otsustusõiguse üleandmine sekkumiste osalistele ning valitsuse ja muude institutsioonide läbipaistvuse ja aruandekohustuse edendamine/nõudmine;
 - kogukonna vajaduste määratlemine kogukonna liikmete poolt, seal hulgas terviseteenuste tarbijatena.
2. Tugineda teistele edukatele strateegiatele, eriti neile, mis on suunatud tõrjutud ühiskonnagruppidele, nagu noored, HIVi/AIDSi riskirühm, naised ja vaesed. Need strateegiad toetavad osalust, mis edendab autonoomiat ja otsustusõigust, kogukonnatunnet ja sotsiaalset suhtlust ning sisemist võimelisust, mis võivad muuta inimeste elutingimusi.
3. Tugineda edukatele strateegiatele, mis on suunatud patsientidele ja pereliikmest hooldajatele, orienteerimaks terviseteenuseid ümber nõnda, et patsiente ja perekondi vaadeldakse partneritena tervise parendamises.
4. Soodustada võimestumise domeenide indikaatorite täiustamist.

5. Soodustada terviseala ja arenguabi professionaalide, teenusepakkujate, poliitiliste otsustajate ja kogukonnajuhtide koolitamist kogukonna võimestumise strateegiate, kogukonna aktiivset osalust hõlmava uuri-mistöö ja osavõtul põhineva hindamise vallas (Wallerstein, 2006).

Mitmed muudki tõendid osutavad võimestumise ja tervise tulemite vahel esinevale seosele. Neid seosed on määratletud kogukonna võimestumise mõjusfääradena ehk domeenidena (Laverack, 2001). Nimetatud domeenid esindavad kogukonna võimestumise protsessi neid aspekte, mis võimaldavad üksikisikutel ja rühmadel sotsiaalsete ja poliitiliste muutuste nimel organiseeruda ja mobiliseeruda. Võimestumise domeenid on: osalemine, organisatsioonilised struktuurid, kohalik juhtimine, ressursside mobiliseerimine, miks-küsimuse esitamine, probleemide hindamine, sidemed teiste inimeste ja organisatsioonidega ning koostööpartnerite ja programmi eestvedajate roll. Need domeenid on kasulikud moodused kogukonna võimestumise kontseptsiooni avamiseks ning võimestumise ja tervise tulemite vahelise seose näitamiseks. Järgnevalt on esitatud tõendeid võimestumise iga domeeni ja paranenud tervise vahelise seose kohta (Laverack, 2006 b).

Osalus ja paranenud tervise tulemid

Vaid üksikutel uuringutel on õnnestunud mõõta kogukonna osaluse positiivset mõju tervisele. Sellegipoolest saavutavad üksikisikud oma tervise eesmäärke suurema tõenäosusega, kui neil on võimalik osaleda tegevustes koos teiste inimestega, keda mõjutavad samad või sarnased olud, et suurendada omavahelist usaldust ja usaldust ühiskondlike institutsioonide vastu (Brehm ja Rahn, 1997). Näiteks osalusel ja kogemusel põhineva õppe kasutamine Nepali vaese maapiirkonna naisterühmades viis vastsündinute ja emade suremuse vähenemiseni (Manandhar et al., 2004). Selgus, et rühmades, kus korraldati sekkumine, pakuti naistele sünnituseelset hooldust, haiglasünnitust, väljaõppinud ämmaemandat ja hügieenilisemat hooldust, mille tulemusel paranesid sünnitulemused. Rühmades osalemise tõttu suutsid need naised paremini määratleda, analüüsida ja seejärel teiste abil väljendada oma muresid sünnitusega seoses ning vastavalt tegutseda. Osaluse eelis seisnes selles, et see tugevdas suhtevõrgustikke ja parandas sotsiaalset tuge naiste vahel ning naiste ja tervise teenuse pakkujate vahel.

Osalemine ühiste huvidega rühmades võib aidata üksikisikutel konkureerida piiratud ressursside nimel ja suurendada isikliku kontrolli tunnet oma elu üle. Näiteks on mitmed hiljutised uuringud (Everson et al., 1997;

Odedina et al., 2000; Lupton et al., 2005) näidanud seost patsientide psühholoogilise võimestumise (sisemine võimelisus) ja tervise vahel.

Organisatsioonilised struktuurid ja paranenud tervise tulemid

Kogukonna organisatsioonid pakuvad oma liikmetele võimalust omandada oskusi ja pädevust, mis on vajalikud liikumiseks soovitud tervise tulemite saavutamise suunas. Individuaalsel tasandil hõlmab see eneseabirühmi, mis pakuvad teadmisi, oskusi ja sotsiaalset tuge sellistes küsimustes nagu suitsetamisest loobumine, toitumine ja kehaline treening. Kollektiivsel ja organisatsioonilisel tasandil hõlmavad need oskused planeerimist ja strateegiate väljatöötamist, meeskonnatööd, suhtlemisvõrgustike loomist, läbirääkimist, vahendite kogumist, turundust ja projektide kirjutamist. Kastis 3.1 toon näite tervise tulemitele suunatud võimestumise kohta Lääne-Samoa naisterühmades.

Kast 3.1 Tervise tulemitele suunatud võimestumine Samoas

Riiklik programm, mis oli suunatud naiste tervisevajadustele Lääne-Samoa Polüneesias, lõi kogukonnapõhise eneseabivõrgustiku, mis põhines paikkonna toel ja õendusabil ning tegutses naiste tervisekomiteede (NTKde) kaudu. NTKd olid mainekad organisatsioonid, mida kõik naised aktiivselt külastasid. Valitsus toetas nende kogukondlike organisatsioonide arengut vahendite eraldamise, koolituste ja tervishoiutöötajate regulaarsete külastustega. Eesmärk oli arendada nende liikmete oskusi ja pädevust laste hooldamise, rinnast võõrutamise praktika ja hügieeni vallas, mis olid eelnevalt tuvastatud väikelaste suremuse peamiste põhjustena.

Kõik NTKd kehtestasid oma külas hügieeniga seotud tervise-eeskirjad, mida pidid järgima kõik perekonnad. See programm ei parendanud mitte üksnes naiste tervist, vaid ka nende mõjuvõimu, aga ka võimet end organiseerida ja mobiliseerida ning koguda raha muude projektide tarvis. NTKd kujunesid kogukondades kõige suuremateks ja mõjukamateks rühmadeks ning neid kaasati üha enam erinevatesse kogukondlikesse küsimustesse. NTKd tuginesid võrdsuse ja võimestumise ideoloogiale, kuid mõnevõrra ironiilisel kombel saavutasid nad edu harjumuspärase ülalt-alla-võimu legitiimsuse kasutamisega (Thomas, 2001).

Kohalik juhtimine ja paranenud tervise tulemid

Üks näide selle kohta, kuidas kohalikud juhid võivad tervist mõjutada, pärineb kogukonna arenduse uurijalt Lucy Earle'ilt ja tema kolleegidelt seoses ühe Kesk-Ameerikas läbiviidud programmiga (Earle et al., 2004: 27). Ühe kogukonna külavanem oli kasutanud oma mõjuvõimu välisorganisatsioonilt abi saamiseks, kes pidi aitama paigaldada niisutus-torusid ja elektripumpa, et parandada kogukonna veevarustust. Kuid mitte kõik kogukonna liikmed ei olnud sellise arenguga rahul, iseäranis madala sissetulekuga naised. Pakutav vesi oli nende jaoks liiga kallis ja torud pandi maha viisil, mis oli külavanema perekonnale kõige soodsam. Ent nad ei tohtinud nuriseda, kuna külavanemaga tüllimine võis vaeste perekondade elatist tõsiselt ohustada. Näiteks pakkus külavanem lõikusajal ajutist tööd ning jaotas vaesematele elanikele jahu. Lisaks sellele, et külavanem oli kogukonnas mõjukal positsioonil, töötasid ka tema pojad kohalikus omavalitsuses. Külavanemal oli võimalik kasutada oma võimu teiste kogukonnaliikmete, eelkõige marginaliseeritud rühmade üle, et reguleerida ressursside jaotamist ja pääseda ligi otsustusprotsessidele.

Ressursside mobiliseerimine ja paranenud tervise tulemid

Kogukonna võime ressursse sisemiselt mobiliseerida ja väljastpoolt hankida viitab arenenud organisatoorsele võimele, kuid leidub vähe tõendeid, mis annaksid alust oletada, et sellest üksi piisab kogukonna sotsiaalse ja poliitilise võimu saavutamiseks. Samas leidub tõendeid, mis osutavad sellele, et ressursside mobiliseerimine ning paranenud kirjaoskus ja haridus, eriti naiste seas, võib arengumaades viia tervise tulemite paranemiseni (Bratt et al., 2002; Pokhrel ja Sauerborn, 2004).

Üks näide ressursside mobiliseerimise ja tervise paranemise vahelise seose kohta on ujumisbasseinide kasutamine Austraalia kõrvalistes maa-nurkades paiknevates põliselanike kogukondades. Selgus, et selle tulemusena vähenesid kõrva-, nina- ja kurguinfektsioonid (Carapetis et al., 1995) ning suurenes kogukonna üldine heaolu (Peart ja Szoeki, 1998). Avalikud ujumisbasseinid töötasid kõik kahjumiga ning kulud kattis täielikult või osaliselt valitsus, kuna neid nähti meelelahutuskohtadena, mis edendasid rahva tervist. Kogukonna elanikel olid väikesed sissetulekud ja juurdepääs vaid piiratud ressurssidele. Valitsus eeldas neilt basseini tööshoidmiseks vajaliku raha hankimist. Kogukonnad hakkasid koguma vähesel määral lisaressursse korjanduste ja basseini piletiraha kehtestamisega ning otsima kogukonnaväliseid ressursse muude finant-

seerimisallikate kaudu. Seeläbi mõjutas kogukonna võime mobiliseerida ressursse ujumisbasseinide jätkuvaks kasutamiseks selle liikmete tervist (Laverack, 2005).

Miks-küsimuse esitamine ja paranenud tervise tulemid

Näidet selle kohta, kuidas miks-küsimuse esitamine ehk kriitiline refleksioon võib mõjutada tervise tulemeid, pakub Photovoice (Fotohääl), mille töötasid välja Caroline Wang ja tema kolleegid (Wang et al., 1998). Photovoice kujutab endast protsessi, mille kaudu inimesed saavad oma kogukonda fotograafilise tegevuse abil määratleda, esindada ja täiustada. Inimeste kätte usaldatakse fotoaparaadid, et võimaldada neil toimida oma kogukonna jäädvustajatena ning sotsiaalse tegevuse ja muutuste potentsiaalsete katalüsaatoritena. Visuaalset pilti ja selle juurde kuuluvaid lugusid kasutatakse tõendite esitamiseks ning tõhusa aktiivse osalemise soodustamiseks, et luua tervisttoetavat poliitikat.

Photovoice'i kasutavad kogukonnad läbivad kolmest etapist koosneva fotode analüüsimise protsessi.

- Esimene etapp, valik – kogukonna probleeme ja eeliseid kõige täpselt peegeldavate fotode valimine. Et inimesed saaksid arutlust juhtida, teevad valiku nemad. Nad valivad igalt filmirullilt välja fotod, mida peavad kõige tähendusrikkamaks või mis neile lihtsalt kõige rohkem meeldivad.
- Teine etapp, kontekstualiseerimine – lugude rääkimine fotode tähenduse kohta. Osalusest võrsub välja ka teine etapp, kontekstualiseerimine ehk lugude jutustamine. See toimub rühmaarutelu käigus, millele viitab akronüüm VOICE: voicing our individual and collective experience (meie individuaalse ja kollektiivse kogemuse väljendamine). Fotod üksi, kui neid vaadeldakse väljaspool nende häälte ja lugude konteksti, ei vasta Photovoice'i olemusele. Inimesed kirjeldavad oma piltide tähendust väikeste ja suurte rühmaarutelude käigus.
- Kolmas etapp, kodifitseerimine – esilekerkivate probleemide, teemade või teooriate määratlemine. Osaluslik lähenemine omistab üksikutele piltidele mitmeid tähendusi ja loob sellega aluse kolmandale etapile, kodifitseerimisele. Selles etapis võivad osalejad tuvastada kolme tüüpi mõõtmeid, mis dialoogi käigus esile kerkivad: probleemid, teemad ja teooriad. Üksikisik või rühm võib kodifitseerida probleeme, kui lahendamist vajavad mured on pragmaatilist, vahetut ja käegakatsutavat

laadi. See on analüüsi kõige otsesem rakendus. Üksikisik või rühm võib kodifitseerida ka teemasid ja arengusuundi või jõuda teooria-teni, mis põhinevad piltide süstemaatilisel analüüsil (Photovoice, 2006).

Kastis 3.2 on toodud näide selle kohta, kuidas Photovoice'i on kasutatud emade ja laste tervise parendamiseks.

Kast 3.2 Photovoice emade ja laste tervise parendamiseks

See Photovoice'i projekt korraldati Contra Costas, suures majanduslikult ja etniliselt kirjus maakonnas San Francisco lahe piirkonnas. Kuuskümmend maakonna elanikku vanuses 13–50 osales kolmes tööetapis, mille käigus kohalik tervisetaliitus tutvustas neile Photovoice'i tehnilisi võtteid ja tööprotsessi. Elanikele jagati välja ühekordselt kasutatavad fotoaparaadid ja neid õhutati tegema pilte, mis peegeldaksid nende vaateid kogukonna tugevate ja nõrkade külgede kohta perekonna, emade ja laste tervise (ELT) vallas, misjärel nad osalesid rühmaaruteludes oma fotode teemal. Korraldati kogukonnaüritusi, et osalejad saaksid harida ELT-töötajaid ja kogukonnajuhte.

Photovoice'i projekt andis ELT töötajatele teavet, millega täiendada olemasolevaid kvantitatiivseid sünniandmeid, ja aitas mõista peamisi ELT-alaseid küsimusi, mille lahendamist kogukonna elanikud soovisid. Osalejad tundsid muret eelkõige laste turvaliste mängupaikade ja kogukonna keskkonna parendamise vajaduse pärast maakonna erinevates naabruskondades. See, kuidas osalejad määratlesid perekonna- ja ELT-alaseid tugevaid ning nõrku külgi, erines ELT professionaalide määratlustest (üldjuhul madal sünnikaal, emade suremus ja teismee raseduste ennetamine) ning see aitas ELT töötajatel oma prioriteete laiendada ja nende hulka arvata peamised elanikke huvitavad küsimused.

ELT töötajad kasutasid Photovoice'i kui aktiivset osalemist sisaldavat uuenduslikku uurimismetoodikat, et haarata kogukonnaliikmed vajaduste hindamise, võimaluste kaardistamise ja programmi planeerimise protsessi ning leida poliitilistelt otsustajatelt toetust strateegiatele, mis edendavad perekonda ja ELTd, lähtudes rohujuuretasandilt (Wang ja Pies, 2004).

Probleemide hindamine ja paranenud tervise tulemid

Soovitud tervise tulemite saavutamiseks ei pea tingimata alustama kogukonna võitlemisest terviseprobleemidega, vaid tegevustega, mis on suunatud mitmetele isiklikele, sotsiaalsetele, majanduslikele ja keskkonnateguritele. Põhiline on see, et praktikud peavad olema valmis kuulama,

mida kogukonnaliikmed soovivad. Neile ei pruugi tingimata meeldida see, mida nad kuulevad, aga nad peavad pühendunult edasi liikuma ja nendest küsimustest lähtuma. Motivatsioon tervise parendamiseks peab tulema kogukonna seest, mitte kogukonnaväliselt „eksperdilt“. Programmi sisendid, nagu haridus ja väljaõpe, võivad mängida rolli tervise tulemite parendamises, kuid need peavad alati aitama lahendada probleeme, mida kogukond peab oma vajaduste seisukohast oluliseks (Syme, 1997).

Üheks näiteks on terviseprogramm, mis viidi läbi Indias, et parendada Gujarati maanaiste elu. Esmalt palusid ja said naised endale pliigid, mis vähendasid suitsu hulka nende väikestes umbsetes hüttides. Sellele esialgsele probleemile lahenduse leidmine aitas naistel edasi minna ja nimetada teisi tervisega seotud probleeme oma kogukonnas, nagu näiteks emade ja laste terviseasutuste ning tervishoiutöötajate günekoloogilise väljaõppe kehv kvaliteet (Rifkin, 2003).

Sidemed teistega ja paranenud tervise tulemid

Sidemed teistega näitavad võimet luua suhteid väljaspool kogukonda, sageli ühiste huvide alusel. Partnerlussuhete loomine on oluline samm võimestumise suunas ja võib piiratud ressursside ühendamise ning kollektiivse tegutsemise kaudu viia ka tervise tulemite paranemiseni.

Aasia Tervisefoorum (Asian Health Forum) Inglismaal Liverpoolis avastas, et selles piirkonnas kannatavad paljud Aasia naised depressiooni ja isoleerituse all. Tervishoiutöötaja käis nendega vestlemas ja tegi seejärel ühele vabaajakeskusele ettepaneku korraldada ujumiskursusi. Kursuste korraldus tagaks privaatsuse – näiteks oleksid aknad pimendatud ja kursust juhendaksid teised naised. Aasia naiste ja vabaajakeskuse vahel tekkinud partnerluse abil suudeti organiseerida iganädalased kursused ja rahastada naisjuhendaja palkamist. Kursused osutusid väga populaarseks ning ajagraafikud tuli ümber korraldada, et vältida kattumist basseini muude kasutusotstarvetega ja leida koht Aasia uujate väikestele lastele. Kursustel oli naistele positiivne tervisemõju tänu kaalu langetamisele ja eelkõige tänu regulaarsest kehalisest treeningust tingitud suurenenud heaolutundele. Lõpuks sai tervishoiutöötaja delegeerida osa kursustega seotud kohustustest asjaosalistele ning pikkamisi hakkasid need huvituma ka teistest spordialadest, mis tõi kaasa Aasia naiste valikuvõimaluse suurenemise (Jones ja Sidell, 1997).

Kogukonnaväliste ekspertide roll ja paranenud tervise tulemid

Tervisedenduse praktika on tavaliselt professionaalselt juhitud, näiteks valib praktik või tema asutus välja need üksikisikud, grupid ja kogukonnad, kellega nad hakkavad töötama, nagu ka rakendatavad meetodid. Ka võimestumise protsessi algatamist ning edasist suunamist juhitakse sageli professionaalselt. Praktikud, kes on suuremal võimupositsioonil, töötavad selle nimel, et aidata teistel, kes on suhteliselt võimetud, saavutada suuremat kontrolli.

On tõestatud, et individuaalne kontroll, mis on osalt tingitud inimeste positsioonist struktuurilises ja sotsiaalses hierarhias, avaldab mõju nende tervisele ja heaolule. Programmi kontekstis tekib küsimus, kui suure kontrolli jätab väline osapool (praktik või asutus) kogukonnale programmi kavandamisel, elluviimisel, juhtimisel, hindamisel, rahaliste vahendite üle ja korralduses. Kogukond peab programmi tunnetama endale kuuluvana ning see peab omakorda käsitlema kogukonda huvitavaid küsimusi.

Näide selle kohta pärineb Suurbritannias asuva Oldhami linna terviseasutuselt, mis asutas „kohalike häälte” juhtkomitee, eesmärgiga kaasata kohalikke inimesi tervisega seotud tegevustesse. Komitee koosnes ühe vaesema elamurajooni erinevate ametite, kogukonnaseltside ja valitsusasutuste esindajatest. Komitee otsustas kasutada sõltumatut konsultanti, et hinnata osaluse vajadusi. Kogukonna liikmeid kutsuti koosolekutest osa võtma ja oma muresid teatavaks tegema. Selleks korraldati lastehoid ja transport ning koosolekuid peeti kogukonnale sobivatel aegadel. Suurtele koosolekutele järgnesid sageli väikesed rühmaarutelud, et saada kogukonnaliikmetelt täiendavat teavet tegurite kohta, mis nende arvates nende tervist mõjutavad. Need esialgsed diskussioonid viisid küsimustiku väljatöötamiseni, mille võtsid kasutusele väljaõpinud intervjuerijad ükselt-uksele küsitlusloenduses. See protsess hõlmas kogukonnas töötavate ja elavate inimeste suhet välise osapoole, st konsultantide tegevuste koordineerimiseks, et pakkuda konkreetset tehnilist sisendit (Smithies ja Webster, 1998). Oluline oli see, et kogukonnavälised eksperdid said koguda teavet viisil, mis oli kõigile esindajatele vastu võetav, ning see võimaldas kogukonnal astuda muutuse saavutamiseks vajalikke samme.

Inimeste võimestamine tervisemõjuritega tegelemiseks

Üks märkimisväärne erinevus kahe põhidokumendi, Ottawa harta (WHO, 1986) ja Bangkoki harta (WHO, 2005) tervisedenduse määratluse vahel seisneb suhtumises tervisemõjuritesse. Bangkoki harta tunnistab tervisemõjurite tähtsust, öeldes, et „tervisedendus on protsess, mis võimaldab inimestel suurendada kontrolli oma tervise ja selle mõjurite üle“ (WHO, 2005: 1). Tervisemõjuritest hakati rohkem rääkima pärast Ottawa harta vastuvõtmist ning need kujutavad endast mitmesuguseid isiklikke, majanduslikke ja keskkonnategureid, mis määravad ära indiviidide või ühiskonnagruppide tervises seisundi. Tervisemõjureid on põhjalikumalt käsitletud Marmoti ja Wilkinsoni raamatus (1999), mis uurib nende elupõlist tähtsust järgmiste punktide põhjal (Wilkinson, 2003).

- *Sotsiaalne hierarhia*: sotsiaalse skaala madalamatel astmetel paiknevate inimeste eeldatav eluiga on lühem ning nad kannatavad haiguste ja tervisehäirete all tõenäoliselt kaks korda sagedamini kui ühiskonna ülemistes kihtides asuvad inimesed. See mõjutab inimesi kogu ühiskonna lõikes – näiteks keskklassi kuuluvate kontoritöötajate seas on madalama astme ametite pidajad halvema tervisega.
- *Stress*: inimesed, kes on murelikud ja ärevad ning ei suuda iseendaga psühholoogiliselt toime tulla, kannatavad stressi all, mis võib pikemas perspektiivis kahjustada nende tervist – näiteks tekib kõrge vererõhk, ajurabandus või depressioon – ja põhjustada enneaegset surma. Stressi võivad põhjustada inimese elu mitmed asjaolud, kuid mida madalam on inimese positsioon sotsiaalses hierarhias, seda levinumad need probleemid on.
- *Elu algusaastad*: aeglane füüsiline areng ja vähene emotsionaalne toetus võivad põhjustada eluaegset halba tervist ja nõrgenenud psühholoogilist toimimist täiskasvanueas. Loote arenguhäired, mis on seotud näiteks ema stressi ja sõltuvusega või kehva sünnieelse hoolitsusega, kujutavad endast hilisemas elus terviseriski.
- *Sotsiaalne tõrjutus*: sotsiaalse tõrjutuse kujunemises võivad mängida rolli vaesus, diskrimineerimine ja rassism. Kõik need protsessid takistavad inimestel saamast osa tervise- ja haridusteenustest, kahjustavad psüühikat ning võivad lõppeda haiguste ja enneaegse surmaga.
- *Töö*: olgugi et töölkäimine on üldiselt tervislikum kui töötus, suurendab tööalane stress kehva tervise, näiteks seljavalu, töölt haiguse tõttu puudumise ja südame-veresoonkonna haiguste riski. See mõju aval-

dub selgemini, kui inimestel puudub tööil võimalus oma oskusi rakendada ning kui neil on vähene otsustusõigus.

- *Töötus*: tööga seotud kindlustunne parandab tervist, samas kui töötus või mure töökoha kaotamise pärast võib põhjustada haigusi ja enneaegset surma. Töötuse mõju tervisele on seotud psühholoogiliste teguritega, nagu võlamuredest tingitud ärevus.
- *Sotsiaalne toetus*: sõbrad, head sotsiaalsed suhted ja toetavad suhtevõrgustikud võivad tervist parendada. Inimesed on tervemad, kui nad tunnevad, et neist hoolitakse, et neid armastatakse, tunnustatakse ja hinnatakse. Seevastu inimesed, kelle elus need tegurid puuduvad, kannatavad halva tervise all ja võivad enneaegselt surra.
- *Sõltuvus*: alkoholisõltuvus, ebaseaduslike narkootikumide tarvitamine ja suitsetamine ei ole mitte üksnes kehva sotsiaalse ja majandusliku olukorra tunnused, vaid ka halva tervise olulised tegurid. Inimesed võivad astuda sõltuvussuhtesse, et leida ajutist leevendust ränkadele sotsiaalsetele ja majanduslikele tingimustele ning stressile, kuid selle tulemusel kannatab pikemas perspektiivis nende tervis.
- *Toit*: korralik toitumine ja piisav toiduvaru mängivad tervise ja heaolu juures olulist rolli. Kehv toitumine võib põhjustada alatoitumust ja erinevate toitainete puudulikkust, mis võivad soodustada näiteks vähi ja diabeedi teket ning põhjustada rasvumist. Kehva toitumist seostatakse sageli inimestega, kes paiknevad sotsiaalse hierarhia alumistel astmetel.
- *Transport*: sõltumine mootortranspordist on toonud kaasa inimeste vähese kehalise liikumise, surmaga lõppevate õnnetuste sagenemise ja saaste suurenemise. Muud liikumisviisid, nagu jalgrattasõit ja kõndimine, suurendavad kehalist koormust ning aitavad inimestel vähendada rasvumist ja haigusi, nagu diabeet ning südamehaigused.

Riskiva käitumisega või kehvades elutingimustes elavad inimesed on mõjutatavad majanduse ja poliitika poolt ning neil esineb rohkem haigusi, suurenenud on risk noorelt surra ja heaolu on väiksem (Wilkinson, 2003). Tervisemõjurid näitavad kätte need spetsiifilised valdkonnad, kus poliitika ja praktika võivad inimeste elusid mõjutada.

Järgnevalt kirjeldan oma lapsepõlvkogemusi, et illustreerida neid tegureid, mis mõjutavad tervisemõjureid igapäevaelus.

Ühe poisi elu: tervisemõjurid igapäevaelus

Ma sündisin töölisklassi vanemate esimese lapsena. Minu isa oli veokijuht ja ema koristaja. Mõlemad minu vanemad suitsetasid ja tarvitasid alkoholi ning ma sündisin enneaegselt ja madala sünnikaaluga. Veetsin oma elu esimesed kaks nädalat haigla inkubaatoris. Pärast haiglast lahkumist elasime üürikorteris, minu ema toitis mind rinnaga ja minust sai kiiresti aktiivne põngerjas. Me sõime tavapäraselt inglise töölisklassile omast rasvast toitu, mis sisaldas vähe kiudaineid ja palju suhkrut ning ei olnud kuigi mitmekesine. Meie tervishoiu- ja hambaraviteenuse kasutamise võimalused sõltusid valitsuse toetusest ning 5–7-aastase lapsena kannatasin mitmete krooniliste haiguste käes, nagu hambakaaries, kõrva-, nina- ja silmainfektsioonid, palavik ja kurgupõletik. Mõnikord ei leidnud ema aega minu viimiseks hamba- või muude arstide juurde ning minu vaevusi lihtsalt eirati, kuni need muutusid tõsisemaks. Seetõttu pidin koolist sageli puuduma, et paraneda.

Minu vanemad tülitsevad sageli ja see muutis koduse keskkonna pingeliseks. Ainsa lapsena ei olnud mul peres kedagi teist, kellelt saada sotsiaalselt tuge, ning seetõttu veetsin üha rohkem aega perest eemal koos teiste perede lastega. Kui olin seitsmeaastane, minu olukord halvenes. Mu vanemad läksid lahku. Kolisin koos emaga elama kuskile mujale, oma isast kaugemale, esialgu ühte teise perekonda (seal oli palju inimesi ja pingeline õhkkond ning ma tundsin end soovimatuna) ja seejärel ühte pisi-tillukesse majja. Majjas puudusid küte, tualettruum ja vannituba ning seal oli röske.

Uues koolis oli mul raskusi sõprade leidmisega. Seal käis palju töölisklassi lapsi, kellest mitmed kasvasid, nagu ma isegi, üles rasketes oludes ühiskonna madalamas klassis. Kooli personal ei olnud võimeline tulema toime minu õpiraskusega ega seda isegi mitte märkama. Ma kannatasin teatud laadi düsleksia all ning seda ei diagnoositud, kuna puudus juurdepääs korralikele haridusasutustele. Seetõttu olid minu õpitulemused nigelad ning mind pandi ühte klassi teiste „probleemsete“ või „õpiraskustega“ õpilastega. Paljud minu klassikaaslased tegid koolist poppi, kuna neil oli kõrini tundidest või sellest, et õpetajad neid rumalatena kohtlesid. Väljaspool kooli tegid mu sõbrad pättust, mis hõlmas tihtilugu vara kahjustamist või pisivargusi. Kümnendaks eluaastaks oli mul juba politseiga sekeldusi ning mind hakati pidama probleemsest perest pärit kraaklejaks ja halvaks õpilaseks. Ma muutusin kergeks sihtmärgiks süsteemile ja kõrgemast sotsiaalsest klassist peredele, kes pidasid mind ühiskonna-vaenuliku käitumise eest vastutavaks. Mind jäeti välja üritustest, millest võtsid osa teised lapsed. Inimesed arvasid, et mul puudub tulevik ja et ma lõpetan töötuna või vanglas.

Minu ema pidi töötama kahel halvasti tasustatud töökohal, et meid ülal pidada, kuid pere sissetulek oli sellegipoolest väiksem kui siis, kui elasime koos isaga. Me sõltusime teistest inimestest ja senisest veelgi enam valituse toetusest. Auto, uute rõivaste ega puhkuseraiside jaoks raha ei jätkunud. Kaheteistkümnendaks eluaastaks oli minust saanud tüüpiline vanemliku järelevalveta laps, kes mängis hiliste õhtutundideni õues ning tuli siis tühja koju ja läks magama, samal ajal kui ema pidi baaris töötama. Sellest hoolimata jäime me ühtseks perekonnaks ning minu lapsepõlvemälestused on head ja õnnelikud. Meil oli sõprade võrgustik ja tugi, kellest paljud olid minu emaga sarnases olukorras, kasvatades üksi lapsi. Meie köögist kujunes kohtumispaik, kuhu inimesed astusid sisse, et juua teed ja rääkida oma probleemidest koduvägivalla, alkoholi ja võlgadega. Stress, sõltuvused, sotsiaalne tõrjutus, töötus ja madal sotsiaalne staatus olid osa igapäevaelust.

Kas minu olud põhjustasid ebavõrdsust? Kas need kahjustasid minu tervist? Nii üksikisikuna kui ka pereliikmena oli mul oma oludes vähe valikuvabadust ja kontrolli. Ma elasin koos emaga üks päev korraga, peaaegu peost suhu; tundmatust peljates ei teinud me kaugeleulatuvaid plaane, vaid toimisime nõnda, nagu seda tegid inimesed meie ümber. Kõik meie sõbrad ja sugulased asusid sotsiaalses hierarhias madalal positsioonil ning olid seega nagu me isegi poliitilises ja majanduslikus mõttes ebasoodsas olukorras.

Me kannatasime emaga ebavõrdse sissetuleku, hariduse ja tervise tõttu, võrreldes perekondadega, kes paiknesid sotsiaalse skaala kõrgemal astmel. Ebavõrdus tervises väljendus üldjoontes kolmel moel.

1. *Ebavõrdne juurdepääs arstiabile.* Mõnel inimesel on raske pääseda ligi esmatasandi tervishoiuteenustele, näiteks pidi minu ema töötama kahel töökohal ning tal oli keeruline viia mind kliinikusse hamba- või muude arstide vastuvõtule.
2. *Ebavõrdsed tervise tulemid.* Eeldatav eluiga sünnimomendil on erinevates sotsiaalmajanduslikes rühmades erinev. Näiteks oli minu eeldatav eluiga lühem kui keskklassi perekonda ja haritud vanematele sündinud poisil.
3. *Ebavõrdsed tervisemõjurid.* Erinevad inimesed kogevad tervisemõjureid väga erinevalt. Need erinevad tegurid (nagu puue, üksikvanemaga perekond, kooli kvaliteet, sissetulek, eluaseme vanus, liiklusvahendi tüüp) võivad mõjutada tervist. Mina käisin kehvast koolist, elasin mugavusteta majas, sõltusin ühistranspordist ja kasvasin üksikvanemaga perekonnas. Sellises olukorras ebavõrdsus kinnistub. Nende kogemuste kuhjumisel tekkis nn lumepalliefekt, nõnda et kombineeritult avaldasid need minu ja mu ema elule suuremat mõju.

Meditsiin on aidanud olulisel määral pikendada eluiga ja parandada välja-vaateid pärast rasket haigust, kuid elanikkonna halva tervise põhjused on enamasti sotsiaalsed, poliitilised, majanduslikud ja keskkonnaga seotud. Need mõjurid peegeldavad meie eluviisi ning tulevad ja lähevad märksa kiiremini kui meditsiinilised tegurid. See on peamine põhjus, miks eeldatav eluiga on viimaste sugupõlvade jooksul pikenenud ja miks mõnes riigis on rahva tervis paranenud, samas kui teistes ei ole. Samuti seletab see, miks ebavõrdsus tervises on kasvanud – näiteks on lõhe rikaste ja vaeste ühiskonnagruppide tervise vahel süvenenud (Wilkinson, 2003).

Tervisemõjureid on palju ja need mõjutavad üksteist ning traditsiooniliselt keskendub tervisedendus nendele teguritele, mis on muudetavad – nagu käitumine, eluviis, sissetulek ja füüsiline keskkond (WHO, 1998). Ent tervisemõjuritega tegelemise ja ebavõrdsuse vähendamise võti peitub võimu ümberjaotamises ning meie ühiskonda ja tööpraktikat iseloomustavate ebavõrdsete võimuvahetõrgete muutmises.

Neljandas peatükis käsitletakse tervisedenduse programmide olemust ja pakutakse välja strateegia, mis võimaldab integreerida võimestumisele suunatud meetodid tavakohastesse ülalt-alla-lähenemisega tervisedenduse programmidesse.

4. Võimestumine ja tervisedenduse programmid

Tervisedendust juhivad suuresti riigiasutused või valitsuse poolt rahastatavad valitsusvälised organisatsioonid, nagu näiteks MTÜ-d. Tervisedenduse praktikud palgatakse jagama teavet, vahendeid ja teenuseid ning sageli nähakse neid välise osapoolena. Praktiku all võib mõelda üksikisikut, nagu terviseõde või organisatsiooni, näiteks terviseasutust või ettevõtet. Nende sihtgruppide hulka kuuluvad erinevad inimesed, kes saavad tervise edendamiseks mõeldud teavet, vahendeid ja teenuseid – näiteks üksikisikud, asjassepuutuvad inimrühmad, nagu näiteks elanikud, ja kogukonnapõhised organisatsioonid, mis on moodustatud mingi kinda küsimuse lahendamiseks (Laverack, 2005).

Tervisedenduse programme juhitakse professionaali poolt ning enamasti valib just praktik või tema asutus välja programmi mudeli ning selle rakendamise ja hindamise viisid. See tähendab ka sihtgruppide (klientide) ja nendeni jõudmise meetodite valikut. Niisamuti suunab praktik tihtilugu programmi algatust, selle käigus rakendatavaid võimestumise strateegiaid ja motivatsiooni selle juhtimises. Siit tuleneb tervisedenduse praktika põhiline takistus: käsitletavat probleemi määrab tavaliselt väline osapool, mitte üksikisik, grupid või kogukonnad ise.

Tervisedenduse programmid hõlmavad võimuvahekorda erinevate asjaosaliste vahel (vt kast 4.1). See valitseb ühest küljest riiki esindava praktiku ja tema asutuse ning teisest küljest tema sihtgruppide, nende inimeste, gruppide ja kogukondade vahel, kellega ta kodanikuühiskonna piires töötab. See tõstatab küsimuse, kuidas praktikud ületavad lõhe riigi ja kodanikuühiskonna vahel. Programmi praktikud on suhtelisel võimu-

Kast 4.1 Asjaosaliste määratlus

Asjaosalised on inimesed, grupid või organisatsioonid, kellel on programmi vastu mingi huvi või keda programm mõjutab. Esmased asjaosalised, ehk kasusaajad, on need inimesed, keda programm otseselt mõjutab ja kellele see on enamasti suunatud, näiteks kogukond. Sekundaarsed asjaosalised on inimesed või organisatsioonid, kellel on programmi elluviimises mingi vahendav roll. Need on välised osapooled – näiteks tervisedendajad, valitsus või valitsusvälised organisatsioonid. Väline osapool võib olla ka esmane asjaosaline – näiteks tervishoiutöötajad, kes elavad kogukonnas ja kes on määratud programmi sekkumisi kogukonnas juhtima (Laverack, 1999).

positsioonil, võrreldes oma sihtgruppidega, kes on suhteliselt võimetus seisundis. Enamasti kontrollib just praktik piiratud vahendite jaotamist, valib, kellele pakkuda väljaõpet, haridust ja nõustamisteenuseid, ning võib kasutada oma eksperdi võimu inimeste murede seaduspärastamiseks. Käesolevas raamatus tahan väita, et praktikute põhiline moodus riigi ja kodanikuühiskonna vahelise lõhe ületamiseks seisneb inimeste kaasamises jõudmaks võimestumise lahendusteni.

Tervisedenduse planeerimise paralleelsed protsessid

Praktikas tähendab tervisedendus kõige sagedamini tegevuste kogumit, mis viiakse ellu mingi programmi kontekstis. Enamasti juhib ja jälgib seda protsessi praktik ning see hõlmab ettevalmistamist, tegevuskava ja eelarve koostamist, heakskiitu, elluviimist, juhtimist ja hindamist. Ideaaljuhul tegeleb programm kasusaajate probleemidega, mis tehakse kindlaks kogukonnaga enne programmi elluviimist peetavatel aruteludel. Probleemid seatakse ja esitatakse prioriteetsuse järjekorras, mis on kõigile programmi asjaosalistele mõistetav. Programmi kava näitab neid probleeme selgete eesmärkidenä, millele on määratletud vastavad indikaatorid ning eelnevalt hinnatud riske ja võimalusi.

See, kuidas terviseprobleeme programmis käsitletakse ja määratletakse, on üks tähtsamaid küsimusi ning see võib toimuda kahel erineval viisil: ülalt alla või alt üles. Ülalt-alla-programmide puhul toimub probleemide tuvastamine ülemistes struktuurides, kust see liigub „alla“ kogukonnani. Alt-üles-programmide puhul on lugu vastupidine: kogukond teeb oma probleemid ise kindlaks ja annab neist teada inimestele, kellel on otsustusõigus. Ma kasutan selles raamatus meelega neid kaht mõistet, kuna need aitavad selgitada võimuvahekorda, mis tervisedenduse programmides eksisteerib. Meeles tuleks pidada, et mõisted „ülalt alla“ ja „alt üles“ iseloomustavad tervisedenduse praktika lähenemisi, mida kasutatakse selleks, et osutada programmimudelite olulistele erinevustele.

Neil kahel programmimudelil on sageli erinevad prioriteedid, mis tekitavad pinget alt-üles- ja ülalt-alla-lähenemise vahel. Praktik kasutab oma võimu, et suruda eelnevalt määratletud prioriteet kogukonnale vertikaalse ehk nn silo-programmi abil peale. Kogukond üritab läbi suruda tegevuskava, mis põhineb nende vahetutel probleemidel, mis ei pruugi kattuda praktiku leitud probleemidega. Ülalt-alla-programmide hulka kuuluvad peaaegu kõik terviskasvatusele ja mitme riskiteguri vähendamisele suunatud sekkumised; see on kõige levinum tervisedenduse

programmide raammudel. Alt-üles-programmimudeleid leidub vähem ja sageli eksisteerivad need osana laiemast ülalt-alla programmist. Ülalt-alla-programmide puhul nähakse kogukonna võimestumist madalama tasandi eesmärgina, mis keskendub üldjuhul tervise parendamisele või haiguste ennetamisele teadlikkuse tõstmise või käitumisviiside muutmise teel.

Järgnevalt võetakse vaatluse alla ülalt-alla- ja alt-üles-programmimudelite põhierinevused.

Kas programmil on fikseeritud või paindlik ajaraam?

Ülalt-alla-programmidel on paika pandud kindel ajaraam, üldjuhul üks kuni kolm aastat, et rahastav asutus saaks oma eelarvet kulutsüklite lõikes planeerida. Kogukonna võimestumise saavutamiseks kulub aga rohkem aega, enamasti viis kuni seitse aastat. Kogukonna palvet programmi kestust pikendada võib rahastav asutus võtta kui ohtu programmi eesmärkide täitmisele. Selle probleemi ületamiseks peaks programmi ajaraam olema paindlikum. Võib juhtuda, et mõned võimestumisega seotud tulemused saavutatakse suhteliselt kiiresti, mõne kuu jooksul. Ent kuna seda ei saa alati tagada, aitab protsessi hindamine tõendada võimestumise edukust juba piiratud ajavahemiku jooksul.

Kas käsitletavad probleemid määrab kindlaks kogukonnaväline ekspert või kogukond?

Nii kogukonnavälisel eksperdil kui ka kogukonnal on probleemküsimusi, millega nad soovivad tegeleda. Eksperti huvitavad küsimused tuginevad üldjuhul ülalt-alla-tegevustele, mis hõlmavad andmekogumise meetodeid, nagu epidemioloogilised uuringud ja süstemaatilised analüüsid – näiteks rasvumise vähendamine koolilaste hulgas vastavalt öenduspersonalilt saadud kliinilisele andmeanalüüsile. Kogukonnaliikmeid huvitavad küsimused põhinevad enamasti:

- nende vahetute vajaduste rahuldamisel, näiteks lasteaegade rajamine; ja/või
- tegelemisel probleemidega, mis on võrsunud ajaloolisest kontekstist, näiteks elanike mure kogukonna laste antisotsiaalse käitumise pärast.

Mõnikord on kogukonnavälist eksperti ja kogukonda huvitavad küsimused sarnased ning neid saab ühe programmi raames ühitada. Sagedamini huvitavad eksperti ja kogukonda aga erinevad küsimused, mistõttu tuleb leida kompromiss. Ülalt-alla-programmimudel is tähendab see enamasti kogukonna vajaduste eiramist. Paralleelsete protsesside mudeli kasutamine võimaldab ühe programmi raames tegeleda mõlemat poolt huvitavate küsimustega.

Kas kontroll programmi juhtimise üle kuulub kogukonnavälisele eksperdile või kogukonnale?

Tavapäraselt juhib ülalt-alla-programme kogukonnaväline ekspert. Kogukonnaliikmetelt oodatakse koostööd ja programmi panustamist vastavalt programmi juhtkonna antud juhiste le. Alt-üles-lähenemised kaasavad kogukonna teadlikult programmi juhtimisse, pakkudes väljaõpet ning andes üle üha enam vastutust selliste tegevuste eest nagu planeerimine, aruannete kirjutamine, eelarvestamine ja hindamine.

Kuidas programmi hinnatakse?

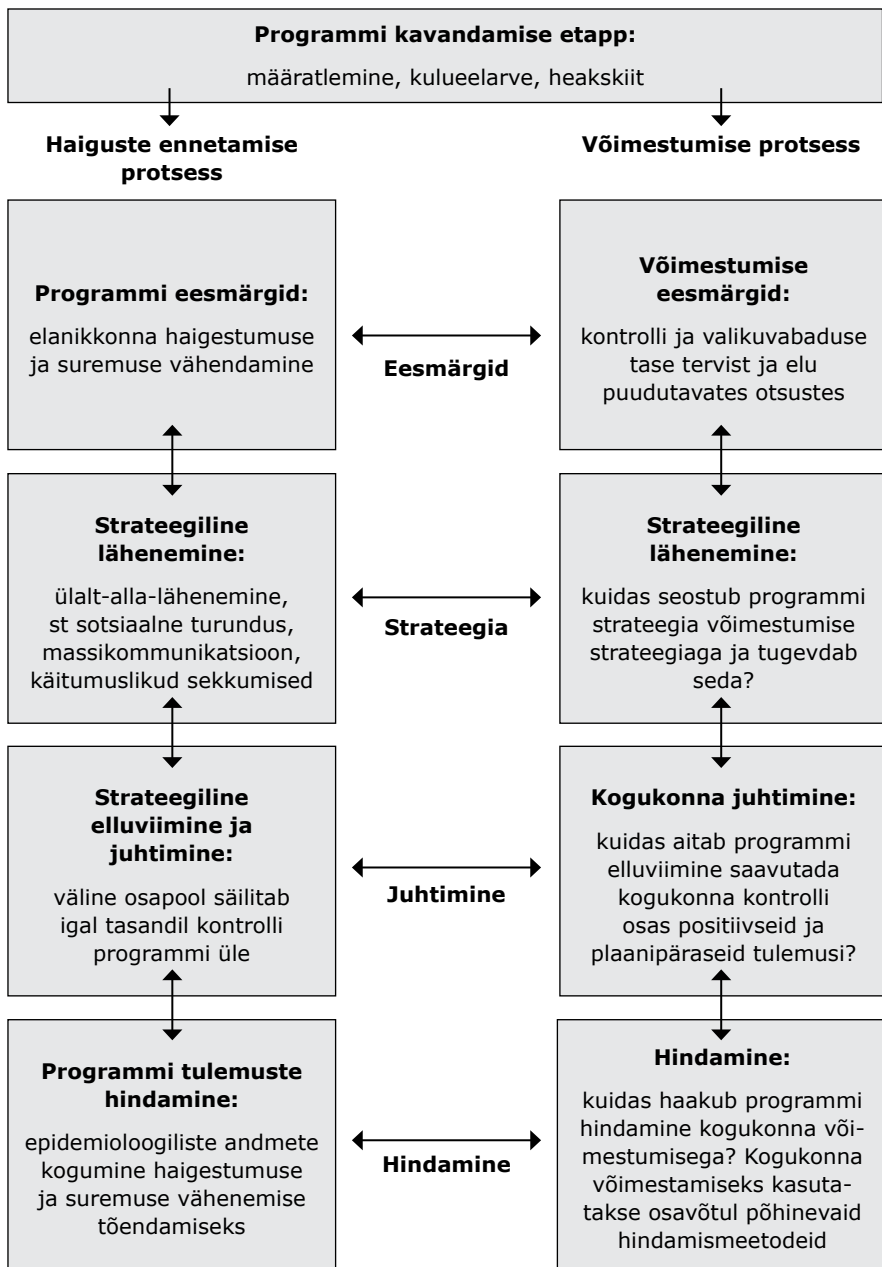
Kui hindamisel ollakse huvitatud eesmärkidest ja tulemustest ning seda korraldab koostööpartner või sõltumatud eksperdid, on üldjuhul tegemist ülalt-alla-lähenemisega. Kui hindamisel ollakse huvitatud suutlikkuse tõstmisest ja kogukonda aktiivselt kaasavatest protsessidest, toimub see enamasti alt üles. Võimestav hindamine kasutab tegevusi, mis hõlmab kogukonnaliikmete osalust, et panna neid protsessis kaasa rääkima ja arendada nende hindamisoskusi.

Praktikud seisavad silmitsi küsimustega, kuidas lülitada kogukonna võimestamise (alt-üles) lähenemised tervisedenduses domineerivatesse ülalt-alla-programmimudelitesse. See nõuab põhimõttelist muudatust selles, kuidas me tervisedenduse programme mõistame. Selle asemel, et vaadelda seda küsimust alt-üles- ja ülalt-alla-lähenemise vahelise pingena, võiks kogukonna võimestumise lülitamist ülalt-alla-programmi vaadelda pigem paralleelse protsessina, mis kulgeb kõrvuti põhiprogrammiga (vt joonis 4.1). Pinged kahe eri programmimudeli vahel ilmnevad sellisel juhul programmi tsükli igas etapis, mis hõlbustab nende lahendamist. Teoreetiliselt aitab see meie mõtlemisel liikuda edasi lihtsast alt-üles / ülalt-alla-dihhotoomiast. Praktilises mõttes kujutab see endast süstemaatilist moodust kahe eri programmimudeli ühitamiseks (Laverack, 2004).

Programmi põhieesmärk jääb samaks, nõnda et põhitähelepanu on tavapärasel ülalt-alla-küsimustel, näiteks haiguste ennetamisel. See tähendab, et programmi mudel vastab valitsuste ja rahastavate asutuste ootustele ning on seega nendele vastuvõetavam, kuid hõlmab siiski selgelt piiritletud osa suutlikkuse tõstmiseks ja võimestumiseks.

Kuigi enamik tervisedenduse programme põhineb ülalt-alla-lähenemisel, usuvad need, kes aktiivselt soovivad võimestavalt töötada, endiselt tervisedenduse potentsiaali ja kasutavad alt-üles-tegevust oma igapäevatöös. Tihtilugu ei tunnustata neid võimestavaid tegevusi programmi olulise osana ning neile ei pruugita eraldada piisavalt rahalisi vahendeid. Kui võimestavaid strateegiaid kasutatakse juba programmi ühe osana, võib neid paralleelse protsessi kaudu rohkem esile tõsta ja edasi arendada. Kui võimestamise strateegiad ei kuulu programmi mudelisse, annab paralleelsete protsesside struktuur praktikule märku, millal neid osi programmitsükli raames kasutada.

Järgnevalt toon ühe juhtumiuuringust pärineva näite selle kohta, kuidas paralleelsete protsesside mudelit saab kasutada võimestamise strateegiate lülitamiseks programmi igasse etappi (kavandamine, eesmärkide seadmine, strateegiline lähenemine, elluviimine ja hindamine). Näites kirjeldatakse programmi, mis on suunatud kõrge krooniliste haiguste riskiga polüneeslastele.



Joonis 4.1 Krooniliste haiguste programmi paralleelsed protsessid võimestumise saavutamiseks

Võimestava lähenemise lülitamine krooniliste haiguste programmidesse

Krooniliste haiguste ennetamise programmid on üldjuhul suunatud eluviisi ja käitumise muutustele, mis on seotud näiteks südame-veresoonkonna haiguste, diabeedi, rasvumise ja suitsetamisest loobumisega. Tervisedenduse-alane sekkumine põhineb epidemioloogilistel tõenditel ning see viiakse enamasti ellu ülalt-alla-põhimõttel, mida juhib väline osapool.

Metaboolne sündroom (ehk ainevahetussündroom ehk insuliiniresistentsuse sündroom) hõlmab organismi mitmeid samal ajal esinevaid ainevahetushäireid, nagu rasvumine, kõrge vererõhk, diabeet ja kõrge kolesteroolitase. Selle sündroomi all kannatab vähemalt iga viies ülekaalulistest inimestest ning see võib viia südame-veresoonkonna ja neeruhaigustesse haigestumise ning suremuse kasvuni. Tervisedenduse programmid on mõeldud aitamiseks kõrge metaboolse sündroomi riskiga inimestel oma eluviisi ja käitumist toitumise ning kehalise liikumise suhtes muuta.

Uus-Meremaal Aucklandis on südame-veresoonkonna haiguste ja isheemia näitajad 45-aastaste ning vanemate polüneeslaste seas pidevalt ja tunduvalt kõrgemad (umbes kaks korda kõrgemad) kui elanikkonna hulgas keskmiselt. Ühtlasi esineb mees- ja naissoost polüneeslastel rohkem diabeeti ning nende rasvumise, toitumise, kehalise aktiivsuse ja tubaka tarvitamisega seotud näitajad on kehvemad (terviseministerium ja Vaikse ookeani saarte ministerium, 2004).

Programmi kavandamise etapp

Põhiküsimus on järgmine: kelle käes on võim programmi elluviimise ja juhtimise osas (juurdepääs vahenditele ja otsustusõigus)?

Just kavandamise etapis pannakse paika praktiku või tema asutuse ja programmi ülejäänud asjaosaliste, iseäranis eeldatavate kasusaajate vaheline võimuvahetkord. Ülalt-alla-programmid on näide võimust kellegi üle, kus praktiku käes on kontroll programmi rahaliste ja muude materiaalsete vahendite üle. Tegemist on domineerimise ja mõjuvõimu vormiga, kus kontrolli rakendatakse ja soodustatakse programmi kaudu.

Paralleelsete protsesside planeerimine viib praktiku ülalt-alla-programmi juurest eemale, olukorda, kus võimu jagavad kõik asjaosalised. See määrab praktikule täpsema rolli, aidata inimestel saavutada võimu ja tegeleda küsimustega, mis mõjutavad nende elu ja tervist. Kavandamise etapis abistab praktik inimesi, et soodustada nende kaasatust ning aidata

neil sel moel oma probleeme programmi kaudu ja enda tegevusega lahendada, samuti välja selgitada ja järjestada neid probleeme, mis on nende jaoks olulised ja mida programmiga püütakse lahendada. Kastis 4.2 on toodud näide selle kohta, kuidas praktikud saavad aidata inimestel määratleda nende jaoks olulisi probleeme ja seada need tähtsuse järjekorda. See protsess hõlmab enamasti kui kogukonna küsitlemist, vajaduste hindamist või konsulteerimist teatud huvikogukonna arvamuste väljaselgitamiseks. Eesmärk on kogukonna või selle esindajatega aktiivselt suhelda ning anda neile hääli oma murede ja vajaduste väljendamiseks. Probleemide määratlemine võib toimuda üldiselt – näiteks millised on teie tervisemured, või programmispetsiifiliselt – näiteks millised on teie mured seoses südamehaigustega. Tonga kogukonnagrupid on krooniliste haigustega polüneeslaste seas osutanud järgmistele vajadustele (Moana, 2005).

- Paremad võimalused juurviljade kasvatamiseks. See kujutab endast head füüsilise liikumise vormi ja tegevust, mis on inimestele, eelkõige eakatele, meelepärane.
- Meeste ja naiste jalutusrühmad. See võimaldab luua kehalise tegevuse ümber suhtevõrgustikke ja tugigruppe.
- Erinevate kommunikatsioonikanalite kaudu täiendava teabe jagamine diabeedi kohta nii inglise kui ka polüneesia keeltes.

Programm määrab kindlaks haiguste ennetamisega seotud küsimused; polüneesia kogukondade krooniliste haiguste kontekstis kuuluvad nende hulka allpool nimetatud:

- kehamassiindeksi alusel kindlaksmääratud rasvumise / kõhupiirkonda ladestunud rasva vähendamine;
- hüpertensiooni vähendamine;
- düslipideemia (kõrge kolesteroolitase) vähendamine;
- suitsetamisest loobumine.

Otsustavaks küsimuseks muutub nüüd see, kuidas „haiguste ennetamise protsessi“ (mille määrab kindlaks kogukonnaväline ekspert) ja „võimestumise protsessi“ (mille määrab kindlaks kogukond) saab programmi järgmistes etappides omavahel siduda. Programmi eesmärk on saavutada haiguste ennetamisega seotud eesmärgid ja ühtlasi tõsta kogukonna suutlikkust, et toetada kogukonna võimestumist. Programmi kaudu ligipääsetavaid rahalisi vahendeid, materiaalseid, inim- ja teadmusressursse kasutatakse selle saavutamiseks kokkuleppel kasusaajatega. Nagu selgitatud teises peatükis, on kogukonna suutlikkuse tõst-

Kast 4.2 Kogukonna probleemide kaardistamine ja järjestamine

Kaardistamine on osalust hõlmav meetod, mis võimaldab indiviididel ja gruppidel oma mureküsimusi välja selgitada ning paremini mõista. Seda saab teostada visuaalsete vahenditega, nagu pilt, diagramm või mõni muu visuaalne kujutis, näiteks kollaaž, mis on loodud pliiatsite, värvide, kriitide või ajakirjadest väljalõigatud piltide abil. Kirjeldus võib olla kirjalik või suuline ning seda võib tekstina või audiovisuaalselt salvestada. Eesmärk on panna kogukond oma probleeme omaenda tõlgendusest lähtuvalt kirjeldama. Praktiku ülesanne on suunata kogukonda kriitiliselt mõtlema oma olukorra, tugevate külgede (oskuste, teadmiste), kogukonnaväliste ressurssidele lipipääsemise ja senise otsustusvõime üle. See protsess võib välja näha järgmine.

1. Üksikisikul/rühmal palutakse oma peamiste probleemide üle arutleda ning esitada nende kohta väike joonistus või audiovisuaalne (video/DVD) või kirjalik kirjeldus.
2. Neil palutakse kõik probleemid selgelt üksteisest eristada, et vältida kordusi ja kattumisi.
3. Üksikisikul/rühmal palutakse need probleemid mingil viisil korrastada.
4. Neil palutakse panna probleemid tähtsuse järjekorda, alustades kõige olulisemast ja lõpetades kõige vähem tähtsamaga. Võrdse tähtsusega probleemid pannakse kõrvuti.
5. Neil palutakse kommenteerida, mida nad iga olukorra kohta arvavad, ja jõuda üksmeelele viies kõige olulisemas probleemis.

Järjestamine on lihtne harjutus, kus probleemid „pakitakse lahti“ erinevateks osadeks, nõnda et neid saab paigutada kindlasse järjekorda ja seejärel edasi analüüsida. Ühtlasi kujutab järjestamine endast kogukonna jaoks oluliste probleemide prioriseerimise või kategoriseerimise viisi. Probleemide paigutuse järjestuse määrab alati kogukond. Tähtsuse alusel järjestatud probleeme võib hinnata, andes kõrgeima hinde pingerea tipus asuvale probleemile ja madalaima hinde kõige alumisele probleemile. Praktik arutleb nende põhjuste üle, miks üks probleem saab nimekirjas kõrgema hinde kui teine. Kirjaoskamatute inimestega töötamisel võib pingerea loomiseks kasutada sõnade asemel pilte või joonistusi. See lihtne võte annab teavet, mida saab seejärel kasutada eesmärkide püstitamiseks, et tegeleda probleemidega, mida on võimalik programmi lülitada (Laverack, 2005: 48).

mine kogukonna võimestumise protsessi seisukohast keskse tähtsusega. Suutlikkuse tõstmine hõlmab kogukonnaliikmete oskuste, teadmiste ja pädevuse arendamist, et tegeleda neid huvitavate mureküsimumustega. Kogukonna võimestamisel hõlmavad need probleemid ühemõtteliselt

sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi, mis on soodsad nendele, kes püüavad võimu saavutada.

Programmi kavandamisel peab vajadusel võtma arvesse kogukonna esialgset madalat oskuste ja teadmiste (suutlikkuse) taset. Kavandamise ühe osana võib kasutada strateegiaid tarvilike oskuste arendamiseks, et parandada kogukonna võimet programmi juhtimist rohkem kontrollida. Aeg, mis kogukonnal selleks kulub, sõltub kogukonnaliikmete individuaalset ja kollektiivset suutlikkusest. Kui programmi kestus on liiga lühike, kaasneb sellega tõsine risk, et kogukonnas alustatakse küll muutustega, kuid abi lakkab enne, kui need muutused jõuavad rahuldava tulemuseni.

Programmi kavandamisel kasutatav sõnavara ja terminoloogia võib kujutada endast eeldatavate kasusaajate jaoks võimestavat kogemust. Praktik on eelis sageli sellel, kelle käes on võim (st praktikul), ning tema valitud keelekasutus võib suhet inimestega kas tugevdada või nõrgendada. Näiteks tekitab erialakeele kasutamine tavainimestes või mõne muu eriala spetsialistides sageli segadust. See võib süvendada nende võimetusetunnet, rõhutades ligipääsu puudumist teadmistele ja teise keelekasutaja kui eksperdi võimu. Võimestav erialakeel võtab arvesse, et ükski diskursus ei ole väärtushinnangutest prii, ning arvestab inimeste positsiooni ja arusaamu. Eelkõige peaks praktik püüdlema avatud, lugupidava ja mittesundiva keelekasutuse poole ning kasutama lihtsaid tehnilisi mõisteid, mis keskenduvad inimeste määratletud probleemidele. Praktik kasutab sisemise võimelisuse suurendamiseks positiivseid sõnu, nagu „tubli“ või „proovi uuesti“, ja toetab inimeste osalemist. Samuti soodustab praktik partnerlussuhet inimestega ning julgustab neid andma tagasisidet ja arendama mõttevahetust.

Programmi eesmärkide püstitamine

Põhiküsimus on järgmine: mil viisil ühitatakse kavandamisel programmi (haiguste ennetamise) eesmärgid ja võimestumise eesmärgid?

Krooniliste haiguste ennetamisega seotud eesmärgid keskenduvad enamasti haigestumuse ja suremuse vähendamisele ning eluviisi parandamisele, näiteks teatud terviskäitumiste muutmisele. Võimestumisega seotud eesmärgid keskenduvad kogukonna kontrolli tasemele otsuste üle, mis puudutavad kogukonnaliikmete tervist ja selle mõjureid. Paralleelsete protsesside mudeli kasutamine annab võimestumise eesmärkidele niisama suure kaalu kui haiguste ennetamise eesmärkidele. Haiguste ennetamise eesmärgid sõltuvad programmi sihtidest. Paralleelsete prot-

sesside planeerimise mõte on püstitada võimestumise eesmärgid, mis täiendavad haiguste ennetamise eesmäärke.

Võimestumise eesmärgid põhinevad kogukonna mureküsimustel. Praktiku ülesanne on aidata kogukonnaliikmetel panna kirja eesmärgid, mis on selged ja saavutatavad, realistlikud ja mõõdetavad, osutavad konkreetsetele tegevustele, järjestavad tegevused vajalike parenduste tegemiseks, määravad kindlaks iga tegevuse teostamiseks vajalikud rollid ja kohustused ning määravad realistliku ajapiirangu, sealhulgas tähtsamatele vaheetappidele või eesmärkidele.

Polüneesia kogukonnale suunatud krooniliste haiguste ennetamise programmi näite puhul on võimestumise eesmärgid järgmised:

- aidata kogukonnal rajada 2008. aasta lõpuks 20 juurviljakaeda Aucklandi lõuna- ja lääneosas;
- aidata kogukonnal luua 2008. aasta lõpuks viis jalutusrühma polüneesia meestele ning naistele Aucklandi lõuna- ja lääneosas;
- korraldada 2008. aasta lõpuks 30 diabeediteemalist seminari Aucklandi lõuna- ja lääneosa kogukonnakeskustes.

Võimestumise eesmärgid peavad olema paindlikud, kuna tõenäoliselt muutuvad need ajapikku koos kogukonna kogemuste muutumisega. Praktik saab seda dialoogi ja probleemide analüüsi teel soodustada, et aidata kogukonnal kitsendada oma fookust vahetumatele ja hõlpsamini lahendatavatele küsimustele, nagu näiteks kergem juurdepääs spordirajatistele, et tulla vastu kogukonnaliikmete individuaalsetele vajadustele.

Ka haiguste ennetamise eesmärgid peavad olema selged ja saavutatavad. Näiteks peab programm:

- alandama 50 protsendil uuringus osalejate kehamassiindeksit 2008. aasta lõpuks kümne protsendi võrra;
- langetama 50 protsendi uuringus osalejate vererõhku 2008. aasta lõpuks normaalsele tasemele;
- langetama 50 protsendi uuringus osalejate kolesteroolitaset 2008. aasta lõpuks normaalsele tasemele;
- panema 50 protsenti uuringus osalejatest 2008. aasta lõpuks suitsetamisest loobuma.

Strateegiline lähenemine

Põhiküsimus on järgmine: mil viisil on programmi (haiguste ennetamine) strateegia seotud kogukonna võimestumise strateegiaga ja toetab seda?

Seda on võimalik saavutada meetodi abil, mis on mõeldud üksikisikute võimestamiseks osalemaks gruppides, nõnda et grupid arenevad omakorda kogukonnapõhisteks organisatsioonideks, mis tuginevad ühiste huvidele, ning organisatsioonid tugevdavad omavahelisi sidemeid ja loovad partnerlussidemeid. See põhineb kogukonna võimestumise kontiinumil mudelil (vt esimesest peatükist).

Kogukondlike organisatsioonide teke on väga oluline, võimaldamaks väikestel gruppidel ja nende üksikutel liikmetel moodustada laiemaid võrgustikke. Just nende partnerlussidemete kaudu on organisatsioonidel võimalik saavutada suuremat toetust ja ressursse, mis on vajalikud neid huvitavate küsimuste soodsaks lahendamiseks. Strateegilise käsitluse põhiprobleem seisneb selles, kuidas praktikud ja nende asutused struktureerivad oma tööd, et aidata üksikisikutel kollektiivselt organiseeruda ning moodustada huvikogukondi ja partnerlussuhteid. Linda Jones ja Moyra Sidell (1997: 52–3), kaks hinnatud autorit tervisedenduse alal, pakuvad välja mõned kasulikud sammud partnerluse ja liitude loomiseks – näiteks organisatsiooni aitamine visiooni, lähi- ja kaugeesmärkide, nagu näiteks terviseprobleemide, kindaksmääramisel. Praktik võib abiks olla ka sellega, kui jagab teiste sama piirkonna liitude kontaktandmeid, et vältida tegevuste dubleerimist, pakub välja võimalikke partnereid ning aitab organisatsioonil määrata omaenda selget tegevuskava, huvisid ja eesmärke. Organisatsioonidele on oluline regulaarselt kohtuda arutamaks küsimusi ja vaatamaks üle seniseid arenguid ning jagamaks enda ja partnerorganisatsioonide liikmete vahel vastutust ning kohustusi.

Programmi juhtimine ja elluviimine

Põhiküsimus on järgmine: mil viisil toetab haiguste ennetamise protsess kogukonna võimestumist?

Üldjuhul juhib tervisedenduse programme kogukonnaväline ekspert. Programmi juhtkonna roll on tavaliselt hõlmanud haiguste ennetamise eesmärkide planeerimise, korraldamise ja elluviimise protsessi kontrollimist või reguleerimist. Eesmärk on tagada, et programm oleks mõjususe (eesmärkide saavutamise ulatus) ja tõhususe (eesmärkide saavutamise viis teiste meetoditega võrreldes) koha pealt edukas (Ewles ja Simnett, 2003).

Alt üles suunatud (võimestavate) lähenemiste puhul on programmi juhtkonna ülesanne aidata kaasa asjaosaliste omanditunde kujunemisele ja nende kaasatusele ning muuta programm kogukonna jaoks võimestavaks kogemuseks. Seda võib saavutada, kui julgustada kogukonda haarama üha suuremat vastutust programmi juhtimise eest, näiteks arendades oskusi ja pädevust, võimaldamaks kogukonnaliikmetel võtta osa sellistest tegevustest nagu aruandlus, eelarvestamine ja hindamine. Tabelis 4.1 on

Tabel 4.1 Tervisedenduse programmi raames pakutav oskuste arendamine

Programmi etapp	Oskuste arendamine
Kavandamine	Kirjanduse süstemaatiline ülevaade Epidemioloogiliste andmete analüüs Kogukonna vajaduste kindlakstegemine Programmi kulueelarve
Eesmärkide püstitamine	Konkreetsete, mõõdetavate, saavutatavate, realistlike ja ajaliselt piiritletud eesmärkide püstitamine Loogilise raamistiku väljatöötamine
Strateegiline lähenemine	Üksikisikuid, grupe ja kogukondi võimestavad strateegiad Materjalide väljatöötamine Tervisedenduse mudelid ja teooriad Inimestevaheline suhtlus Kursuste juhendamine Tulemuslike koosolekute ja avalike ettekannete pidamine
Programmi juhtimine	Rahaliste vahendite kogumine Eelarvestamine Konfliktide lahendamine Vahendite leidmine Personalijuhtimine Konsultantide sisendi haldamine
Hindamine	Osavõtul põhinev hindamine maapiirkondades Kvalitatiivsed uurimismeetodid Osavõtul põhinev hindamine maapiirkondades Kvalitatiivsed uurimismeetodid

toodud konkreetseid näiteid koolituse liikide kohta, mida võib kasutada tervisedenduse programmi erinevates etappides.

Teine viis oskuste arendamiseks on anda inimestele lühiajalisi ülesandeid, mis on realistlikud ja täidetavad. Selleks võib praktik paluda kogukonnal püstitada ja saavutada lühiajalisi eesmärke. See on oluline, kuna lühiajaline edu võib aidata motiveerida inimesi saavutama pikaajalisi eesmärke. Arengud tuleks koos kogukonnaga teatud ajavahemiku tagant üle vaadata, et kajastada õnnestumisi ja ebaõnnestumisi (Laverack, 2005). Polüneesia kogukonnale suunatud krooniliste haiguste ennetamise programmi näite puhul hõlmaks see näidisaia rajamist ja oskuste õpetamist, et julgustada teisi rajama oma juurviljaaeda. Samuti võib panna aluse kord kuus kogunevale jalutusrühmale, enne kui organiseeritakse regulaarsemad iganädalased rühmad.

Programmijuhid peaksid elluviimisega seotud vastutust üha enam kogukonnale loovutama. Selleks peab programmi kava sisaldama strateegiat kogukonna pädevuse, oskuste ja suutlikkuse süstemaatiliseks arendamiseks, et kogukond oleks piisavalt võimekas ja enesekindel oma tugevuse ning elujõu säilitamiseks.

Hindamine

Põhiküsimus on järgmine: mil viisil hõlmab programmi tulemuste hindamine võimestumist?

Paralleelsete protsesside planeerimise viimane etapp on nii programmi (haiguste ennetamise) kui ka võimestumise tulemuste hindamine. Kogukonna võimestumine võib olla aeganõudev ning kui seda mõõdetakse üksnes tulemusena, võivad selle saavutused minna ülalt-alla-programmi suhteliselt piiratud ajavahemikus kaotsi. Võimestumise dünaamilise protsessi jooksul aset leidvate muutuste hindamist tuleks seetõttu eelistada mingi kindla tulemuse hindamisele.

Kui jätkata Aucklandi polüneesia kogukonnale suunatud krooniliste haiguste ennetamise programmi näitega, hõlmab võimestumise tulemuste hindamine eesmärkidega kõrvutatult järgmisi näitajaid:

- programmi käigus rajatud ja aktiivses kasutuses olevate juurviljaaedade arv;
- programmi käigus loodud aktiivsete meeste ja naiste mõeldud jalutusrühmade arv;
- korraldatud seminaride arv.

Mõõtes kogukonna võimestumist ühtlasi kui protsessi, on võimalik programmi vältel jälgida võimete, oskuste ja vahendite vastasmõju individuaalsel ja organisatsioonilisel tasandil. Programmi kui kõigi asjaosaliste jaoks võimestavat kogemust saab paremini hinnata selle järgi, kuidas asjaosalised oma saavutusi osalusmeetodil ise hindavad. Individuaalsel tasandil kogeavad inimesed vahetumat psühholoogilist võimestumist (sisemist võimekust), näiteks enesehinnangu või enesekindluse tõusu. Ent osalejate enesehinnangute kasutamisel peab olema hoolikas, et vältida üksikisikule keskendumist. Mõõta tuleb kollektiivset tegevust, kuna see näitab kogukonna võimet end sotsiaalse ja poliitilise muutuse nimel organiseerida ja mobiliseerida.

Järgmises peatükis toodud käsitlus pakub ühe süstemaatilise viisi kogukonna võimestumise kui protsessi mõõtmiseks üheksa domeeni kasutamise abil. See lähenemine kasutab kvalitatiivseid kirjeldusi ehk deskriptoreid, et juhtida kogukonnaliikmeid iga domeeni mõõtmisel. Enese hindamise võimet arendatakse süstemaatilise ja struktureeritud meetodi abil, et aidata kogukonnal keskenduda mõjudele. Piiratud ressursidega programmide puhul aitab see vähendada aja ja vahendite kulu, keskendudes kogukonna võimestumise protsessi olulistele ja konkreetsetele osadele.

Viiendas peatükis kasutatakse juhtumiuuringutest pärinevaid näiteid, et näitlikustada tervisedenduse üheksa domeeni tähtsust. Selles peatükis kirjeldatakse ka samm-sammulist lähenemist võimestunud kogukondade loomisele tervisedenduse programmi, sealhulgas strateegilise planeerimise käigus.

5. Kogukonna võimestumise „lahtipakkimine” strateegiliseks planeerimiseks

Käesolev peatükk käsitleb võimestumise peamisi domeene, mis võimaldavad kogukondadel end sotsiaalse ja poliitilise muutuse eesmärgi nimel paremini organiseerida, seda nii sotsiaalses kui ka struktuurilises mõttes. Võimestumine saavutatakse strateegilise planeerimise teel, et parandada igat domeeni, kus kogukonna liikmed seda vajalikuks peavad. Seda nimetatakse valdkondlikuks käsitluseks ning seda on tervisedenduse programmi raames võimestunud kogukondade loomiseks kasutatud Aasias, Aafrikas ja Vaikse ookeani saartel. Praktikast hõlmab see käsitlus kogukonna võimestumise lähteolukorra hindamist ja seejärel iga domeeni tugevdamiseks mõeldud strateegiate väljatöötamist. Selles peatükis käsitletakse praktikutepoolse valdkondliku käsitluse rakendamist nagu ka selle kohandamist vastavalt konkreetse tervisedenduse programmi tingimustele.

Kogukonna võimestumise domeenid

Mitmed autorid on püüdnud määratleda kogukonna võimestumise mõju-sfääre (Gibbon, 1999; Laverack, 2001) ning tabel 5.1 võtab kokku kolme autori katsed määratleda kolme omavahel sarnase kontseptsiooni – kogukonna osaluse, kogukonna suutlikkuse ja kogukonna arenduse – domeenid.

Võimestumise domeenid kujutavad endast viise, kuidas kogukonnad saavad end kollektiivse tegevamisega, sealhulgas sotsiaalse suhtluse eri aspektide ning kogukondlike suhtlemisvõrgustike loomisega, paremini organiseerida ja mobiliseerida. Näiteks viitab toimiva juhtimise olemasolu, mida toetavad kindlad organisatsioonilised struktuurid ja milles osalevad kogukonnaliikmed, kes on üles näidanud vahendite mobiliseerimise võimet, kogukonnale, millel on juba tugevad sotsiaalse toetuse elemendid. Kogukonna võimestumisel on vähemalt üheksa domeeni (Laverack, 2001).

1. Osalemise suurendamine
2. Kohaliku juhtimise arendamine
3. Võimestavate organisatsiooniliste struktuuride loomine

4. Probleemihindamise võime parendamine
5. Kogukonna miks-küsimuse esitamise võime (kriitilise mõtlemise) tõstmine
6. Ressursside mobiliseerimine
7. Sidemete tugevdamine teiste organisatsioonide ja inimestega
8. Õiglase suhte loomine välise osapoolega
9. Kontrolli suurendamine programmi juhtimise üle.

Tabel 5.1 Kolme kogukonnapõhise kontseptsiooni domeenid

Kogukonna osaluse tegurid (Rifkin et al., 1988)	Kogukonna suutlikkuse mõõtmed	Kogukonna arenduse komponendid (Labonte, 1998)
	Osalemine	Osalemine
Juhtimine	Juhtimine	—
Organiseerumine	Kogukonnatunnetus, kogukonna ajalugu ja väärtushinnangud	Kogukonna organiseerumine
Ressursside mobiliseerimine	Ressursid	Ressursside mobiliseerimine
Vajaduste hindamine	—	Prioriteetide määratlemine analüüsi teel ning eesmärkide püstitamine
—	Kriitiline refleksioon	Teadmiste jagamine
—	Sotsiaalsed ja organisatsioonidevahelised võrgustikud	Kogukond kui identiteet ja asukoht
—	—	Vahendusoskused
Programmi juhtimine	—	Välise osapoole roll
—	Oskused	Õiglased suhted kogukonna ja välise osapoole vahel
—	Kogukonna võim	Võimu dünaamika

Järgnevalt on esitatud iga domeeni tõlgendus. Juhtumiuuringutest pärinevaid näiteid selle kohta, kuidas valdkondlikku käsitlust saab kasutada kogukonna võimestumise toetamiseks, on toodud seitsmendas ja kaheksandas peatükis.

Osalemise suurendamine

Osalemine on kogukonna võimestumise alus. See tähendab üksikisikute osalemist gruppides ja huvikogukondades, kellel on ühised vajadused ja suutlikkus neid lahendada asuda. Terviseprogrammide kontekstis võib kogukonna osalust lahti mõtestada järgmiselt:

protsess, mille kaudu kogukonnaliikmed, kas siis individuaalselt või kollektiivselt ja erineva pühendumuse astmega, arendavad suutlikkust võtmaks enesele suuremat vastutust oma tervisealaste vajaduste ja probleemide eest, kavandavad neile lahendusi ja viivad neid seejärel ellu, toetavad organisatsioone nende jõupingutustes, hindavad tulemusi ning korrigeerivad eesmärke ja programme pidevalt vastavalt vajadusele.

(Zakus ja Lysack, 1998: 2)

See määratlus hõlmab ka mitmeid võimestunud kogukonna tunnuseid, millised iseloomustavad inimeste osavõttu tegevustest, mis mõjutavad nende elu ja tervist. Ent kuigi inividid suudavad oma osaluse kaudu mõjutada programmi suunda ja elluviimist, ei piisa kogukonna võimestumiseks ainuüksi sellest. Et osalemine oleks võimestav, peab see lisaks oskuste ja võimete arendamisele parandama ka kriitilist mõtlemist, et võimaldada inimestel langetada teadlikumaid otsuseid ja asuda tegutsema.

Läänelikus kontekstis seisneb osaluse ja võimestumise erinevus niisiis selles, kas inimesed lihtsalt „osalevad“ või võtavad sotsiaalsest ja poliitilisest tegevusest ka päriselt osa. Selle illustreerimiseks on kastis 5.1 toodud näide osaluse tõlgenduse kohta ühes Fidži tervisedenduse programmis.

Kohaliku juhtimise arendamine

Osalemine ja juhtimine on omavahel tihedalt seotud, sest nii nagu juhid vajavad tugevat osalejate baasi, on osalusel vaja tugevat juhtimispoolset suunatust ja struktuuri. Osalemine ilma formaalse juhita, kes võtab vastutuse asjade tegemise eest, lahendab lahkkelisid ja näitab grupile suuna kätte, võib sageli tekitada korralagedust (Goodman et al., 1998).

Kast 5.1 Osalemine ja tervisedendus traditsioonilises Fidži kontekstis

Ühe Fidži projekti käigus küsitletavad inimesed ei leidnud osalemisel olevat rolli kavandamist, elluviimist ja hindamist puudutavate otsuste tegemisel. Nende tõlgendus oli lähemalt seotud pigem Sherry Arnsteini (1969) võltsosaluse astmetega (teavitamine, nõustamine ja vaigistamine). See võis olla tingitud asjaolust, et nende kogemused programmide vallas piirdusid ülalt-alla-lähenemisega, mis ei eeldanud nende osalust otsustusprotsessis. Kuid see oli lähedalt seotud ka nende enda ühiskondliku struktuuriga, kus igahel oli kindlaksmääratud roll või ülesanne.

Katz (1993) osutab sellele, et Fidži elukorraldus on hierarhiline; see süsteem kehtib kõigis eluvaldkondades ja võib paljud inimesed otsustusprotsessist kõrvale jätta. Lisaks märgib Lewaravu (1986), et iga kogukonnaliikme osaluse määr sõltub tema harjumuspärastest rollidest ja ülesannetest ning otsustamisest võtavad osa kogukonna vanemliikmed, samas kui enamik inimestest kaasatakse üksnes tseremooniatesse või sellistesse toimingutesse nagu toiduvalmistamine.

Kogukondliku juhtimise struktuur, mis võib olla ajalooliselt või kultuuriliselt määratud, võib tõrjutud grupid kõrvale jätta ja esindada üksnes eliiti. Tõrjutus on asjade kulg, kus üksikisik või üksikisikute grupp jäetakse ühiskonnas ilma võimust või võimupositsioonidest, näiteks majanduslikust ja poliitilisest mõjuvõimust (Marshall, 1998). Teatud ühiskonnagrupid ei pruugi toetada programmi eesmärki ning kohalikel juhtidel võib esineda omavahelisi erimeelsusi. Nende kaasamine võib programmi kavandamist ja elluviimist häirida ning muuta eesmärkide saavutamise raskemaks. Teatud üksikisikute ja rühmade väljajätmine pole demokraatlik ning ei lähe kokku võimestumise eetosega, mis pooldab kogukonna osalust.

Karina Constantino-David (1995), kes uurib kogukonna arendust, on käsitlenud kogukonna organiseerumise alaseid kogemusi Filipiinidel ja kohalike juhtide ehk „loomulike organisaatorite“ kasutamise edukust. Kodanikuühiskonna organisatsioonid kasvatasid vaeste inimeste hulgast pädevaid juhte, kes suutsid paremini mõista kogukonna probleeme ja kultuuri. Selgus aga, et väljaõppe ja varasemate juhtimiskogemuste puudumine seadis nende juhirollile piirangud. Niisiis võivad juhtimisstiil ja -oskused mõjutada seda, kuidas grupid ja kogukonnad arenevad, ning see omakorda võib mõjutada võimestumist.

Juhtimisoskuste hulka, mida saab arendada tervisedenduse programmi kontekstis läbiviidavate sekkumiste kaudu, kuuluvad näiteks alltoodud oskused:

- võimestav juhtimisstiil, mis kannustab ja toetab kogukonnaliikmete ideid ja planeerimisalaseid pingutusi, kasutades demokraatlikke otsustusprotsesse ja teabe jagamist;
- andmete kogumine ja analüüsimine, kogukonna ettevõtlikkuse hindamine, abistamine ja probleemide lahendamine;
- konfliktide lahendamine;
- võime luua sidemeid teiste juhtide ja organisatsioonidega, et hankida vahendeid ja alustada partnerlussuheteid (Kumpfer, 1993).

Võimestavate organisatsiooniliste struktuuride loomine

Kogukonna organisatsiooniliste struktuuride hulka kuuluvad komiteed, kogudused, seltskonna- ja spordiklubid ning naisühingud. Need organisatsioonilised elemendid esindavad erinevaid viise, kuidas inimesed tulevad kokku, et tegeleda neid huvitavate küsimustega. Ühtlasi kujutavad need endast viisi, kuidas inimesed tulevad kokku lävimiseks – näiteks spordi- ja kultuurisündmuste korraldamiseks ning põliste tavade ja rituaalide järgimiseks. Sel moel aitavad organisatsioonilised struktuurid kogukonnaliikmetel omavahel suhelda ja sidemeid luua. Programmi kontekstis kujutab see endast ka viisi, kuidas inimesed tulevad kokku, et määratleda oma probleeme, leida neile vastuseid ja kavandada nende lahendamist. Nende organisatsioonide olemasolu ja toimimine on kogukonna võimestumise oluliseks eelduseks. Organisatsiooniliste struktuuride puudumisel on kogukonnavälised organisatsioonid loonud ise grupe, et käsitleda programmiga seotud küsimusi. Kuid uue organisatsioonilise struktuuri, näiteks küla tervisenõukogu asutamisest ei piisa garanteerimaks, et see ka toimima hakkab või et kogukond end organiseerib. Inimeste seas peab valitsema kogukonna sidususe tunne. Seda iseloomustavad sageli huvi kogukondlike küsimuste vastu, omavahelise seotuse tunne (perekond, sõprusuhted) ning kuuluvustunne, mis väljendub tavades, asupaigas, rituaalides ja traditsioonides.

On leitud, et toimivate kogukondlike organisatsioonide üks tunnuseid on see, et nende liikmeskonda kuuluvad valitud esindajad, kes regulaarselt kohtuvad ja osalevad. Liikmetel on kokkulepitud liikmestruktuur (eesistuja, sekretär, tuumik jne) ning selliste asjade üle nagu eelmised koosolekud ja finantsaruanded peetakse arvestust. Lisaks on toimiv kogukondlik organisatsioon võimeline konflikte kiiresti kindlaks tegema ja lahendama ning selle liikmed suudavad tuvastada oma huvirühma probleeme ja olemasolevaid vahendeid (Jones ja Laverack, 2003).

Probleemide hindamise võime parandamine

Probleemide hindamine on kõige võimestavama mõjuga, kui probleemide välja selgitamise, neile vastuse leidmise ja nende lahendamise nimel tegutseb kogukond. See aluspõhimõte on aga jätkuvalt paljude tervisedenduse programmide oluline puudujääk. Praktikud peavad leppima sellega, et programmi edukus sõltub suuresti eeldatavate kasusaajate pühendumusest ja kaasatusest. Inimesed pühenduvad märksa suurema tõenäosusega, kui nad tunnetavad neid probleeme ja lahendusi, millega programm tegeleb, nende omana. See kehtib ka siis, kui käsitletavat probleemi ei ole needsamad, mille olemasolu tegi kindlaks kogukonnaväline ekspert.

Loomulikult on ekspertidel pakkuda uut ja kasulikku teavet, näiteks uusimat teavet vähi ennetamise kohta. Mõte on aga selles, et seda teavet ei tohiks suruda kogukonnaliikmete väljendatud vajaduste ja probleemide asemele. Parim lähenemine on kasutada juhendatud kahekõne kogukonna ja ekspertide vahel, et kummagi poole teadmised ja põhieesmärgid saaksid programmi suunata. Probleemide analüüsimine kogukonnaliikmete poolt võib tugevdada ka nende rolli programmis. Programmid, mis ei tegele kogukonda huvitavate küsimustega ega kaasa kogukonda probleemide hindamise protsessi, ei saavuta üldjuhul oma eesmärki (Laverack, 2004).

Kogukonna miks-küsimuse esitamise võime suurendamine

Üldiselt keskenduvad väikesed grupid sissepoole, oma liikmete vajadustele, kuid arenedes kogukondlikeks organisatsioonideks, peavad nad suutma laieneda väljapoole, keskkonda, mis need vajadused on tekitanud. Miks-küsimuse esitamine on kogukonna võime hinnata kriitilise pilguga oma võimetuse tagamaid. Ühtlasi on see kogukonna võime luua oma olude mõistmise põhjal strateegiaid isikliku, sotsiaalse ja poliitilise muutuse saavutamiseks. Miks-küsimuse esitamist võib iseloomustada kui „võimet mõtiskleda nende eelduste üle, millele tuginevad meie ja teiste ideed ja tegevused, ning kaaluda alternatiivseid eluviise“ (Goodman et al., 1998: 272).

Miks-küsimuse esitamine on põhimõtteliselt arutelu, mõtisklemise ja kollektiivse tegevuse protsess, mida nimetatakse ka kriitiliseks reflektsooniks, kriitiliseks mõtlemiseks ja kriitiliseks teadlikkuseks. Põhimõiste on siinkohal „kriitiline“: see tähendab, et kogukonnaliikmed vaatlevad oma olukorda pikalt, põhjalikult ja analüütiliselt ning teevad kindlaks oma võimetuse sotsiaalsed, poliitilised ja majanduslikud põhjused. Seda on kirjeldatud kui emantsipatsiooni läbi õppimise või hariduse, mille töötas

algselt välja haridusmetoodik Paulo Freire Brasiilia agulielanikele mõeldud kirjaoskuse levitamise programmide raames. Inimesed muutuvad oma õppetegevuse subjektiks ning see hõlmab kriitilist mõtisklemist ja isiklike olude analüüsi. See saavutatakse rühmadialoogi abil, et jagada omavahel mõtteid ja kogemusi ning edendada kriitilist mõtlemist probleemide lahkamisega, võimaldades inimestel avastada võimu ebavõrdse jaotumise tagamaid. Olles jõudnud kriitilise teadlikkuseni, võib grupp hakata planeerima tegevust oma elu mõjutavate sügavamate poliitiliste, majanduslike ja muude olude muutmiseks.

Ressursside mobiliseerimine

Kogukonna võime mobiliseerida sisemisi ressursse ja hankida vahendeid väljastpoolt viitab iseenesest headele oskustele ja organiseeritusele. Goodman et al. (1998) käsitlevad ressursse kui „traditsioonilist kapitali“, nagu kinnisvara ja raha, ning „sotsiaalset kapitali“, mis hõlmab usaldust ning võimet teha üksteisega ja teiste kogukondadega koostööd. Tõsiasi, et kogukonnad omavad nii traditsioonilist kui ka sotsiaalset kapitali, jääb tihti märkamata välispartneritele, kes toovad endaga kaasa ressursid, mida nad programmi jaoks vajalikuks peavad.

Kogukonnavälistelt ekspertidelt võidakse programmi alguses oodata abi ressursside mobiliseerimisel, kuid kontrolli selle üle peab üha suuremal määral haarama kogukond; vastasel korral võib välja kujuneda paternalistlik suhe. Ressursid, mille mobiliseerimist tervisedendajatelt võidakse oodata, põhinevad tavaliselt vabatahtlikul tööol (osalusel), vahenditel, kohalikel teadmistel ja rakendusteadmistel, samuti ka väikesel rahalisel toetusel. Paradoksaalsel kombel leidub võimestavaid põhjusi, miks kogukonnalt võib oodata mõningaste rahaliste ja inimressursside panustamist. Näiteks nõudis üks Kanadas läbiviidud kogukonnatervise edendamise programm tõendeid kogukonnapoolse rahalise toetuse kohta, mille rahastav asutus pidi omalt poolt vähemalt kolmekordistama. Mõte oli selles, et kui kogukond ei suuda ise mingeid rahalisi vahendeid mobiliseerida, ei pruugi väljapakutud probleemidel olla kogukonna tugevat toetust, vaid need võivad peegeldada üksnes nende paari isiku huvisid, kes programmi jaoks taotluse esitasid (Labonte, 1996).

Sidemete tugevdamine teiste organisatsioonide ja inimestega

Sidemed teiste inimeste ja organisatsioonidega hõlmavad partnerlussuhteid, koalitsioone ja terviseühinguid. Partnerlus näitab kogukonna võimet luua ühiste huvide alusel erinevate gruppide või organisatsioonidega suhteid, mis põhinevad inimeste- ja organisatsioonidevahelisel lugupi-

damisel. Samuti näitavad need võimet suhelda, teha koostööd ja luua sidemeid, mis aitavad kaasa kogukonnaliikmete vastastikuse sõltuvuse tekkele. Partnerlussuhted võivad hõlmata teenuste vahetamist, koostööd ühise eesmärgi saavutamise nimel või eeskostealगतust riiklike või erasektori strateegiate muutmiseks.

Kogukonnapõhist koalitsiooni võib piiritleda kui „üksikisikute rühma, kes esindavad mitmesuguseid organisatsioone, fraktsioone või huvigruppe kogukonna sees, kes nõustuvad ühise eesmärgi nimel koostööd tegema“ (Butterfoss et al., 1996: 66). Erinevalt partnerlusest esindavad koalitsioonid ühes küsimuses erinevaid vaateid ning liikmesrühmad peavad õppima oma erimeelsusi kõrvale heitma ja sisekonfliktidega toime tulema. Teiste organisatsioonide ja indiviididega sõlmitud suhete tulemuseks võivad olla tegevuste ettepanekud, uute liikmete värbamine ja ressursside hankimine, millega kaasneb enamiku kogukonnaliikmete olukorra paranemine.

Terviseühinguid võib kirjeldada kui koostööd partnerlussuhete loomiseks organisatsioonide ja üksikisikute vahel, et aidata inimestel suurendada kontrolli oma tervise üle ja seda parandada. Terviseühing on koostöö vorm, mis läheb kaugemale tervishoiust ning püüab oma liikmete kollektiivsete jõupingutuste toel saavutada sotsiaalseid, poliitilisi ja keskkonnalaaseid muutusi, et tervist positiivselt mõjutada (Jones et al., 2002).

Partnerlussuhted, koalitsioonid ja terviseühingud on muutunud tervisedenduses populaarseks teemaks ning neid käsitletakse kahesuunalise protsessina, mis hõlmab nii ülalt-alla- kui ka alt-üles-programmide põhimõtteid. Peetakse endastmõistetavaks, et see protsess on täielikult osalusel põhinev ning et valitsusorganisatsioonid ei tegele mitte üksnes inimeste ja kogukonna nõustamise või rakendamiseega. Inimesed on kaasatud programmi otsustusprotsessidesse eesmärgiga muuta see võimestavaks kogemuseks.

Õiglase suhte loomine väliste osapooltega

Välised osapooled on praktikud, valitsusametnikud, rahastavad asutused, asutuste esindajad ja organisatsioonid, kes ei kuulu kogukonda, kuid teevad kogukonnaga koostööd muutuste esilekutsumiseks. Programmi kontekstis peaks kogukonnavälise eksperdi peamine ülesanne olema kogukonna ja vahendite kokkuviimine või kogukonna mobiliseerimise ja organiseerumise hõlbustamine võimu saavutamise nimel. See võib olla eriti tähtis programmi algul, kui kogukonna võimestumise protsess kulgeb esiti pikkamööda ja kogukonna suutlikkus tuleb eksperdi abiga alles üles ehitada.

Eelkõige on eksperdi ülesanne teisendada kontrolli otsuste ja ressursside üle, et võimaldada inimestel saavutada suuremat kontrolli oma sisemise võimelisuse avastamise teel.

Programmi kontekstis on võimestaval suhtel järgmised omadused:

- kogukonna ja poliitiliste juhtide toetuse suurendamine, sealhulgas tõrjutud gruppide kaasamine;
- teiste organisatsioonidega uute partnerlussuhete sõlmimise hõlbustamine;
- suutlikkuse tõstmisele kaasaaitamine selliste tegevuste kaudu nagu oskuste õpetamine ja konfliktide lahendamine;
- teatud oskuste, näiteks enesehindamise võime arendamine.

Iseäranis oluline on kogukonnavälise eksperdi roll hindajana, kuna ta aitab „luua ühist mineviku- ja tulevikuvisioni, anda hinnanguid projekti saavutustele, vahendada asjaosaliste küsimusi, suurendada pühendumust projekti eesmärkidele ja soodustada üksmeelele jõudmist“ (Thompson, 1990: 379).

Samas on eksperdi roll hindajana pälvinud kirjanduses vastakaid arvamusi. Cracknell (1996: 32) osutab sellele, et hindaja rollis on toimunud nihe „erapooletust vaatelejast vahendajaks ... läbirääkijaks ... [ja] muudatuse esilekutsujaks“. Ülejäänud rollid on olla abistaja, võimaldaja, õpetaja ja teejuht. Paljude kogukonnaväliste ekspertide jaoks on raske olla programmi neutraalne ja erapooletu vaateleja, kui nad on selle edusse nii palju investeerinud. Olgugi et eksperdilt oodatakse objektiivsete hinnangute andmist programmi kvaliteedi ja tulemuse kohta, peaks see kogukonnale olema ühtlasi võimestav kogemus. Selle hõlbustamiseks peaks väline osapool tagama, et kogukonnaliikmed on hindamise kavandamisse ja teostamisse aktiivselt kaasatud, kasutades näiteks osalustehnikat või enesehindamist kogukonnaliikmete teadmiste ja kogemuste põhjal.

Kontrolli suurendamine programmi juhtimise üle

Kogukonnavälise eksperdi ja programmi juhatuse roll on omavahel tihe- dasti seotud ning mõnikord otsustavad kogukonnad need kaks domeeni hindamise eesmärgil liita. Juhtimise keskseks küsimuseks on, kes kontrollib programmi kavandamist, elluviimist, juhtimist ja hindamist.

Karina Constantino-Davidi (1995) väitel on kogukonnavälise ekspertide prioriteetideks programmi juhtimine, sealhulgas eelarve juhtimine. Kuna programmi juhtimine areneb järjest edasi, siis on väline osapool vähem valmis andma vastutust ja oskusi üle kogukonnale. Kogukonda võimestav

programmi juhtimine hõlmab kogukonna kontrolli programmi puudutavate otsuste üle. Selleks peab kogukond esmalt tunnetama programmi endale kuuluvana ning programm peab omakorda olema suunatud kogukonna vajaduste ja murede lahendamisele. Kogukonnavälise eksperdi ülesanne on võimuvahekordi muuta, loovutades vastutuse suutlikkuse tõstmise teel kogukonnale.

Kogukonna võimestumise strateegiline planeerimine

Nagu neljandas peatükis selgitatud, kasutatakse tervisedenduses peamiselt ülalt-alla-programme ning seega määrab just väline osapool kindlaks käsitletava probleemi ning kontrollib programmi elluviimist ja hindamist. Ühesõnaga, programm on väljastpoolt peale surutud ja paternalistlik. Kuid domeenide rakendamisel on praktikal lihtsam kogukondadega lävida ja aidata neil võimestuda. Sellisel juhul oskavad ka kasusaajad probleeme ära tunda, haaravad programmi üle üha suurema kontrolli ja suudavad luua strateegiaid oma probleemidega tegelemiseks. Domeenide rakendamine võimaldab praktikal luua täpsemaid strateegiaid kogukonna võimestumiseks. Põhiküsimus, mille praktikud peavad endale esitama, on see, mil viisil on programm – alates selle kavandamisest kuni elluviimise ja hindamiseni, püüdnud kogukonna võimestumist igas domeenis edendada (Laverack, 2004).

Niisiis ei alga domeenide rakendamine puhtalt lehel, millele inimesed peaksid projitseerima oma vahetud mured. See hõlmab aktiivset osalemist ning määrab kõigile osalejatele selge vastutuse ja kohustused. Praktilises mõttes lubab see erinevatel programmis osalejatel väljendada oma seisukohti, jagada kogemusi ning vaidlustada kehtivaid väärtushinnanguid ja uskumusi. Erinevatel osalejatel võivad olla erinevad arvamused ning üksikisikutesse võrdne suhtumine soodustab iga liikme kaasatust omavahelises arutelus ja suhtluses.

Domeene rakendatakse neljas etapis (Laverack, 2003).

1. Ettevalmistus, sealhulgas kultuuriliselt sobiva võimestumise määratluse väljatöötamine.
2. Iga domeeni lähteolukorra hindamine.
3. Strateegiline planeerimine ja ressursside kindlakstegemine.
4. Hindamine ja visuaalne esitus.

Esimene etapp: ettevalmistus

On tähtis kasutada võimu ja võimestumise selliseid tõlgendusi, mis on osalejatele asjakohased ja olulised ning sobituvad nende kultuurilisse konteksti. Läänelikke võimu ja võimestumise mõisteid võidakse mitteleäänestunud maade sotsiaalses kontekstis tõlgendada mitmeti. Mõte on selles, et tuleks kasutada mõisteid, mille sihtgrupid on ise määratlenud, et luua ühtne arusaam programmist, millesse nad on kaasatud ja millesse panustamist neilt oodatakse. Kasutuses olevad võimu ja võimestumise mõisted on välja töötatud lihtsate kvalitatiivsete meetodite abil. Kastis 5.2 on toodud näide selle kohta, kuidas selline definitsioon töötati välja Fidži kontekstis.

Võimestumise üheksa domeeni on küll laiahaardelised, kuid võivad ometi jätta kõrvale mõningad mõjusfäärid, mis on kogukonnaliikmete jaoks olulised. Teisele etapile peab kindlasti eelnema aeg aruteluks, et kohandada iga domeeni tähendust kultuurilisele kontekstile. Protsess on paindlik ning vajadusel saab domeene programmi vältel muuta.

Kast 5.2 Võimestumise määratlemine Fidžil

Fidžil kasutati võimu ja võimestumisega seotud mõistete väljaselgitamiseks lihtsaid kvalitatiivseid meetodeid. Esmalt kasutati struktureerimata intervjuusid, et määrata kindlaks vasted mõistetele „võim kellegi üle“ ehk lewa, „sisemine võimelisus“ ja „võim teistega koos“ ehk kaukauwa. Seejärel tehti poolstruktureeritud intervjuude abil kindlaks, et mõiste lewa viitab „ülemuslikule lewa’le“, külapealiku kontrollile ja tööle või kodus valitsevale võimule.

Mõiste kaukauwa on Fidži kontekstis kõige lähedasem vaste võimestumisele. See viitab kogukonna jõule ja ühtsusele, mida kogukonnaliikmed saavad arendada ja soodustada ning millega võib iseloomustada inimese õigust midagi teha. Ülemuslik lewa on seisund või staatus, mis saadakse sündides või teiste käest mingil aktsepteeritud viisil ja mis on vastastikusel sõltuvuses kogukonna jõu ehk kaukauwa’ga. Ülemusliku lewa’ga isiku ja kogukonnaliikmete huvides on kaukauwa’t alal hoida ning suurendada. See suhe on vastastikune ning seeläbi mängivad lewa ja kaukauwa olulist rolli kogukonna ühtsuses ning jõus. Kaukauwa võib kujutada endast vahendit, mille abil kogukonnaliikmed haldavad seda võimu, mille lewa’ga isik neile delegerib. Ühtlasi võib see olla vahendiks, mida kasutatakse siis, kui kogukond otsustab sellele võimule vastu hakata ja selle vaidlustada. Olgugi et need kaks mõistet loovad ühise arusaama, võib see sõltuda nende kasutusest. Näiteks osutab mõiste kaukauwa kujul veivakakaukauwataki tegevusele ja protsessile, mitte ainult kontseptile, mistõttu see oleks programmi kontekstis kasulikum sõna (Laverack, 2005: 90).

Teine etapp: domeenide lähteolukorra hindamine

Seda teostatakse tavaliselt töötoa-tüüpi keskkonnas. Töötuba on läänelik mõiste, millega peetakse silmas rühmakogunemist eesmärgiga pakkuda erinevatele inimestele mugavat võimalust kokkutulemiseks ning mõtete ja kogemuste vahetamiseks, nagu ka võtete, mudelite ja oskuste õppimiseks. Töötoas keskendutakse aruteludele ja probleemide lahendamise harjutustele, et jõuda tegevustele orienteeritud tulemusteni, mis põhinevad liikmete üksmeelil. Töötoa korraldus peab olema paindlik ja see peab võtma arvesse mõningaid elemente, nagu rühma homogeensus, dünaamika, suurus ja harjutuste ajaline kestus. Enamasti kulub üks päev domeeni lähteolukorra hindamisele (teine etapp) ja teine päev strateegilise plaani koostamisele (kolmas etapp). Töötoas osalejad esindavad kogukonda või gruppe, millel on ühised huvid ja vajadused. Samas on ebatõenäoline, et kogukonna kõik liikmed saavad osa võtta töötoast, mis on enamasti mõeldud vaid 15–20 inimesele. Nagu selgitatud teises peatükis, tõstatab see küsimuse, kes peaksid kogukonda esindama.

Lähteolukorra hindamine

Esmalt hindavad kogukonna esindajad igat domeeni. Selleks antakse neile võimestumise iga domeeni kohta viis väidet, mis on kirjutatud eraldi paberilehtedele. Need viis väidet iseloomustavad erinevaid võimestumise astmeid, mis on seotud vastava domeeniga. Osalejatel palutakse iga domeeni kohta eraldi valida välja see väide, mis kirjeldab kõige täpselt olukorda nende kogukonnas. Väited ei ole nummerdatud ega mingil moel tähistatud ning need loetakse osalejatele valjusti ette, et soodustada omavahelist arutelu. Osalejad võivad väiteid täiendada või pakkuda välja uue väite, mis kirjeldab olukorda konkreetses valdkonnas. Seeläbi annavad osalejad olukorrale hinnangu kogemusi ja arvamusi võrreldes.

Põhjuste ülesmärkimine

Igale domeenile antud hinnangu põhjuste ülesmärkimine on oluline, kuna seda teavet saab järgnevates analüüsides arvesse võtta. Samuti määrab see valikule teatud õigustatavad või empiirilisel jälgitavad kriteeriumid. Selle abil saadakse jagu kvalitatiivsete väidete kasutamise ühest nõrgast küljest, mis puudutab erinevatel ajahetkedel või eri osalejate antud hinnangute usaldusväärsust (Uphoff, 1991). Õigustus peab sisaldama tõendatavaid näiteid osalejate tegelike kogemuste kohta, mis pärinevad nende kogukonnast, et näitlikustada üksikasjalikumalt arutluskäiku, mis viis väite valikuni.

Viis väidet joonisel 5.1 kujutavad endast potentsiaalselt võimestavate olukordade lühikirjeldusi seoses probleemide hindamise võime suurendamisega. Valitud väide esindab sõltumatut hinnangut, milleni jõuti üksmeele abil ning mis tugines kõigi osalejate kogemustele ja teadmistele.

NA I TIKOTIKO E SEGA KINA NA KILA KEI NA VAKAVAKARAU ME QARAVI KINA NA VAKADIDIKE

Kogukonnal puuduvad oskused ja teadlikkus hindamise teostamiseks

E SEGA NI VAKADIKEVI NA LEQA E NA VEI TIKOTIKO

Kogukond ei ole tegelenud probleemide hindamisega

NA I TIKOTIKO E TIKO KINA NA KILA. NA LEQA KEI NA I TUVATUVA NI KA ME VAKAYACORI KA RA VAKARAITAKA MAI NA LEWE NI I TIKOTIKO.

E SEGA NI RA VAKAITAVI KINA NA I SOQOSOQO LALAI ESO E NA I TIKOTIKO

Kogukonnal on oskusi. Kogukond on kindlaks määranud probleemid ja prioriteetid. Kogukonna kõik sektorid ei olnud kaasatud

NA LEQA , NAVEIKA E SA VAKAYACORI, KEI NA KEDRA I WALI E SA VAKATAKILAI MAI E NA I TIKOTIKO. E VAKYACORI NA VAKADIDIKE ME

VAKAQAQACOTAKI KINA NA I TUVATUVA NI I TIKOTIKO

Kogukond on teinud kindlaks probleemid, lahendused ja sekkumised. Hindamist on kasutatud kogukonna planeerimise parendamiseks

ME TOSO TIKO GA NA KENA VAKAQARAI NA LEQA, NA KENA I WALI KEI NA VEIKA E SA VAKAYACORI ENA I TIKOTIKO

Kogukond jätkab probleemide hindamist ning omab omanditunnet probleemide, lahenduste ja sekkumiste üle

Joonis 5.1 Väited probleemide hindamise võime parendamise kohta Fidžil

Allikas: Laverack (1999: 169)

Tabel 5.2 Üldised väited iga domeeni kohta ja nende vastavad hinded

Domeen	1	2	3	4	5
Kogukonna osalus	Mitte kõik kogukonna liikmed ja grupid ei osale kogukonna tegevustes ja koostöökutel (nt naised, noored, mehed)	Kogukonna liikmed käivad koosolekutel, kuid ei ole kaasatud aruteludesse ega abistamisse	Kogukonna liikmed on kaasatud aruteludesse, kuid mitte planeerimise ega elluviimisega seotud otsuste langetamise. Nende roll piirdub selliste tegevustega nagu vabatahtlik töö ja rahalised annetused	Kogukonna liikmed on kaasatud planeerimise ja elluviimisega seotud otsuste langetamisse. Eksisteerib süsteem teabe jagamiseks liikmete vahel.	Toimub pidev osalemine otsuste langetamises. Kogukonna liikmed on kaasatud kogukonnavälisesse tegevusse
Probleemide hindamise võime	Kogukond ei tegele probleemide hindamisega	Kogukonnal puuduvad oskused ja teadlikkus hindamise läbiviimiseks	Kogukonnal on oskusi. Kogukond on teinud kindlaks probleemeid ja prioriteetidid. Kogukonna kõik sektorid ei olnud kaasatud	Kogukond on teinud kindlaks probleemeid, lahendused ja sekkumised. Analüüsi on kasutatud kogukonna planeerimise parendamiseks	Kogukond jätkab probleemide hindamist, esineb omanditunne probleemide, lahenduste ja sekkumiste üle
Kohalik juhtimine	Mõnel kogukonna organisatsioonil puudub juht	Kõigil kogukonna organisatsioonidel on olemas juht. Mõned organisatsioonid ei toimi oma juhi käe all	Kogukonna organisatsioonid toimivad oma juhtide käe all. Mõnel organisatsioonil puudub kogukonna-väliste juhtide toetus	Juhid haaravad oma organisootivi. Juhid vajavad oskuste koolitamist	Juhid haaravad täielikult initsiatiivi. Organisatsioonide toetus on täielik. Juhid teevad ressurside hankimiseks koostööd teiste gruppidega

Domeen	1	2	3	4	5
Organisatsioonilised struktuurid	Kogukonnal puuduvad organisatsioonilised struktuurid, näiteks komiteed	Kogukond on loonud organisatsiooni, kuid need ei ole aktiivsed	Mitu organisatsiooni toimivad aktiivselt. Organisatsioonides eksisteerivad mehhanismid, mis võimaldavad liikmete sisukat osalemist	Paljud organisatsioonid on loonud üksteisega kogukonnas sidemeid	Organisatsioonid on aktiivselt kaasatud nii kogukonna sees kui ka sellest väljaspool. Kogukond on pühendunud enda ja muudele organisatsioonidele
Ressursside mobiiliseerimine	Kogukond ei tegele ressursside mobiiliseerimisega	Kogukonna korjatud ressursside mobiiliseerimisega tegelevad ainult rikkad ja mõjukad inimesed. Kogukonnaliikmeid sunnitakse ressursside loovutama	Kogukond on hankinud üha enam ressursside, kuid nende jaotamisel puuduvad kollektiivsed otsused. Kogutud ressurssid on toonud kaasa piiratud hüvesid	Kogutud ressursside kasutatakse kogukonnavälises tegevuses. Kogukonnas toimub arutelu jaotamise üle, kuid jaotamine ei toimu õiglaselt	Kogutakse märkimisväärsel hulgal ressursside ja kogukond otsustab nende jaotamise üle. Ressurssid jaotatakse õiglaselt
Sidemed teistega	Puuduvad	Kogukonnal on mitteametlikud sidemed teiste organisatsioonide ja inimestega. Puudub selgepiiriline eesmärk	Kogukonnal on kokkulepped organisatsioonidega, kuid need ei ole kaasatud kogukonna tegevusse ega arendusse	Organisatsioonid, kellega on loodud vastastikusel sõltuvusel ja lugupidamisel põhinevad kokkulepped on kaasatud kogukonna arendusse	Sõlmitud kokkulepped organisatsioonidega aitavad suurendada ressursside rahalisi vahendeid ning värvata uusi liikmeid. Otsustega kaasnevad kogukonnale head tulemused

Domeen	1	2	3	4	5
Miks-küsimuse esitamise võime	Ei peeta rühma- anutelusi, et küsida kogukonna probleemide kohta	Peetakse väikesi rühmaarutelusi, et küsida kogukonna probleemide kohta ja vaidlustada traditsioonilisi arusaamu	Peetakse rühma- koosolekuid, et kuulata ära kogukonna muresid. Rühmadel on võime mõtiskleda oma võimaluste üle. Suutlik- kus vaidlustada traditsioonilisi arusaamu	Dialog kogukonna gruppide vahel, et leida lahendusi, kontrollida iseennast ja analüüsida. Mõningased kogemused lahenduste kontrollimises	Kogukonna gruppidel on võime eneseanalüüsi teostamiseks ja panuse suurendamiseks. See viib kollektiivse muutuse poole
Programmi juhtimine	Juhib kogukonnavälise ekspert	Juhib kogukonnavälise ekspert kogukonnaga kooskõlastatult	Juhib kogukonda, keda juhendab kogukonnavälise ekspert. Otsustumehhanismid lepatakse omavahel kokku. Rollid ja kohustused on selgelt piiritletud. Kogukonda ei ole koolitatud programmi juhtimise alal	Kogukond juhib kavandamist, tegevuskava koostamist ja hindamist koos mõningase välise osapoole abiga. Kogukonna omanditunde kujunemine	Kogukond juhib end ise, välist osapoolt sõltumatult. Juhtkonnal on vastutus

Domeen	1	2	3	4	5
Suhe välise osapoollega	Välise osapool kontrollib tegevuskava, rahalisi vahendeid, ressursse ja programmi hindamist	Kontroll on välise osapoolle käes, kuid küsimusi arutatakse kogukonnaga. Kogukond ei langeta otsuseid. Välise osapool tegutseb asutuse nimel, et saavutada mõõdetavaid tulemusi	Välise osapool ja kogukond langevad otsuseid üheskoos. Välise osapoolle roll lepitakse omavahel kokku	Kogukond langevad otsuseid välise osapoolle toetusel. Välise osapool soodustab muutusi koolituse ja toetuse abil.	Välise osapool aitab muutustele kaasa kogukonna palvel, kes langevad otsuseid ise. Välise osapool tegutseb kogukonna nimel, et tõsta suutlikkust

Allikas: Laverack (1999)

Tabelis 5.2 on toodud iga domeeni kohta üldiseid väiteid, mida saab kohandada erinevatele kultuurikontekstidele. Ühtlasi on tabelis antud iga väite kohta hinne. Töötoa juhendajad kasutavad seda skoori kindlakstegemiseks pärast seda, kui osalejad on valiku teinud. Seda hinnet ei öelda osalejatele enne hindamist, et vältida nende otsuse kallutamist.

Kolmas etapp: strateegiline planeerimine ja ressursside hindamine

Teises etapis seisneb lähteolukorra hindamise mõte selles, et kogukonnaliikmed mõõdaksid oma kollektiivse võimestumise taset konkreetsel ajahetkel. Hindamise käigus kogutavat teavet saab kogukond seejärel kasutada oma teadmiste, oskuste ja suutlikkuse arendamiseks ning omandada sellega suuremat võimu. Tegemist on õppimise protsessiga strateegilise planeerimise kaudu. Olukorra hindamisest üksi ei piisa selleks, et võimestada osalejaid, kuna nad peavad olema suutelised muutma selle teabe individuaalseks ja kollektiivseks tegevuseks. Niisiis on strateegilise planeerimise eesmärk kutsuda esile tegevusi igas valdkonnas, mida kogukond on määratlenud parendust vajavaks. Strateegilises planeerimises kasutatakse kolme lihtsat sammu: arutelu, kuidas parandada hetkeolukorda, hetkeolukorra parendamise strateegia väljatöötamist ja strateegilise plaani elluviimiseks vajalike ressursside kindlakstegemist.

Kuidas parendada hetkeolukorda

Pärast iga domeeni lähteolukorra hindamist küsitakse osalejatelt, kuidas seda olukorda saaks nende kogukonnas parandada. Kui valitud on rohkem kui üks väide, peaksid osalejad iga olukorra parendamist eraldi kaaluma. Eesmärk on teha kindlaks üldisemad sekkumised, mis parandavad hetkeolukorda ja viivad edasi üksikasjalikuma strateegiani. Kui osalejad leiavad, et hetkeolukord ei vaja parendamist, ei looda selle domeeni kohta mingit strateegiat.

Hetkeolukorra parendamise strateegia väljatöötamine

Järgmiseks palutakse osalejatel mõelda sellele, kuidas hetkeolukorda saaks praktikas muuta paremaks. Osalejad töötavad välja üksikasjalikuma strateegia, mis põhineb eelnevalt nimetatud üldisematel käsitlusviisidel, näiteks alljärgnevalt:

- üksiktegevuste määratlemine;
- tegevuste järjestamine;

- realistliku ajaraami seadmine, sealhulgas eesmärkidele;
- kohustuste määramine konkreetsetele üksikisikutele, et kõik tegevused saaksid õigeks ajaks teostatud.

Ressursside hindamine

Osalejad määravad kindlaks sisemised ja välised ressursid, mis on vajalikud hetkeolukorra parendamiseks. Üldjuhul loetakse sisemiste ressurside hulka pühendumust väljatöötatud sekkumistele, koosolekutest osavõtmist ja head inimestevahelist suhtlust. Ühtlasi teevad osalejad kindlaks ka välised vahendid, nagu koolituse võimalused ja väikesed rahalised annetused. Väliste ressurside taotlemisel ollakse enamasti mõõdukad ning esmalt otsivad osalejad vahendeid kogukonna seest, kuna sageli on neil sekkumiste elluviimiseks vajalikud oskused ja teadmised endal olemas.

Strateegiale raamistiku loomine

Strateegilise plaani väljatöötamisel ja iga domeeni lähteolukorra hindamisel saadud teavet saab ühendada ja kokku võtta lihtsa raamistiku abil. Tabelis 5.3 on toodud näide seitset domeeni hõlmava raamistiku kohta Fidži Naloto kogukonnas. Programmi juhtimise ja koostööpartneri rolli domeenid on jäetud kõrvale, kuna kogukond ei olnud veel välise osapoollega sõlminud partnerlust. Kogukond kasutas hiljem seda raamistikku, et hankida rahalisi vahendeid tervisedenduse programmi toetamiseks.

Vasakpoolses tulbas on loetletud domeenid. Järgmised kaks tulpa viitavad lähteolukorrale ja sellele hindamise põhjustele. Raamistik võib sisaldada igale hinnangule vastavat skoori, mis võimaldab hinnangu üle arutada või seda visuaalselt kujutada. Kui osalejad ei suuda jõuda üksmeelele ühe domeeni välja valimises, võetakse abiks skoor kui väljavalitud väidete keskmine väärtus.

Raamistiku järgmised kaks tulpa viitavad kogukonna võimestumise strateegilise plaani (kuidas parendada hetkeolukorda) ja (vajadusel) selle rakenduskava väljatöötamisele. Enamasti määratlevad osalejad sellised hetkeolukorra parendamise meetmed, mis on nendele jõukohased. Näiteks valis Naloto kogukond järgmised meetmed:

- kohaliku juhtimise ja juhtimisoskuste edendamine;
- koosolekute regulaarne läbiviimine, et soodustada teabe jagamist juhtide ja kogukonna vahel;

- konkreetse tegevuskava või juhendi väljatöötamine, milles määratletakse ülesanded ja vastutusosalad.

Viimane tulp annab ülevaate vahenditest, mis on vajalikud strateegilise plaani elluviimiseks; näiteks Naloto kogukond valis aastaplaani, inimressursid koolituste läbiviimiseks, koolituste toimumise koha ja raha transpordiks koolituspaika.

Praktikas kujutab raamistik endast alust osalejate edasisele arutelule, planeerimisele ja tegevusele. Osalejad võivad kokku saada, et oma hinnangud ja väljatöötatud sekkumised põhjalikumalt läbi vaadata. See protsess arendab osalejate teadmisi, oskusi ja enesekindlust, et nad saaksid haarata kontrolli oma elu mõjutavate probleemide üle.

Praktiku ülesanne on hõlbustada strateegilise plaani elluviimist, pakkudes tehnilist abi ja mõningaid raamistikus nimetatud ressursse. Samuti on praktikul ülesanne aidata jagada osalejatelt saadud teavet, et hoida alal kogukonna toetust ja edendada vastutust. Raamistikus on toodud välja kogukonna poolt teatud ajavahemikuks määratud eesmärgid ja tegevused ning praktiku pakutav tugi. Selle protsessi üks oluline osa on konkreetsete rollide ja ülesannete määramine osalejatele, et jälgida eesmärkide saavutamise nimel tehtavaid edusamme. Samuti tuleb korraldada regulaarseid koosolekuid kogukonna ja praktiku vahel, et teha kindlaks, millised on edusammud kogukonna võimestumises. Seda aitab teha iga domeeni hindede visuaalsel esitamisel sobiva meetodi kasutamine (vt kuues peatükk).

Eesmärk on edendada kogukonnaliikmete omanditunnet selle strateegilise plaani osas, mida nad peavad endale oluliseks. Selles pühendumuses esineb paratamatult tõuse ja mõõnu ning see ei pruugi tingimata vastata programmi tähtaegadele või sihtidele. Ent leppides osalejatega kokku elluviimise ajavahemiku, saab praktik kavandada programmi sisendite ja väljundite hulka raamistikus nimetatud tegevused ning ressursid. Enamasti kulub domeenides määratletud tegevuste elluviimiseks kuus kuud. Sekkumise alal tehtud edusamme saab seejärel kuuekuulise perioodi lõpus hinnata ning see kujutab endast järgneva arutelu ja planeerimise lähtepunkti.

Alati ei ole võimalik luua üksikasjalikku meetmete ja tegevuste plaani. Sellises olukorras on oluline pidada järelkoosolekuid, et arutada edasi plaani elluviimist ja määrata vastutusosalad. Kogu strateegilise plaani elluviimine ei pruugi olla teostatav, kuid seda võib teha etappide kaupa teatud domeenides ja realistlike ajavahemike jooksul.

Domeenide rakendamine on paindlik ning kogukonna võimestumise strateegilist plaani saab luua mitmel viisil. Näiteks võivad osalejad arutada, milline on parim moodus iga domeeni parendamiseks, ning leppida koos kokku lõplikus plaanis ja see dokumenteerida. Kogukonnaliikmed võivad programmis ikkagi osaleda ja sellesse panustada, kuid eeldusega, et see toimub märksa kiiremini – näiteks kogukonna koosoleku jooksul ja piiratud vahenditega. Juhtumiuuringutest pärinevaid näiteid domeenide rakendamise kohta on toodud seitsmendas peatükis (probleemipõhise lähenemise puhul) ja kaheksandas peatükis (kogukonnapõhise lähenemise puhul).

Neljas etapp: hindamine ja visuaalne esitamine

Iga domeeni rakendamisega seotud edusamme või tagasiminekuid saab mõõta ja seejärel esitada programmi hindamise ühe osana, kasutades „ämblikuvõrk-diagrammi“. Seda on lähemalt selgitatud kuuendas peatükis.

Tabel 5.3 Hindamise ja strateegilise planeerimise raamistik Fidži Naloto kogukonnas

Domeen	Lähteolukorra hindamine		Strateegilise plaani väljatöötamine		
	Lähteolukord	Valiku põhjused	Kuidas parendada?	Elluviimine	Ressursid
<p>Ressurside mobiliseerimine</p> <p><i>Na kena vakayagataki na i yau bula</i></p>	<p>Kogukond on hankinud üha enam ressursse, kuid nende jaotamisel puuduvad ühised otsused. Kogutud ressursid on toonud kaasa piiratud hüvesid. Hinne 3</p>	<p>Inimesed on loovutanud ressursse planeeritud tegevusteks, kuid neid tegevusi ei ole ellu viidud. Kogukonnalt nõutakse jätkuvalt ressursse</p>	<p>Kogukonnalt täiendavate ressursside kogumine. Kogukond peaks otsustama, kuidas neid õiglaselt jaotada</p>	<p>Konkreetne tegevusplaan koos vastutajatega. Regulaarsed koosolekud. Tagasiside andmine kogukonnale koosolekute kohta. Juhtimine ja juhtkonna koolitamine, et anda head eeskujude</p>	<p>Aastaplaan. Koht ja rahalised vahendid koosolekute pidamiseks. Koosolekute läbiviimise ajavahemik. Juhtide koolitamine</p>
<p>Osalemine</p> <p><i>Vakaitavi/Cakacaka vata</i></p>	<p>Mitte kõik kogukonna grupid ei osale kogukonna tegevustes ja koosolekutel, nt noorterühmad. Hinne 1</p>	<p>Kogukonnal puuduvad teadmised, oskused, fookus ja huvi. Isiklikud erinevused lõhestavad kogukonda</p>	<p>Tavapäraste protokollireeglite, ülemusliku juhtimise ja <i>matagali</i> kasutamine. Tegevustele selgete juhiste seadmine</p>	<p>Järeelkoosolekutel juhendi väljatöötamine, mis sisaldab tegevusi, vastutajaid ja ajaraami</p>	<p>Inimressursid juhendi väljatöötamiseks. Pühendumus elluviimisele</p>

Domeen	Lähteolukorra hindamine		Strateegilise plaani väljatöötamine		
	Lähteolukord	Valiku põhjused	Kuidas parendada?	Elluviimine	Ressursid
Organisatsiooni- lised struktuurid <i>Na tuvatuva I ni cakacaka se veiqaravi vei ira nai soqosoqo</i>	Kogukond on loonud organisatsioon, kuid need ei ole aktiivsed. Hinne 2	Puuduvad juhtimisoskused ja pühendumus. Kogukonnaväliliste juhtide (tervishoiutöötajate) võime kogukonnani jõuda on ajaliselt piiratud	Juhtide oskuste arendamine ja rolli täpsustamine. Juhtide ja kogukonna vahelise kommunikatsooni parendamine. Koosolekute toimumisaegadest teavitamine. Suhtlemisvõrgustike arendamine	Juhtide kooli- tusprogrammid. Tikina nõukogu regulaarsed koosolekud. Juhtide regulaarne osavõtt koosolekutest, et arutada tõstatatud küsimusi	Koostööpartneri toetus koolitustele. Raha või transpordi olemasolu juhtide jõudmiseks kogukonnani
Probleemide hindamine <i>Vakadikevi ni leqa</i>	Kogukonnal puuduvad vajalikud oskused ja teadlikkus oma probleemide hindamiseks. Hinne 2	Pisivaruguste esinemine kogukonnas. Konfliktide esinemine küla erinevate rühmade vahel ja võimetus jõuda üksmeelele	Juhtimisoskuste tõstmine. Ülesannete delegerimine kõigile töövõimelistele inimestele kogukonnas	Juhtide koolitusprogramm. Tikina nõukogu regulaarsed koosolekud. Juhtide regulaarne osavõtt koosolekutest, et arutada tõstatatud küsimusi	Koostööpartneri toetus koolitustele. Raha või transpordi olemasolu juhtide jõudmiseks kogukonnani
Sidemed teistega <i>Na I sema ki na vei soqosoqo kei na fewe ne vanua</i>	Kogukonnal on kokkulepped organisatsioonidega, kuid need ei ole seotud kogukonna tegevuste ega arendusega. Hinne 3	Kogukonnal puudub info välissidemete kohta	Teabe kättesaadavuse ja levitamise parendamine. Kogukonna „ülemiste ja alumiste“ kihtide ning juhtide vahelise kommunikatsooni parendamine	Juhtide koolitusprogramm. Tikina nõukogu regulaarsed koosolekud. Juhtide regulaarne osavõtt koosolekutest, et arutada tõstatatud küsimusi	Koostööpartneri toetus koolitustele. Raha või transpordi olemasolu juhtide jõudmiseks kogukonnani

Domeen	Lähteolukorra hindamine		Strateegilise plaani väljatöötamine		
	Lähteolukord	Valiku põhjused	Kuidas parendada?	Eiluvimine	Ressursid
Juhtimine Veiliutaki	Kogukondlikud organisatsioonid toimivad oma juhtide käe all, aga juhid vajavad oskuste koolitamist. Hinne 3,5	Ei ole saanud koolitust. Juhid ei samastu oma rolliga. Nende kui juhtide vajaduste toetamine on ebapiisav	Juhtide oskuste arendamine ja rolli täpsustamine. Juhtide ja kogukonna vahelise kommunikatsiooni parendamine. Koosolekute toimumisaegadest teavitamine. Suhtlemisvõrgustike arendamine	Juhtide koolitusprogramm. Tikina nõukogu regulaarsed koosolekud. Juhtide regulaarne osavõtt koosolekute, et arutada tõstatatud küsimusi	Koostööpartneri toetus koolitustele. Raha või transpordi olemasolu juhtide jõudmiseks kogukonnani
Millise-küsimuse esitamine Na nodra vakatataro na lewe ni vanua va cava e vakavuna se baleta na cava?	Peetakse väikesi rühmaarutelusid, et välja selgitada kogukonna probleemide põhjused ja vaidlustada traditsioonilisi arusaamu. Hinne 2		Ei ole selles etapis vajalik		

Allikas: Laverack (1999: 244)

6. Kogukonna võimestumise hindamine

Hindamise eesmärk programmi kontekstis

Selle kohta, milline on hindamise üldine eesmärk programmi kontekstis, leidub vastakaid arvamusi. Siiski peaks hindamine käsitlema probleeme, mis huvitavad programmi asjaosalisi, kes vajavad teavet selle mõju, protsessi, edasiminekü ja tulemuste kohta. Hindamine on juhtimise lahutamatu osa (Usher, 1995), pakkudes sisendit käimasolevatele tegevustele, informatsiooni tulevase tegevuskava koostamiseks ning teavet mõjususe (kas olen oma eesmärgid saavutanud?) ja tõhususe (kulude ja tulude vahekorra) kohta. Lisaks on hindamisel oma osa programmide aruandluses, enamasti välise osapoole jaoks, kes seda rahaliselt toetab (Rebien, 1996).

Ülalt-alla-programmides kasutatakse hindamist kontrollvahendina protsessi mõõtmise kaudu. Eesmärk on parendada tegevuste kvaliteeti tulemuslikkuse saavutamiseks, pakkudes tagasisidet programmi elluviimise kohta. Üldjuhul kasutatakse hindamisel eelnevalt paikapandud näitajaid, millele vahetud asjaosalised ei panusta, ning hindamist teostab tavaliselt kogukonnaväliline ekspert. Alt-üles-programm keskendub osavõtul põhinevale enesehindamisele ja kaugeneb tavapärasest eksperdikesksest hindamisest. See tähendab võimuvahekorra põhimõttelist muutust välise osapoole ja programmi kasusaajate vahel nõnda, et kontroll tegevuskava ja hindamist puudutavate küsimuste üle jaotub õiglasemalt. Selleks, et aidata kogukondadel ennast hinnata, on välja töötatud mitmeid metodoloogiasid, nagu osavõtul põhinev maapiirkonna hindamine (PRA – participatory rural appraisal), osavõtul põhinev õppimise hindamine (participatory learning appraisal) ja osavõtul põhinev rakendusuuring (participatory action research). Osavõtul põhinev hindamine on suunatud protsessis osalevate inimeste võimestumisele. Praktikas tähendab see inimeste aktiivset kaasatust hindamisse ning neile oma elu ja tervist parendavate otsuste langetamiseks võimaluse andmist.

Üks näide osavõtul põhineva lähenemise kohta teiste võimestamiseks on PRA, mis muutus 1990. aastatel populaarseimaks kogukondade tervise ja arengu muutuste hindamise ning jälgimise vahendiks. Tegemist ei ole selgelt piiritletud meetodiga, vaid meetodite kogumiga, mis võimaldab inimestel esitada, jagada ja analüüsida teavet, mida nad ise on oluliseks pidanud. PRAd on kasutatud ka seetõttu, et sel on potentsiaali võimes-

tada kogukondi tõrjutute aktiivse kaasamise, nende vajaduste hindamise, suutlikkuse tõstmise ja otsustusprotsessi lülitamise teel. PRA abil võib saada palju teavet programmi füüsiliste ja sotsiaalsete elementide kohta, kuid seda on kritiseeritud (James, 1995), kuna sellega ei hinnata inimeste võimetuse sügavamaid struktuurilisi põhjuseid, nagu ressursside kontrollimine. PRA ei paku alati kogukonnale vajalikku informatsiooni sotsiaalsete ja poliitiliste muudatuste tegemiseks, mis on kogukonna võimestumise protsessi otsustav etapp. See on oluline, kuna vastasel korral hakkavad mõjuvõimsad inimesed domineerima ja tõrjuvad ülejäänud kõrvale ning tekkinud ootused jäävad täitumata. Hindamisprotsess muutub pelgaks vajaduste hindamiseks ja osaluseks, mitte võimestavaks kogemuseks.

Hindamise kavandamise põhimõtted

Võimestav hindamine määratleb uuesti ümber asjaosaliste vahelised rollisuhted. Välise osapoole rolli on tavapäraselt vaadeldud kui eksperdi või professionaali oma, kes otsustab kasulikkuse või väärtuse üle (Patton, 1997). Võimestava lähenemise puhul muudetakse see roll abistaja ja võimaldaja omaks, kes õpetab ja juhendab teisi asjaosalisi (Fetterman et al., 1996). Hindamine ise muutub võimestavaks kogemuseks, kuna arendab suutlikkust, oskusi, pädevust, üksikisikute sisemist võimelisust ja võimu koos praktikutega. Seda sobib illustreerima USAs populaarsust võitnud võimestava hindamise idee (vt kast 6.1).

Kast 6.1 Võimestav hindamine

Võimestavat hindamist võib defineerida kui „hindamise kontseptsioonide, meetodite ja tulemuste kasutamist positiivsete muutuste ning enesemääratluse soodustamiseks“ (Fetterman et al., 1996: 4). Selle saavutamiseks kasutatakse rühmategevustes nii kvalitatiivseid kui ka kvantitatiivseid meetodeid. Põhirõhk on hääleõigusest ilmajätute enesemääratlemisel maailmas, kus inimesed ei saa võimu mitte anda, vaid üksnes omandada või haarata.

Võimestava hindamise etapid on

- 1) programmi nõrkade ja tugevate külgede kriitiline hindamine;
- 2) edasiste muutuste jaoks eesmärkide seadmine;
- 3) sekkumiste väljatöötamine eesmärkide saavutamiseks; ja
- 4) eesmärkide saavutamise kontrollimiseks vajalike indikaatorite määratlemine. Hindaja kohustuseks on olla pigem abistaja kui ekspert.

(Fetterman et al., 1996).

Uphoff (1991) osutab sellele, et osavõtul põhineval enesehindamisel on tavapärase välise osapoole poolt teostatava hindamise ees vähemalt neli eelist: see on ennasthariv, ennastarendav, võimaldab asjaosalistel edusamme jälgida ja parandab väljaõpet. Osavõtul põhinevad eneseanalüüsid ajendavad asjaosalisi oma tugevaid külgi ise tuvastama ja arendama ning oma nõrku külgi parandama. Praktilises mõttes tugineb enesehindamine asjaosaliste kogemustele, mida metodoloogia ei mõjuta ega hindaja ei kalluta niivõrd, kui võrd see on võimalik. Hindajad püüavad inimeste elukogemuste jälgimise ja ümberjutustamise kaudu tabada sotsiaalse maailma aspekte. Seetõttu kritiseeritakse sedalaadi meetodikkaid kui subjektiivseid, muljetel põhinevaid, isikupäraseid ja eelarvamusslikke (Uphoff, 1991).

Teatud määral mõjutab hindaja kohalolu hindamise tulemusi. Ka kõige elementaarsemal tasandil võib hindajapoolne tegevuse jälgimine kutsuda esile muutusi käitumises või tegevuses või õhutada osalejaid ennast analüüsima või endas kahtlema (Mays ja Pope, 1995). Ka osalejad ise võivad olla eelarvamuse allikaks. Robson (1993) toob näite subjekti mõju kohta, kus õpilased, kes püüavad oma õpetajale meele järele olla, olles teadlikud hea tulemuse või õpetaja soovitud tulemuse tähtsusest või sellega kaasnevast tunnustusest, muudavad oma käitumist või näevad testi täitmisel rohkem vaeva.

Guba ja Lincolni (1989: 233–43) soovitude kohaselt peaks osavõtul põhinev hindamine olema usaldusväärne, ülekantav ja tõendatud. Need on kasulikud põhimõtted, mida võib rakendada võimestumise strateegiatel, et säilitada selle rangust ja usaldusväärsust.

- Uurimismeetodid nagu näiteks kvalitatiivsed intervjuud, osalusvaatlus ja keskkonnaaatlus.
- Andmete tõendamine koos asjaosalistega, näiteks kultuuriliste tõlgenduste kontrollimiseks.
- Triangulatsioon, kasutades erinevaid meetodeid ja andmeallikaid.
- Dokumentatsiooni alusel auditi teostamine.
- Interpretatsiooni tõendamine, mida teevad teised hindajad vaatleja-tevahelise kokkuleppe alusel.
- Asjatundjate range kontroll tulemuste üle ja lõpetamata töö kritiseerimine.
- Kriitiline refleksioon tulemuste ja nende tähtsuse üle asjaosalistele.
- Rõhuasetus kasulikele tulemustele.

Sobivate paradigmade valik

Kogukonna võimestumise hindamiseks võib kasutada mitmeid erinevaid mudeleid, nagu näiteks kriitiline teooria, mille kohaselt peavad teadmised paigutuma ajaloolisse konteksti ning ei saa alluda üldkehtivatele või ajatutele abstraktsetele põhimõtetele. Kaks paradigmat, millel kogukonna võimestumise hindamine põhineb, on positivism ja konstruktivism (Guba, 1990). Paradigmasid võib defineerida maailmavaatena, mis koosneb mitmest uskumuste kategooriast, millest peamised on nende ontoloogilised, epistemoloogilised ja metodoloogilised eeldused. Ontoloogilised eeldused puudutavad seda, kuidas maailm on, ehk tegelikkuse loomust. Epistemoloogilised eeldused käivad selle kohta, mida me tegelikkuse kohta teada võime. Metodoloogilised eeldused on seotud sellega, kuidas me tegelikkust tundma õpime ja milliseid strateegiaid kasutame, et avastada, kuidas maailm toimib.

Tavapärased paradigmad kehastavad positivistlikku lähenemist. Selle ontoloogia koosneb uskumisest ühteainsasse tegelikkusse, mis on igasugustest vaatlajatest sõltumatu, ja uskumusest, et eksisteerivad üldkehtivad tõesed, mis on ajast ja ruumist sõltumatud ning mida on võimalik avastada. Selle epistemoloogia koosneb uskumusest, et hindaja saab uurida – ja peaks uurima – nähtust viisil, mis ei ole mõjutatud väärtushinnangutest ega eelarvamustest. Tavapärase paradigma metodoloogias eelistatakse hüpoteeside kontrollimisel eksperimentaalseid mudeleid ning ollakse huvitatud ennustamisest tõestuse või kindluse kaudu ning tegelikkuse ja tõe kvantitatiivsetest mõõdikutest. Selle paradigma rakendusi võib kohata meditsiinis, epidemioloogias ning tervisedenduses kasutatavares ülalt-alla-programmides (Labonte ja Robertson, 1996).

Konstruktivistlik lähenemine kujutab endast laiemat raamistikku, milles tõe ja faktile omistatakse subjektiivseid mõõtmeid. Selle protsessi tulemuseks on arutelu teema, mis põhineb väidetal ja küsimustel, mis tõstatati hindaja ning asjaosaliste vahelises dialoogis. Selle lähenemise ontoloogia on relativistlik, mis tähendab, et tegelikkus on sotsiaalselt konstrueeritud. Tegelikkus on kohalik ja spetsiifiline, sõltudes oma vormist ja sisust ning inimestest, kellele need kuuluvad. Selle epistemoloogia mõistab hindajat osana hinnatavast tegelikkusest ja tulemusi uurimisprotsessi sünnitiseana. Tulemused on sõna otseses mõttes uurija ja uuritavate koostööna loodud. Selle lähenemise metodoloogia keskendub inimeste kogemustele, mis paiknevad mingis kindlas sotsiaalajaloolises kontekstis. Üksikuid tõlgendusi tuuakse välja, täiustatakse, võrreldakse ja vastandatakse eesmärgiga luua üks või mitu tõlgendust, milles valitseb üksmeel. Konstruktivistliku paradigma kohaselt ei ole tõe absoluutne, vaid seda mõistetakse pigem kõige paremini faktidega tõen-

datud ja täiuslikuma tõena, mida me võime mingil ajahetkel luua. Nende paradigmatel abil püütakse mõista, kuidas ja mida inimesed kogevad, ning seda rakendatakse kogukonna arenduses ja alt-üles-programmides (Labonte ja Robertson, 1996).

Võimestumise kontseptsiooni kohaselt ollakse huvitatud inimeste kogemustest, arvamustest ja teadmistest. See on individuaalsete ja kollektiivsete kohalike uskumuste ning tõdede tõlgendus. Võimestumine võib ühe programmi raames tähendada eri inimeste jaoks erinevaid asju ning sobivate paradigmatel valikul tuleks seega koguda ja võtta arvesse erinevaid subjektiivseid kogemusi (Rappaport, 1985). Labonte ja Robertson (1996) väidavad, et suur osa tervisedenduse alastest vaidlustest on keskendunud meetoditega – iseäranis rangete kvantitatiivsete versus pehmete kvalitatiivsete meetoditega – seotud küsimustele, mitte metodoloogiale. Kvalitatiivseid meetodeid saab kasutada positivistlikel viisidel, täpselt niisamuti nagu konstruktivistid võivad kasutada kvantitatiivseid meetodeid. Kuigi erinevaid meetodeid on suhteliselt lihtne trianguleerida, on hoopis teine asi trianguleerida erinevaid ontoloogilisi ja epistemoloogilisi lähenemisi. Just ontoloogilised ja epistemoloogilised erinevused on nende kahe peamise paradigma, konstruktivismi ja positivismi puhul põhilised (Guba, 1990). Sobivate paradigmatel valiku keerukus seisneb hindamisprotsessis peitavas epistemoloogilises hoiakus ja võimuvahekordades.

Konstruktivistlikud paradigmatel võivad hõlmata nii kvalitatiivseid kui ka kvantitatiivseid meetodeid ning selle ontoloogilised ja epistemoloogilised eeldused sobivad võimestumise hindamiseks paremini. Need eeldused lubavad võtta arvesse hinnatavate kogemusi ja teadmisi. Siiani on tervisedendus kaldunud toimima positivistliku paradigma raames, eriti need programmid, mis on kasutanud ülalt-alla-lähenemist. Märksa vähemal määral on tervisedendus lähtunud konstruktivistlikest paradigmatel, kasutades alt-üles- ja võimestavaid lähenemisi (Labonte ja Robertson, 1996).

Eetilised ja praktilised aspektid

Leidub mitmeid sügavamaid eetilisi ja praktilisi printsiipe, mis aitavad suunata praktikut kogukonna võimestumise hindamise strateegia väljatöötamisel:

- Hindamine on õiglane ja kaasav, et kõik kogukonnaliikmed saaksid väljendada oma vaateid, jagada oma kogemusi ning vaidlustada olemasolevaid väärtushinnanguid ja uskumusi;

- Hindamisel peetakse lugu rahvuslikust mitmekesisusest ja võetakse arvesse asjaolu, et erinevatel osalejatel võivad olla erinevad arvamused;
- Üksikisikutel võimaldatakse hindamise protsessis osaleda võrdses suhtes üksteise ja praktikuga, kes soodustab iga liikme kaasatust arutelu ja suhtluse teel;
- Hindamise protsess loob suhteid, tõstab usaldust ja arendab partnerlust inimeste vahel, kes teevad koostööd, et tegeleda kohalike probleemidega;
- Hindamine aitab kaasa kogukonnaliikmete suutlikkuse tõstmisele ning sellega suuremale kontrollile enda hindamise üle;
- Hindamine kujutab endast võimestavat kogemust, andes võimaluse saadud informatsioon üle kanda individuaalseteks ja kollektiivseteks otsustamisprotsessideks;
- Hindamine arendab nii kogukonnas kui ka partnerasutuses pikaajalist pühendumust võimestumisele.

Organisatsioonilisel tasandil tuleb välja töötada institutsionaalne ja juhtimise strateegia, mis võtab arvesse kogukonna võimestumise hindamise põhimõtteid. Neid põhimõtteid tuleb arvestada nii juhtkonna tasandil kui ka allpool, kogukonnaga töötamise tasandil. Partnerasutused parandavad oma organisatoorset suutlikkust ning tugevdavad juhtimispraktikat, sisestruktuure ja pühendumust sobivate hindamisstrateegiatega järgimisel. See peegeldub asutuse poliitika arutlustest: kasutatavas keeles, retoorikas, väärtustes ja ideoloogias, mis aitavad kaasa suutlikkuse tõstmise ja võimestumise protsessidele.

Täiendava suunisenähtena kogukondadega töötavatele asutustele on järgmised hindamise põhimõtted:

- asutuse väärtushinnangud (nt kas peetakse oluliseks kogukonnaliikmete kaasamist kogukonna terviseprobleemide hindamisse ja programmide väljatöötamisse? Kas tähtsustatakse teiste gruppide või kogukondlike organisatsioonidega partnerlussuhete sõlmimist ja koostööd?);
- asutuse kavatsused (nt milline on parim viis oma seisukoha kehtestamiseks ja kogukondliku tegevuse strateegia valimiseks? Kas sobivam on käskiv või koostööl põhinev lähenemine?);
- asutuse tegevused (nt kas kogukonnaga tehakse juba mingite konkreetsete programmide raames või probleemide osas koosööd? Kuidas?

Kas teiste institutsioonide või asutustega tehakse koostööd? Kas kogukonna juhid või esindajad on juba kaasatud programmi hindamisega seotud otsustusprotsessi?);

- hindamist toetavad ressursid ja eriteadmised (nt milliste mehhanismide abil tagatakse kogukonna vajadusi puudutavate andmete kasutamine? Milliseid rahalisi vahendeid vajatakse? Millised töötajad on kõige kogenumad või loonud juba kogukonnaga tihedaid sidemeid?) (kohandatud CDC/ATSDR (1997) põhjal).

Ronald Labonte ja Ann Robertson (1996), kaks väljapaistvat Kanada tervisedendajat, ning Yoland Wadsworth ja Maggie McGuinness (1992), kaks nimekat Austraalia kommentaatorit, on toonud välja täiendavaid aspekte seoses eetiliste kohustustega, mida eeldatakse neilt, kes võtavad osa kogukonna võimestumise hindamisest.

- Võrdne lugupidamine kõigi osapoolte vastu, kindel tahe selgitada välja nende arvamused ning neile võimaluse andmine hindamise tulemusi omavahel arutada ja interpreteerida, et jõuda parimas seletuses üksmeelele;
- Hindaja ning nende isikute või rühmade vahel, kellega ta töötab, õiglaste suhete kokkuleppimine, milles on kesksel kohal professionaalide ja sihtgruppide võimuvahekorra paindlikkus;
- Arusaamine, et eri osapooltel on erinevad väärtushinnangud, huvid ja vahendid ning et kõik need on võrdselt tähtsad.

Need põhimõtted loovad aluse hindamismetodoloogiale: hindamine peab olema osavõtul põhinev ja võimestav, võimaldama enesehindamist ja sobituma programmi konteksti. Kogukonna võimestumise hindamise põhitunnused on võetud kokku kastis 6.2.

Metodoloogilised aspektid

Hindamise kava või lähenemise väljatöötamine kogukonna võimestumise mõõtmiseks tõstatab tervisedenduse programmi kontekstis mitmeid metodoloogilisi küsimusi.

Kaasava kogukonna määratlemine ja mõõtmine

Ükski kogukond ei ole homogeenne ja see tõsiasi muudab kõigi kogukonnaliikmete või nende esindajate kaasamise keeruliseks. Georgia Bell-Woodward et al. (2005) leidsid, et abi on sellest, kui uurida varasemat

Kast 6.2 Kogukonna võimestumise hindamise põhitunnused

Mudel

- Rakendab rangeid põhimõtteid nagu usaldusväärsus, teoreetiliselt põhjendatud ja välikatsetega kontrollitud.
- Kasutab sobivat meetodit.
- On suunatud programmi mõjususele ja tõhususele.
- On suunatud programmi saavutustele ja sisenditele.
- Käsitleb eetilisi küsimusi.

Asjaosaliste vajadused

- Määratleb selgelt kõigi asjaosaliste kohustused ja vastutuse.
- Rakendab osavõtul ja enesehindamisel põhinevat lähenemist.
- Saadud informatsiooni võivad tõlgendada kõik asjaosalised.

Tulemused

- Annab täpset ja rakendatavat teavet.
- On võimestav, pakkudes asjaosalistele võimalust kasutada teavet otuste langetamiseks ja tegevuste elluviimiseks.
- Saadud tulemuste tõlgendamiseks kasutatakse erinevaid esitusviise (nt tekstuaalset ja visuaalset).

algatusvõimet kogukonnas ja julgustada vastajaid „kujutlema seda, mida näeks väljastpoolt tulija“. Bell-Woodard et al. tõstatasid küsimuse, kuidas motiveerida kogukonda võtma osa kogukonna võimestumise hindamisest. Ainult viis kogukonna esindajat neljateistkümnest vastasid lühikele kirjalikule küsitlusele. See viitas nende osaluse astmele uuringu läbi viimise ajal ja motivatsioonitasemele hindamises osalemiseks.

Valiidsete andmete kogumine

Hindamise valiidsus, näiteks kvalitatiivsete väidete kasutamise puhul, võib olla problemaatiline vähemalt kolmel põhjusel: teataval määral annavad inimesed hinnangu oma tehtud tööle, arvamusi võib mõjutada meenutamise nihe (recall bias) ja rühmas antud hinnanguid võib mõjutada rühma dünaamika. Bell-Woodward et al. leidsid, et valiidsusega seotud probleeme aitab osaliselt lahendada see, kui panna rõhku hinnete põhjendamisele ja näidete toomisele, anda enne hinnangute andmist põgus

ülevaade eelnevatest elluviidud algatustest ning tagada, et üksikisikud annaksid oma hinnangu enne selle jagamist rühmaga. Laverack (1999) on leidnud, et osalejad said hinnangut andes kiiresti aru kvalitatiivsete väidete vahelisest seosest. See viis üleüldiste hinnete nihkumiseni kõrgemate väärtuste poole – „rahuldava“ ja „väga rahuldava“ vahele. Tegemist oli vastamisnihkega (demand response bias), mis on omane kasvava hineskaala (vähimast enimani) kasutamisele. Lisaks metodoloogilistele aspektidele võib sellist käitumisviisi seletada nii praktiku mõjuga kui ka osalejatest tingitud nihkega. Seda laadi vea kõrvaldamiseks tuleb tagada, et hindamine vastaks nõuetele ning et hindaja eelistused avataks selektuses välistamaks hindamistulemuste moonutamist.

Hindeskaalade kasutamise seotud probleemid võimestumise hindamisel

Hindeskaala kujutab endast väärtuste seeriat ühe tunnuse või domeeni mõõtmiseks. Väärtused on paigutatud ühtsesse loetelusse või kontiinuumisse teatud punktide vahemikuga, näiteks vähimast enimani. Seda vahemikku saab klassifitseerida arvuliselt või kasutades kirjeldusi kontiinumini iga punkti kohta (Litwin 1995).

Struktureeritud käsitlust hinnangu andmisele on kasutanud mitmed autorid, kes on töötanud välja hineskaalad, et pakkuda kogukonna osaluse (Shrimpton, 1995; Balcazar ja Suarez-Balcazar, 1996) ja kogukonna pädevuse (Eng ja Parker, 1994) jaoks süstemaatilisemat metodoloogiat. Uphoff (1991) töötas välja enesehindamise metodoloogia osalusel põhinevate programmide jaoks arengumaades. See metodoloogia kasutab valimikku küsimustest, mis on programmi vajaduste seisukohast olulised, nagu seadmete korrashoid või infrastruktuuri rajamine. Seejärel kujundatakse nende küsimuste alusel hinnang. Uphoff kasutab küsimusi, mis on esitatud neljas variandis, mis varieeruvad ideaalsest mitteaktsepteeritava olukorrani. Igale variandile vastab hinne vahemikus 0 kuni 3. Kirsten Havemann (2006) töötas välja vahendi osalemise ja võimestumise üldise mõjususe visualiseerimiseks ning arvutamiseks. Igale etapile vastav hinne paigutati „ämblikuvõrk-diagrammi“ osadele, millest igaüks oli jaotatud väärtuste 1–10 vahel. Kui hinded olid antud, joonistus välja osaluse ja võimestumise astme (ulatuse) visuaalne pilt, mida võis kasutada võrdluseks teiste „ämblikuvõrk-diagrammidega“. Osaluse ja võimestumise kvantitatiivse mõõdu saamiseks arvutati välja iga „ämblikuvõrk-diagrammi“ joone sisse jääv pindala.

Laverack (1999) kasutas esialgu hineskaalat nimega „võimestumise hindamise hineskaala (EARS – empowerment assessment rating scale),

et oma üheksat domeeni osavõtul põhineva hindamise käigus hinnata. Kõik viis väidet kirjutati ühele paberilehele. EARS esindas kogukonna võimestumise erinevaid tasemeid alates kõige madalamast võimestumise taset iseloomustavast väitest (esimene väärtus), lõpetades kõige kõrgemaga (viimane väärtus). Igale väärtusele omistati vastuse kategooria. Need anti nii fikseeritud vastusevariantide (mitteamaksete, väga ebarahuldav, ebarahuldav, rahuldav ja väga rahuldav) kui ka hinnete 0, 1, 2, 3, 4 kujul. Tabelis 6.1 on toodud näide EAR-skaala kasutamise kohta probleemide hindamise puhul.

Kui hindedkaalad olid iga domeeni jaoks visandatud, tuli teha kindlaks nende valiidsus ja usaldatavus. Valiidus tähendab seda, kui täpselt hindavad skaalad neid asju, mida nad on mõeldud hindama. Niisiis viitab väljapakutud EARSi valiidsus sellele, kas kõik skaala väärtused kujutavad endast vastava domeeni tegelikku näitajat. Teine küsimus (seoses skaalade ülesehitusega) puudutab seosmist järjekindlust. Teisisõnu on küsimus selles, kas skaala viis väärtust on omavahel piisavalt seotud ja moodustavad üheskoos vastava domeeni arusaama (Bryman, 1992).

Hindedkaalade täpsust võib hinnata näiteks nimivaliidsuse ja sisuvaliidsuse alusel. Nimivaliidsus põhineb sõltumatute isikute arvustusel selle kohta, kas mõõtmisvahend näeb nende arvates välja rahuldav, seisukohta saab edastada näiteks e-posti teel mitteametliku suhtluse kaudu. Sisuvaliidsus on spetsiifilisem kriteerium, mis puudutab seda, kui asjakohane tundub väärtuste sisu kindlatele arvustajatele, kes valdavad teemat. Mõte on selles, et need inimesed avaldaksid skaalade kohta oma kogemuste ja teadmiste põhjal arvamust (Litwin, 1995).

Laverack (1999) avastas EARSi esmasel rakendamisel, et see mõjutas osalejate käitumist ja tegutsemist. Skaala suunas osalejaid valima iga domeeni kohta käivate väidete vahel, selle asemel et lasta neil üksikasjalikult mõtiskleda kogukonna tegeliku olukorra üle. Seetõttu otsustas ta eemaldada kõik viited hindamisele, sealhulgas termini „EARS“. Skaalat kohandati edasi, kasutades varianti, kus osalejatele anti viis väidet, millest igaüks oli kirjutatud eraldi paberilehele. Paberilehed ei olnud nummerdatud ega muul viisil tähistatud. Hindedkaalale viitavate numbrite ja märkide puudumine tähendas, et osalejaid ei mõjutatud valiku tegemisel. Selle asemel pidid osalejad iga väidet selle sisu alusel hoolikalt kaaluma. Osalejad panid mõned väited kohe kõrvale ning aeg kulutati ülejäänute arutamisele, enne kui jõuti mingis konkreetses väites üksmeelele.

Tabel 6.1 EAR-skaala probleemide hindamiseks

0 Mitteaktsepteeritav	Kogukond ei tegele probleemide hindamisega
1 Väga ebarahuldav	Hindamise viib läbi väline osapool. Kogukonnal puuduvad oskused ja teadlikkus hindamise teostamiseks
2 Ebarahuldav	Kogukonnal on hindamisalaseid oskusi. Kogukond on määratlenud probleemid ja prioriteetidid. Kogukonna kõik sektorid ei olnud kaasatud
3 Rahuldav	Kogukond on määratlenud probleemid, lahendused ja sekkumised. Hindamise tulemusi on kasutatud kogukonna arengu planeerimise parendamiseks
4 Väga rahuldav	Kogukond jätkab probleemide hindamist, esineb omanditunne probleemide, lahenduste ja sekkumiste üle

Võimestumise hindamise visuaalne esitus

Visuaalse esituse eesmärk on võimaldada hindamise analüüsi ja tõlgenduse jagamist asjaosalistega. Teavet tuleb võrrelda teatud ajavahemiku ja programmi erinevate osade vahel. Seetõttu kujutavad visuaalsed esitused, mis on kultuuritundlikud ja kergesti taasloodavad, sobivat viisi kvalitatiivsete andmete interpreteerimiseks ning jagamiseks.

Kogukonna võimestumine on keerukas kontseptsoon, mida võib vaadelda ja mõõta protsessina, mida mõjutab üheksa erinevat domeeni (neid selgitati viiendas peatükis). Igat domeeni mõõdetakse viie väite abil, mis varieeruvad kõige vähem võimestavast kuni kõige võimestavama olukorraneni ning millele vastavad hinded vahemikus 1–5. Viiendas peatükis on märgitud ka iga domeeni kohta käivad väited.

Hinded võimaldavad igat domeeni arvulise väärtuse 1–5 abil kvantifitseerida. On oluline meeles pidada, et see väärtus kujutab endast vastava domeeni ligikaudset hinnangut vastavalt osalejate teadmistele ja kogemustele kogukonna situatsioonist hindamise hetkel. Neid arvulisi väärtusi on seejärel võimalik visuaalselt esitada.

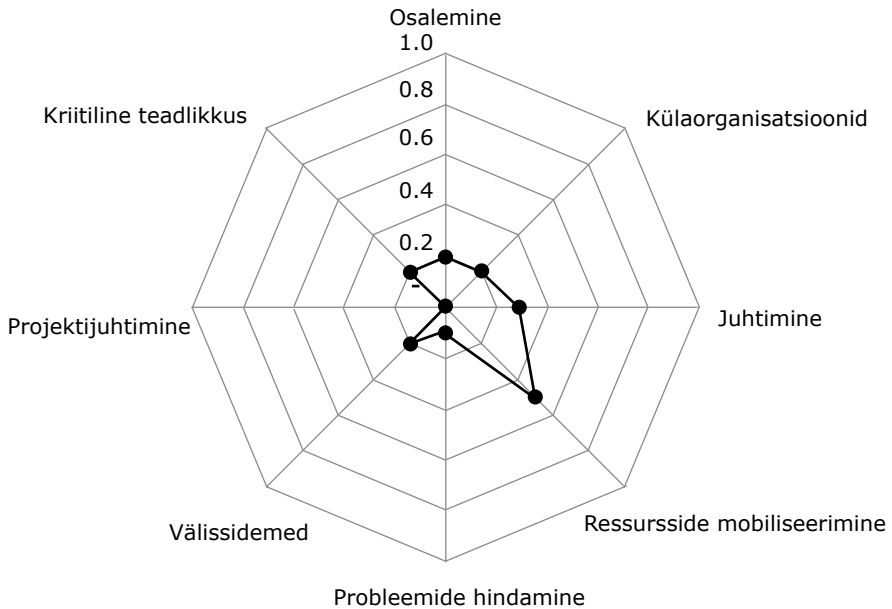
„Ämblikuvõrk-diagramm“

„Ämblikuvõrk-diagramm“ on mõeldud kasutamiseks spetsiaalselt valdkondliku käsitluse puhul (mida on kirjeldatud viiendas peatükis), et kogukonna võimestumist visuaalselt esitada. „Ämblikuvõrk-diagramm“ on üles ehitatud tabelarvutus-tarkvara abil, mis võimaldab kvantitatiivseid andmeid graafiliselt kujutada, enamasti kasutades funktsiooni Chart Wizard. „Ämblikuvõrk-diagramm“ valitakse standardsest radari-tüüpi diagrammist ning seejärel järgitakse etteantavaid lihtsaid samme, et määrata andmete vahemik, diagrammi valikud ja diagrammi paigutus. Visuaalne esitus annab ülevaate iga domeeni tugevatest ja nõrkadest külgedest ning kogukonna võimestumisest tervikuna. Seda teavet saab kasutada arengute võrdlemiseks kogukonna sees ja ühes programmis osalevate eri kogukondade vahel. Kogukonna võimestumise mõõtmiseks kasutatavad hinded sama kogukonna või eri kogukondade kohta on suhtelised, tingituna muutustest sarnasustes või erinevustes mingi konkreetse ajavahemiku jooksul.

Erinevuste graafiline kujutamine aja lõikes võimaldab teha järeldusi kogukonna võimestumise arendamise efektiivsuse kohta programmi raames. Kogukonnaliikmed ja väline osapool võivad lisada visuaalsele esitusele tekstuaalse analüüsi, et selgitada, miks mõned domeenid on tugevad ja teised mitte. Visuaalset ja tekstuaalset analüüsi saab kasutada selleks, et luua strateegiaid kogukonna võimestumise arendamiseks konkreetse ajavahemiku jooksul, näiteks programmi aruandluse vahele jääva aja jooksul (Laverack, 2006c).

Joonisel 6.1 on toodud lihtne visuaalne esitus Kõrgõzstanis asuva Bukara küla kogukonna võimestumise lähteolukorra näitajate kohta (SLLP, 2004). „Ämblikuvõrk-diagramm“ näitab, et mõõtmise hetkel olid kõik domeenid nõrgad, välja arvatud ressursside mobiliseerimise domeen. Kogukonnal oli varasemaid kogemusi rahaliste vahendite kogumise osas kohaliku käsitöö turul müümise abil, mistõttu nad andsid sellele domeenile kõrgema hinde. Halva hinde andis kogukond programmi juhtimise valdkonnale. Seda seetõttu, et programm oli äsja alanud ning kogukonna ja väliste partnerite vahel ei olnud veel tekkinud head töösuhet.

Hindamisi saab edaspidi korrata ja märkida samasse „ämblikuvõrk-diagrammi“. Kogukonna võimestumise visuaalse esituse koos selle tõusude ja mõõnadega saab koostada programmi kestuse jooksul. On oluline toetada visuaalset esitust tekstuaalse analüüsiga nende asjaolude kohta, mis iga hinde andmisel rolli mängisid. Seda teevad nii kogukonnaliikmed kui ka väline partner ning see lisab võimestumise mõõtmise analüüsile sügavust.



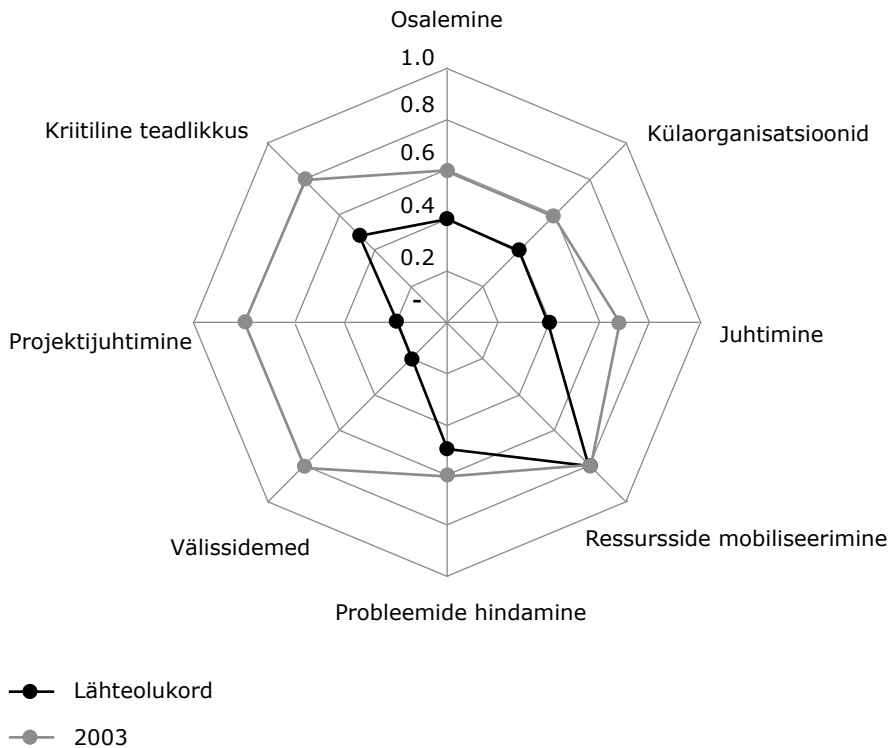
●— Lähteolukord 2003

Joonis 6.1 Bukara küla näitajad

Joonisel 6.2 on toodud kogukonna võimestumise esimese (lähteolukorra) ja teise mõõtmise tulemused Tokbai-Talaa külas Kõrgõzstanis (SLLP, 2004). Samas kogukonnas korraldati samade osalejatega 12-kuulise vahega kaks mõõtmist. Pärast esimest mõõtmist töötasid kogukonna esindajad välja strateegilise plaani domeenide tugevdamiseks. Teise mõõtmise ajaks oli toimunud areng kõigis domeenides, välja arvatud ressursside mobiliseerimises, mis oli jäänud samale tasemele. Kogukonna esindajad otsustasid luua strateegilise plaani selle konkreetse domeeni tugevdamiseks järgneva kuue kuu jooksul.

Joonisel 6.3 olev „ämblikuvõrk-diagramm“ kujutab kahte mõõtmist, mis teostati samas kogukonnas, Kõrgõzstanis asuvas Ak-Terekis (SLLP, 2004), samade osalejatega ja kuuekuulise vahega. Kogukonna hindamine näitas programmi toel tehtud edusamme kõigis domeenides, välja arvatud kriitilises mõtlemises (miks-küsimuse esitamine). Programmi raames oli esmalt teostatud tugevate ja nõrkade külgede, võimaluste ning ohtude SWOT-analüüs (strengths, weaknesses, opportunities, threats), mis hõlmas kogukonna vahetute vajaduste kindlakstegemist. Võimestumine nõuab aga, et kogukonnaliikmed läheksid vajaduste analüüsist kauge-

male ja uurisid kriitilise pilguga oma võimetuse laiemaid (sotsiaalseid, poliitilisi, majanduslikke) põhjuseid. See on sobilike isiklike ja sotsiaalseid muutusi esilekutsuvate strateegiade loomisel otsustav etapp ning seda nimetatakse kriitiliseks mõtlemiseks või kriitiliseks analüüsiks. See näitab kogukonna võimet vaadata väljapoole ja mõelda kontekstist lähtuvalt, selle asemel et jätkata keskendumist sisemistele ja kohalikele probleemidele. Kogukonna kriitilise mõtlemisvõime parandamiseks on kasutatud selliseid strateegiaid nagu Photovoice (Wang et al., 1998), mida saaks kasutada ühe võimaliku strateegiana Ak-Tereki kogukonnas.

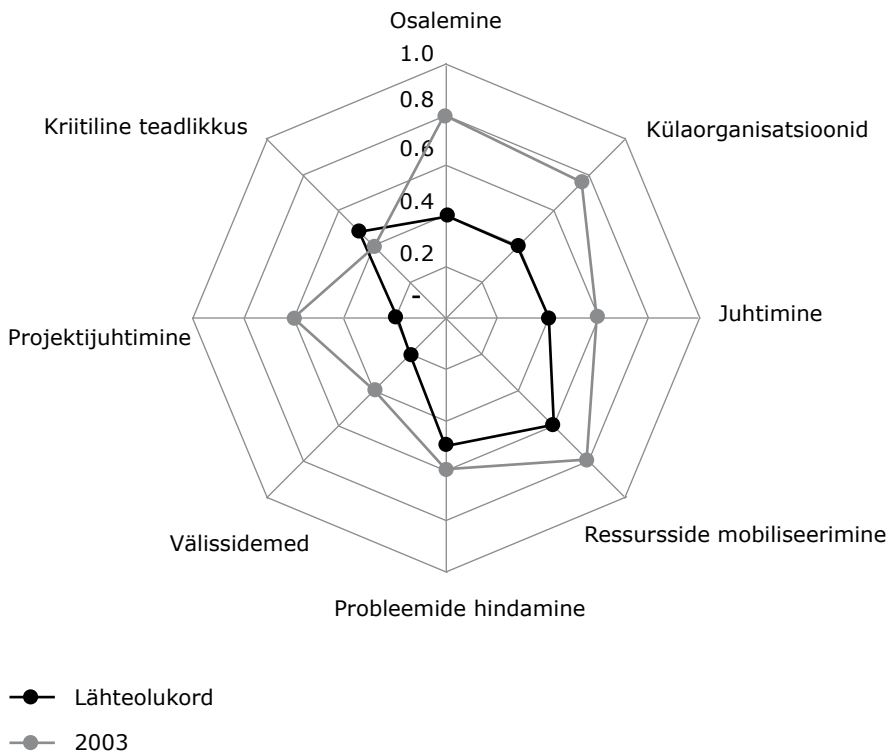


Joonis 6.2 Tokbai-Talaa küla näitajad

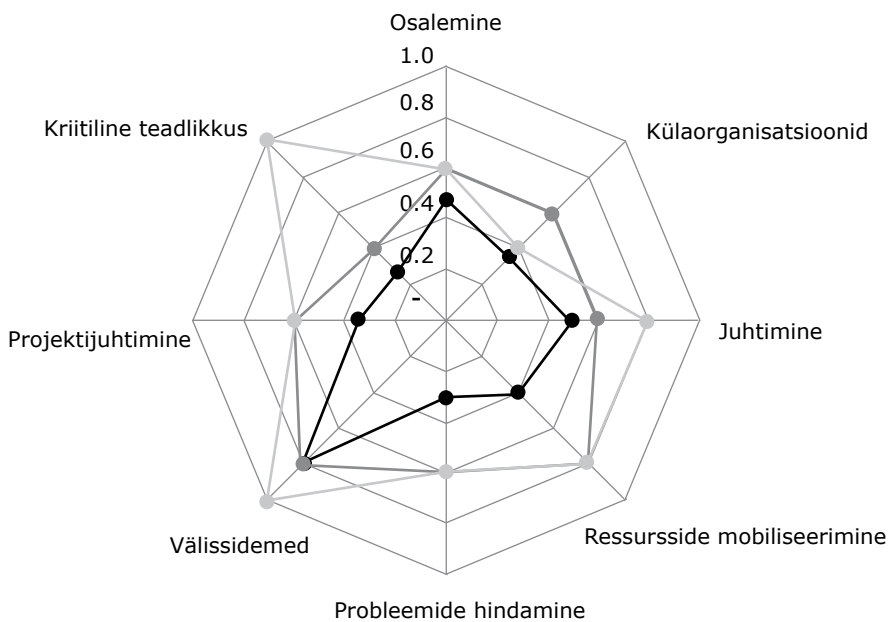
Programmid, milles osaleb mitu kogukonda, võivad kogukonna võimesutumise lähteolukorraks võtta iga domeeni kõigi mõõtmiste keskmise väärtuse. Joonisel 6.4 on toodud visuaalne esitus samas Kõrgõzstani programmis osalenud kahe kogukonna, Arali ja Chech Dobo kohta (SLLP, 2004). Kogukonna võimestumise näitajat on võrreldud keskmise lähteolukorra väärtusega, mis on võetud programmi teiste kogukondade näitajate

põhjal, et võimaldada kõigi üheksa domeeni võrdlemist. Sel moel saab iga konkreetse kogukonna edusamme võimestumise arengus kõrvutada samas programmis osalevate teiste kogukondade tegevustega.

„Ämblikuvõrk-diagrammi” saab kasutada ka kogukonna enesehindamise kontrollimiseks. Kui kõigi domeenide hindeid peetakse liiga kõrgeks (hinne 4 või üle selle), võib väline osapool korraldada koostöös kogukonnaga sõltumatu hindamise (Laverack, 2006c). See ei ole täielikult sõltumatu, kuna hindaja (väline osapool) on kogukonnaga tuttav. „Ämblikuvõrk-diagramm” joonisel 6.5 on näide kahe Nepaali naisterühma teostatud hindamise kohta. Mõlemas kogukonnas olid kõigi domeenide hinded kõrged ja tervishoiutöötaja teostas kolmanda, sõltumatu hindamise, et tulemusi kontrollida. See kinnitas, et naisterühmade antud kõrged hinnangud domeenidele peegeldasid tegelikkust (Gibbon et al., 2002).

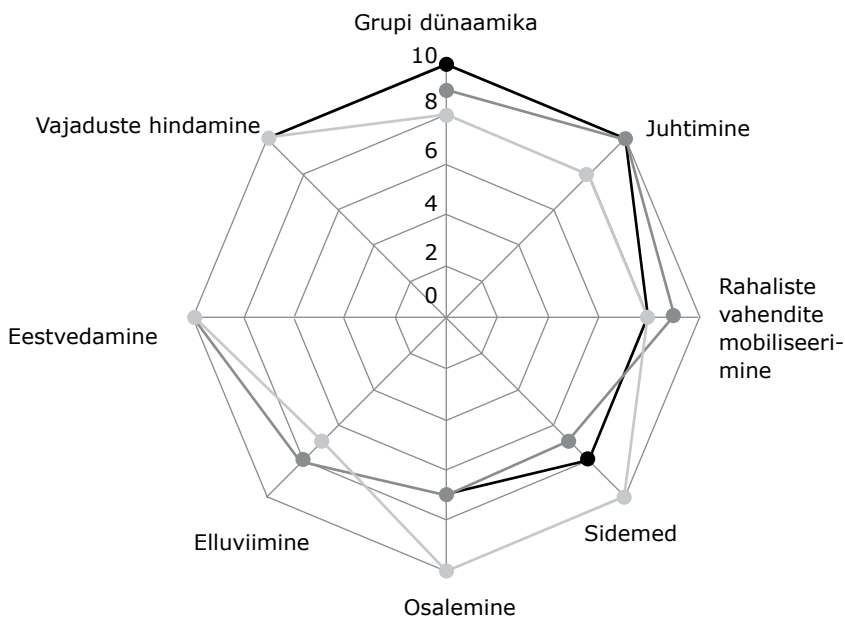


Joonis 6.3 Ak-Tereki küla näitajad



- Lähteolukord
- märts 2003
- september 2003

Joonis 6.4 Arali ja Chech Dobo küla näitajad



Joonis 6.5 Kogukonna võimestumise näitajate kontrollimine

„Ämblikuvõrk-diagrammi” kohandamine

Uurija ja praktik Kirsten Havemann (2006) tegi pilootuuringu, et töötada välja ja katsetada andmete kogumise ning osalemise ja võimestumise hindamise meetodeid. Ta kasutas oma uuringus domeenide käsitlust ja „ämblikuvõrk-diagrammi” kohandatud versiooni. Uuring, mis oli osa Keenias käimasolevast üleriigilisest kogukonnapõhisest programmist, korraldati eesmärgiga luua külainstitutsioone, mis võiksid aidata võimestumise kaudu elatustaset tõsta. Pilootuuringu valimisse kuulusid kõik Kwale piirkonna Mazumalume ja Simkumbe alamrajooni elanikud, kokku 19 800 inimest 2064 leibkonnast. Meetodeid katsetati Kwale piirkonnas Samburu üksuse Mwatate rajoonis Mwatate alamrajoonis Mwangane külas, mille elanike arv oli 320.

Andmete kogumine algas küla ressursi- ja sotsiaalsete kaartide joonestamisest, mida tegi uurimisrühm ning kaksteist külaelanikku. Neid kaarte võrreldi ja kontrolliti kaartidega, mille külaelanikud olid joonestanud projekti alguses. Sotsiaalse kaardi abil tehti kindlaks peamised küsitletavad, nagu ämmaemand, kogukonna tervishoiutöötaja ja kohalik ravitseja, keda seejärel intervjueriti. Uurimisrühm tegi külas transekt-

ringkäigu, et kontrollida vastjoonestatud kaarte, aga ka õppida külaelanikke tundma ja intervjuuerida küsitletavaid. Planeerimise hõlbustamiseks koostati külastatavatest paikadest ja intervjueeritavatest inimestest enne ringkäiku loetelu.

Abikülavanem ja külajuhatuse esimees kutsusid seejärel kokku baraza ehk kogukonnakoosoleku. Osalejad jagati kolme rühma: naiste ja meeste segarühm, naisterühm ja lasterühm. Meeste vähese osavõtu tõttu ei õnnestunud meesterühma moodustada. Igal rühmal paluti vastata alljärgnevale seitsmele küsimusele.

1. Millises etapis, kui üldse, aitasid õpitud meetodid teil tervisedendusest osa võtta?
2. Milline etapp, kui üldse, avaldas kõige suuremat mõju teie käitumisviisidele/hoiakutele seoses parema tervisega?
3. Milline etapp, kui üldse, aitas teil kõige enam oma tervisealaseid teadmisi ja oskusi kogukonnaga jagada?
4. Milline etapp, kui üldse, on kõige rohkem parandanud teie ligipääsu ressursidele, mis aitavad kaasa paremale tervisele?
5. Milline etapp, kui üldse, on aidanud kõige rohkem kaasa parema tervise nimel tehtud institutsionaalsetele muutustele (peaasjalikult seoses tervishoiuministeriumiga)?
6. Milline etapp, kui üldse, on aidanud kõige rohkem kaasa teie isiklikele parema tervise nimel tehtud muutustele?
7. Milline etapp, kui üldse, on võimaldanud teil (kogukonnal) kontrollida ressursse, mis on suunatud parematele tervisetulemustele?

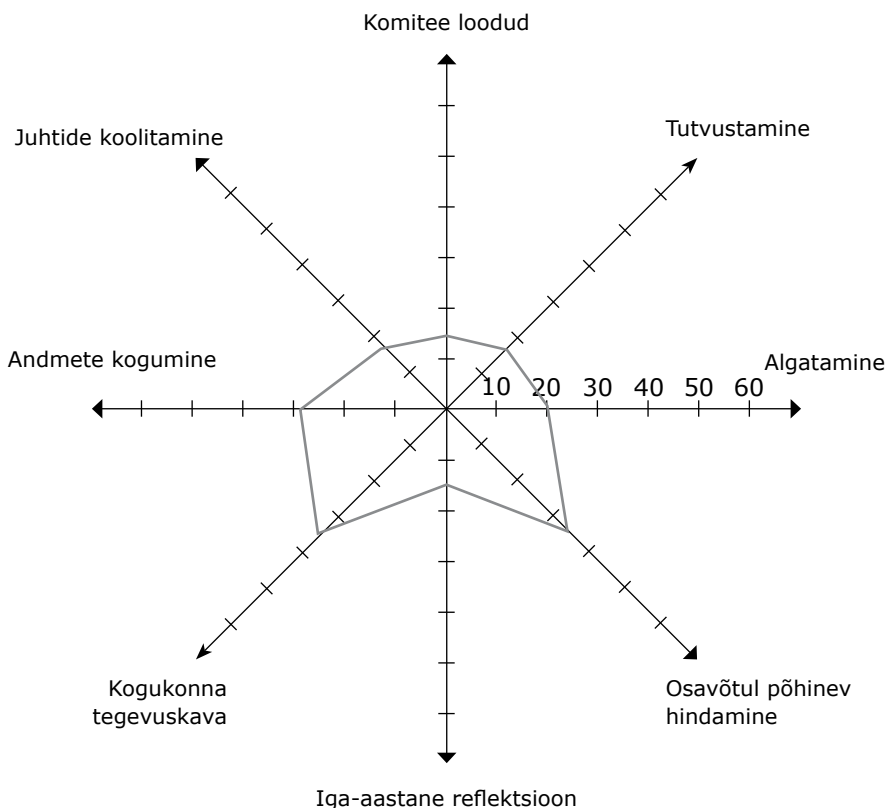
Külaelanikel paluti kõiki seitsmet küsimust kümne punkti skaalal hinnata. Hindamisel pidi lähtuma sellest, kui oluliseks peeti mingit etappi osalemise ja/või võimestumise parendamiseks tervist edendavates tegevuses. Osalemise ja võimestumise üldise efektiivsus-skoori kujutamiseks ning arvutamiseks kandis uurimisrühm iga etapi skoori „ämblikuvõrk-diagrammi” osadele (millest igaüks oli jagatud kümneks). Joonistel 6.6 (võimestumine) ja 6.7 (osalus) on toodud kaks nendest diagrammidest.

Kui skoorid olid paigas, joonistus välja visuaalne pilt osalemise ja võimestumise astme kohta, mida sai kasutada võrdluseks teiste „ämbliku-võrk-diagrammidega”. Osalemise ja võimestumise kvantitatiivse näitaja saamiseks arvutati välja iga „ämblikuvõrk-diagrammi” sisemine pindala. See ala oli „ämblikuvõrgu” ehituse tõttu juba jaotatud kaheksaks kolmnurgaks. Nende kaheksa kolmnurga pindalade summa arvutamiseks loodi ja võeti kasutusele järgmine valem:

$$Pindala 1 = \frac{\sqrt{2}}{4} [x_1 \cdot x_2 + x_2 \cdot x_3 + x_3 \cdot x_4 + x_4 \cdot x_5 + x_5 \cdot x_6 + x_6 \cdot x_7 + x_7 \cdot x_8 + x_8 \cdot x_1]$$

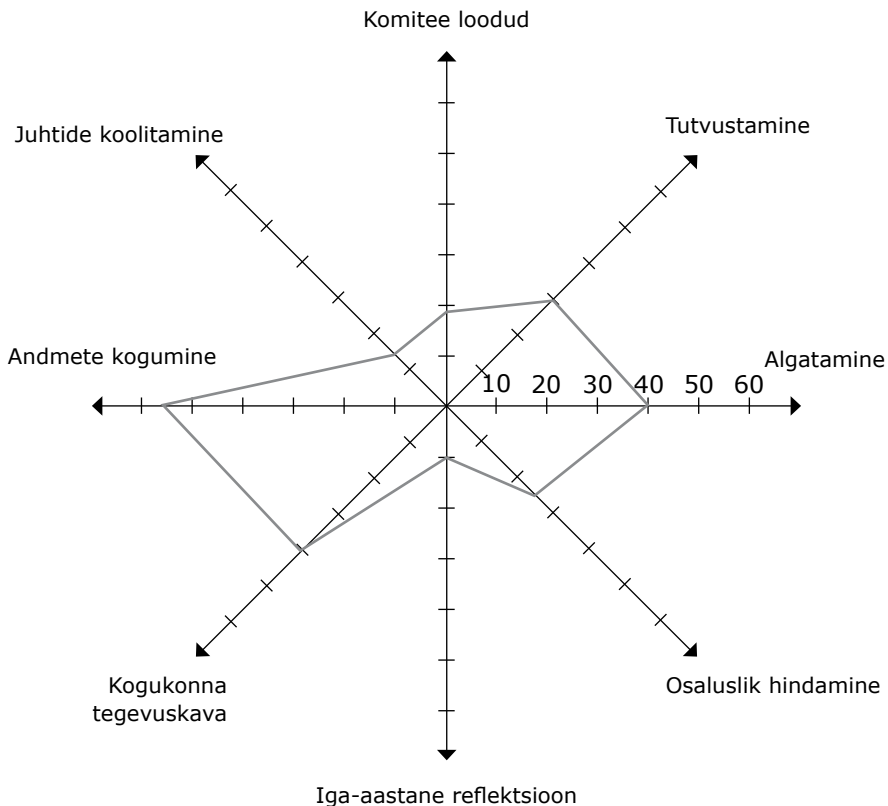
Pindala 1 kirjeldab osaluse määra ja kujutab endast „ämblikuvõrk-diagrammi“ sisemist kogupindala, mis moodustub kaheksa kolmnurga liitmisel. „X“ on tervisedenduse protsessi ühe etapi hinnanguline väärtus, mis on kantud diagrammi osadele. Siinkohal tuleks märkida, et arvudele ja võrranditele keskendumisega kaasneb tõsine oht, et see juhib tähelepanu võimestumise protsessilt kõrvale. „Ämblikuvõrk-diagramm“ on lihtne visuaalne esituse ja tõlgenduse moodus. Sellele ei maksa tugineda kui iga domeeni konkreetsete tulemuste kvantifitseerimise või mõõtmise vahendile.

Diagramm: tegevuspädevus



Joonis 6.6 Võimestumise diagramm

Diagramm: osalemine



Joonis 6.7 Osalemise diagramm

Seitsmendas peatükis käsitletakse seda, kuidas domeenide rakendamist on kasutatud kogukonna võimestumise toetamiseks tervisedenduse programmi raames, ning tuuakse kaks juhtumiuuringutest pärinevat näidet, mis erinevad teineteisest oma sisu poolest.

7. Kogukonna võimestamine praktikas: probleemipõhine lähenemine

Käesolevas peatükis arutatakse kaht juhtumiuuringut, mis näitavad, kuidas kogukonda võimestada, kasutades viiendas peatükis tutvustatud üheksat domeeni tervisedenduse programmide loomiseks probleemipõhise lähenemise abil. Need kaks juhtumiuuringut on „Tervise tulemite ja kogukonna suutlikkuse parendamine Kanadas” ja „Eluasemestandardite parendamine ühes Inglismaa kesklinnapiirkonnas”.

Tervisedenduse teoorias nähakse kogukondi sageli kui üksusi, mis vajavad oma vajaduste määramisel ja nendega tegelemisel kogukonnaväliste ekspertide abi. Tegelikult teavad kogukonnad sageli juba ise, mida nad soovivad, tuginedes ühisele arusaamale oma mureküsimate ja probleemide kohta. Siiski ei oska kogukonnad sageli ise oma küsimusi või probleeme lahendada. Selleks on tarvis suutlikkust suurendada, mis võib, kuid ei pruugi kaasa tuua kogukonna võimestumise. Tervisedenduses kasutatakse sageli mõistet „probleemi hindamine”, kuna kogukonnad sõnastavad endale muret tegevad probleemid, samas kui kogukonnavälised eksperdid lähtuvad tavaliselt kogukonna „vajadustest”. Kogukonnad eelistavad mõisteid „probleem” või „probleemküsimus”, kuna näevad võimalust mureküsimate lahendada. Ükskõik missugust mõistet kasutada, hindamine on kõige võimestavam, kui probleemi määratluse ja sellele lahenduse leidmisega tegeleb kogukond.

Esimene juhtumiuuring võtab vaatluse alla katsed parendada tervise tulemeid ning samal ajal suurendada ka kogukonna suutlikkust. Kogukonnapõhist probleemküsimust – kehalist aktiivsust – kasutati uuenduslikul moel lähtepunktina laiema tervise teemalise agenda loomiseks.

Esimene juhtumiuuring: tervise tulemite ja kogukonna suutlikkuse parendamine Kanadas

Saskatooni linna liikumisprogramm

Neli Kanada tervisedenduse uurijat, Bell-Woodard et al. (2005), esitavad tulemused uurimuse kohta, mis hõlmas nelja peamist asjaosaliste rühma, mis vastutasid kehalise aktiivsuse suurendamisele suunatud programmi „Saskatooni linna liikumisprogramm” (SIMP) eest. Uurimuse eesmärk oli hinnata niisuguse ettevõtmise mõju kogukonna tervise tulemitele kui ka kogukonna suutlikkuse arendamisele.

1999. aastal löid neli organisatsiooni (piirkondlik terviseamet, Saskatoon linn, mis on selles kogukonnas oluline rekreatsiooniprogrammide ja -asutuste teenusepakkuja, Saskatchewan ülikool, eriti selle kinesioloogia kolledž, ning riiklik kehalist aktiivsust edendav organisatsioon PartipACTION) Kanada keskmise suurusega linnas Saskatoonis partnerlussuhte, mille eesmärk oli välja töötada ja ellu viia kogukonna aktiivset eluviisi edendav ettevõtmine (SIMP). Selle ülesanne oli ühendada avaliku-, era-, akadeemilise- ja tööstussektori senised pingutused, et luua ühine liit, mis inspireeriks Saskatooni linna elanikke elama füüsiliselt aktiivset elu, mis omakorda parandaks nende tervist ja elukvaliteeti. Suutlikkuse arenduse hindamiseks uuriti kogukondlikke muutusi ja tulemusi, mis ei olnud otseselt seotud kehalise aktiivsusega, vaid tulenesid pigem SIMPi rakendamisest. Kogukonna suutlikkuse näitajatenä kasutati üheksat domeeni (Laverack, 1999, ja viies peatükk). Neid domeene on praktikas katsetatud paljude erinevate riikide tervisedenduse ja -arenduse projektides (Gibbon et al., 2002).

Esimene etapp oli välise osapoole (uurijate) korraldatud töötuba, mille eesmärk oli tutvustada partneritele kogukonna suutlikkust ja selle hindamist. Esitati ka ülevaade senistest ettevõtmistest, et veenduda, et partneritel oleks oma lähiminekikohta ühine ja kooskõlastatud arusaam. Sellele järgnes suutlikkuse domeenide kirjeldamine ning partnerite ühine kokkulepe üheksa suutlikkusvaldkonna määratluste kohta. Spetsiaalselt SIMPi jaoks loodi iga domeeni kohta viis järjestikust kirjeldavat näitajat (vt kastis 7.1 toodud näidet). Näitajad ulatusid "minimaalsest/t" (1) kuni "täielikult ellu viidud /optimaalseni" (5) ning seda numbrilist arvestust kasutati domeenidevahelise võrdluse loomiseks. Pärast töötuba töötas iga asjaosaline iseseisvalt välja Likerti skaalale sarnaneva mõõtmisvahendi ning esitas selle uuringu korraldajale. Seejärel võrreldi asjaosaliste hinnangute kogutulemusi, sealhulgas hinnangute keskväärtsi, skoorivahemikke ja kommentaare. Esitatud kommentaarid olid metodoloogia lahutamatu osa, kuna kujutasid endast teavet, mida partnerid olid andnud oma hinnangute põhjendamiseks. Lähteolukorra hindamise järgselt jätkas kogukonnaväline partner aasta jooksul korralduskomitee ja arvukate SIMPi tööühikute jälgimist ning nendega suhtlemist, kogudes tagasisidet koosolekute ja ürituste kohta.

Aasta hiljem korraldati asjaosalistega veel üks töötuba, mille käigus anti kogukonna suutlikkusele teist korda hinnang. Asjaosalistele olid kättesaadavad ka eelmise aasta mõõtmisvahendid ja tulemused. Selle töötoa käigus tehti mõned muudatused kasutatavas metodoloogias, et protsessi tõhustada, lihtsustada ja täiustada. Muu hulgas pidid asjaosalised andma töötoa kohta tagasisidet ning tühistati SIMPi organisatsioonilise

hinnangu andmise kohustus (kuna osalejad ei suutnud hinnata korraga nii kogukonna suutlikkust kui ka ettevõtlikkust).

Asjaosalistele anti võimalus osaleda laiaulatuslikumas arutelus domeenide ja nende mõjude kohta programmi jätkusuutlikkusele, põhinedes eelmise aasta hinnangul. Sellise meetodi rakendamine võimaldas täiustada andmeid.

Kast 7.1 Näidis domeeni määratluse ja näitajate kohta

Probleemi analüüs on kogukonna võime anda hinnang oma vajadustele ja eelistele tuginedes olemasolevatele tõendustele ning määratleda probleemi lahendamiseks võetavad meetmed lähtudes väärtushinnangutest.

Probleemi analüüsi indikaatorid

1. Kogukond ei tea probleemi olemasolust.
2. Kogukond teab, et vähese kehalise aktiivsuse probleem on olemas, kuid tegutsemiseks puuduvad vajalikud oskused ja enesekindlus.
3. Kogukond teab probleemi olemasolust ning vastavate sammude astumiseks on olemas teatud oskused ja toetus.
4. Kogukond hakkab lahendusi otsima ja tegutsema.
5. Kogukond tunnistab vähese kehalise aktiivsuse probleemi, pöördub pidevalt selle probleemi juurde tagasi, otsib lahendusi ning tegutseb selle nimel (Bell-Woodard et al., 2005).

Pärast esmast hindamist viidi läbi arvukalt intervjuusid (n=10) kogukonnaväliste partnerite ja SIMPiga seotud isikutega, et kontrollida asjaosaliste hinnangu õigsust. Kaasatud olid koolide nõustajad ja õpetajad, sporditeenuste pakkujad erasektoris, töörühmade liikmed, kehalise aktiivsusega seotud spetsialistid (füsioterapeudid, õendustöötajad), rahvatervise spetsialistid, kogukonna rahastajad ja linnasisese kogukonna tegevusrühmade liikmed. Neilt küsiti ka üldiste SIMPist tulenevate muudatuste kohta kogukonnas ning konkreetsete muudatuste kohta igas valdkonnas eraldi. Peale selle kommenteerisid nad ette tulnud raskusi ja mõju, mida kehaline aktiivsus avaldas kogukonna algatuste edule, ning esitasid oma arvamused SIMPi jätkusuutlikkuse kohta. Vastutava uurija poolt kogutud andmed partnerite, kogukonnaväliste organisatsioonide esindajate ja osalejate tähelepanekute kohta moodustas analüüsitava materjali, mille sisuvastavust kontrollisid teised muudes SIMPiga seotud uuringutes osalenud uurijad, ning millele lisati partnerite jaoks järeldused ja soovitused.

Tabel 7.1 Saskatooni kogukonna suutlikkuse hindamine

Domeen	1. aasta hinnang (keskmine) N=9	1. aasta vahemik	2. aasta hinnang (keskmine) N=9	2. aasta vahemik
Asjaosaliste osalus	3,03	2,0–5,0	4,4	3,8–5,0
Kohalik juhtimine	3,4	1,8–4,5	4,2	2,0–4,5
Organisatsioonilised struktuurid	3,7	2,5–5,0	4,1	3,8–4,9
Probleemi hindamine	3,2	2,3–4,3	3,8	3,0–4,2
Ressursside mobiliseerimine	3,1	2,0–4,5	3,9	2,8–4,9
Miks-küsimused	3,2	2,0–4,5	3,7	3,0–4,0
Sidemed teistega	Hinnang puudub *		3,7*	2,0–4,6
Välise osapoole roll	3,4	2,0–5,0	3,8	3,0–4,3
Programmi juhtimine	2,7	1,8–5,0	3,1	2,0–4,0

*Üks vastanutest muutis selle domeeni näitajate kontinumit. Partneritel ei olnud enam aega seda domeeni hinnata.

Allikas: Bell-Woodard et al. (2005)

SIMPi mõju

Missugune siis oli liikumisprogrammi mõju kogukonna suutlikkusele? Tabelis 7.1 on kokku võetud 1. ja 2. aastal Saskatooni kogukonna partnerite korraldatud suutlikkuse hindamise arvulised tulemused.

Selle uurimuse kombineeritud andmeallikad näitavad, et SIMPi koostamine põhineb ühisel visioonil ning sellele on kasuks tulnud kogenud ja mõjukad juhid. Programmi raames selgusid mitmed kohalikud juhid, kelle hulka kuulusid:

- katoliku kiriku piiskopi juhtimine ettevõtmistes, mis keskendusid vanematele täiskasvanutele;
- koolide juhtimine, mis hõlmas konsultante, koolide juhatuste tegevuskavasid ja haridusameti toetust laste- ja noortealgatustele;
- ettevõtete juhtimine;
- paikkonna noorte- ja täiskasvanuterühmade juhtimine;
- eakate tegevuskomitee peab juhtide värbamist oluliseks vajaduseks ning hangib vahendeid nende koolitamiseks.

Programmi raames koguti edukalt probleemi hindamist toetavaid tõendeid. Asjaosalised (partnerid) liitusid ettevõtmisega ning olid sellele pühendunud enam kui viis aastat, samuti kaasati uusi kogukonna asjaosalisi. Olemasolevad vahendid mobiliseeriti ning suhtlus kogukonnaga oli tihe. Juhtimise arendamine jätkus. Suutlikkuse arendamise nõrgemateks külgedeks osutusid jätkusuutlik organisatsioonilise struktuuri kasv, mõju poliitilistele otsustele ning programmi edasiseks arendamiseks vajalikud kriitilise analüüsi oskused. SIMP näitas ka positiivset mõju kehalisele aktiivsusele, kuna mitu vastajat märkis:

"Kõik inimesed on oma kehas lõksus ..., seega on kõik sellega isiklikult seotud. Muud küsimused, näiteks lapsprostituutsioon, on filosoofilised ning vajavad poliitika muutust, mida on võimalik saavutada vaid hariduse kaudu. Ent kehalise aktiivsuse suurendamise osas saavad inimesed ise muudatusi teha.

See on lõbus ning suurem osa elanikest mõistab programmi põhimõtteid ja suudab neid oma elus rakendada."

(Bell-Woodard et al., 2005: 10)

On tõendeid, et partnerlus kehalist aktiivsust edendavates tegevustes on mõju avaldanud ka muudele kogukonnaprotsessidele. Näiteks on uue paikkonna planeeringu välja töötamisel ja esmatasandi tervishoiuasutuste

loomisel arvesse võetud ka kehalise aktiivsuse vajadusi. SIMP näitas, et kehalise aktiivsuse suurendamisega tegelev tervisedenduse programm võib aidata suurendada ka kogukonna suutlikkust (Bell-Woodard et al., 2005: 13).

Uurimuses järeldati, et hoolimata suhteliselt uue metodoloogia piirangu- test kujutavad kasutatud kogukonna suutlikkuse hindamise meetodid ja mõõtmisvahendid endast tõendatud ja kasulikku strateegiat terviseden- duse hindamises. Võib-olla kõige tähtsamaks tuleks algatuste ja arene- mise aspektist lugeda pidevat koostööd, asjaosaliste kaasamist mõõt- misvahendite välja töötamisse, regulaarset tagasisidet partneritele ning osavõtul põhineva hindamise abil loodud teoreetilisi aluseid.

Teine juhtumiuuring põhineb autori kogemustel selle kohta, kuidas raken- dada probleemipõhist lähenemist (sotsiaalkorterid Inglismaa puudust- kannatavas kesklinnapiirkonnas) kõikides üheksas võimestamise vald- konnas.

Teine juhtumiuuring: eluasemestandardite parendamine ühes Inglismaa kesklinnapiirkonnas

Inglismaal Lääne-Yorkshires Leedsi linnas asuva puudustkannatava linnaosa ühe maja korteriühistu eakatel liikmetel sai oma viletsatest elamistingimustest kõriini. Piirkonnas oli nii madalaid kui ka kõrgeid hooned, millest osa kuulus eraomandisse ning ülejäänud olid üüripinnad. Selles linnapiirkonnas esines probleeme suure tööpuuduse ja antisot- siaalse käitumisega, näiteks vandalismi ja tänavakuritegevusega, ning piirkonna infrastruktuur oli lagunenu, tänavavalgustus vilets ja liftid mõnedes kõrgemates hoonetes kehvasti tehnilises seisukorras.

Ühiskonnal on erinevatel aegadel ja kohtades eakatest inimestest valitsev kujutluspilt. Tänapäeval seostub see nõruse, abituse ja sõltuvusega ning professionaalsest küljest vaadatuna on suurimaks probleemiks sõltuvus ja hoolitsus. Tegelikuses ei põe paljud eakad inimesed raskeid haigusi ega sõltu teistest. Seetõttu seletab eakate diskrimineerimist patoloogi- line mudel, mis keskendub sotsiaalsele tõrjutusele, vaesusele, haigustele, töötusele ja leinale. Need negatiivsed arusaamad võivad avaldada mõju ka valitsuse poliitilistele otsustele eakatele ressurside jaotamisel. Eakad inimesed võivad need arusaamad omaks võtta, mis võib põhjustada madala enesehinnangu ja abitustunde süvenemist (Onyx ja Benton, 1995).

Selle juhtumiuuringuga seotud tervisedenduse praktikud olid teadlikud vaesuse ja viletsate eluasemetingimuste otsesest mõjust niisugustes

tingimustes elavate eakate lootusetusetundele, eraldatusele ja enese-süüdistustele. Praktikud uskusid, et eakad on iseenda võimestamise parimad eestkostjad ning see saab alguse ebavõrdselt viletsates eluase-metingimustes elavate inimeste tegutsemisest. Oma olukorra muutmi-seks peavad nad saama juurdepääsu võimule, võttes osa samu muresid jagavate huvigruppide (näiteks korteriühistu) tööst. Nad võivad esmalt arendada oma sisemist võimelisust, et saada enesekindlust osaleda rühmatöös nõnda, et ka nende arvamust kuulda võetaks. Eakad inimesed saavad oma osalemist suurendada oma sotsiaalsete oskuste järk-järgu-lise arendamise, eneseabivõrgustikesse ja huvigruppidesse kuulumise, nõuannete otsimise, hariduse ja oskuste õppimise kaudu, samuti viies end oma õigustega rohkem kurssi ning suheldes teiste inimestega, kellel on samasugused poliitilised mured.

Korteriühistu esindajad kohtusid ühel pärastlõunal kohaliku tervisekes-kuse ruumis ning arutasid, kuidas oma probleemidega tegeleda. Nad otsustasid paluda kohaliku tervisedenduse praktiku abi strateegilise plaani koostamisel, et lahendada peamine probleem: viletsad elu- ja eluasemetingimused. Epidemioloogilised uurimused on näidanud seost viletsate eluasemetingimuste ja tervise vahel (Thomson et al., 2001), kuid nende tulemuste alusel üldiste järelduste tegemist takistab valimite väiksus ja kontrolli puudumine segavate tegurite üle.

Paljudele sellises keskkonnas töötavatele tervisedenduse praktikutele on arusaadav inimeste vajadus korraliku eluaseme järele ning nad on tead-likud seose esinemisest viletsate elutingimuste ja halva tervise vahel. Seetõttu otsustas tervisedenduse praktik korteriühistu palvel toetada ettepanekut aidata eakaid inimesi võimestada, et nende eluasemetingi-musi paremaks muuta.

Isikutel on suurem võimalus edu saavutada, kui nad tegutsevad ennast puudutavate ebavõrdsuse probleemide lahendamisel koos teistega. Just ühistegevuse kaudu saavad inimesed suurendada oma juurdepääsu vajalikele ressursidele, mõjutada otsuste langetamist ja koguda toetust laiema osaluse kaudu. Peamiselt vastutavad eakatele ressurside jaga-mise eest poliitikat välja töötavad valitsused. Korteriühistu leidis, et enda liikmelisuse ja ressurside baasi suurendamisega on sellel paremad võimalused valitsuse poliitikat mõjutada.

Esmalt otsustas ühistu suurendada kogukonna osalemist viletsate eluase-metingimuste probleemiga tegelemisel. Selle eesmärk oli anda kogukon-nale lähtepunkt tervist ja eluasemetingimusi puudutava laiema agenda loomiseks. Esimesel koosolekul osalenud tervisedenduse praktik soovitas osaluse suurendamise plaani koostamisel edasise arengu huvides hooli-

kalt arvesse võtta kõiki üheksat valdkonda ja muid mõjualasid. Seejärel esitati see plaan tervisedenduse programmi raames valitsusele rahastuse taotlemiseks. Ühistu esindajad määratlesid lisaks küsimusi, mida võiks esitada, et kogukond saaks suurema kontrolli kavandatava tervisedenduse programmi üle. Plaani välja töötamine oli kogukonna esindajate pidev arutelude ja kriitilise mõtlemise protsess, millele aitas kõikidel koosolekutel kaasa ka tervisedenduse praktik.

Võimestumise domeenide rakendamine kogukonna probleemiga tegelemisel

Parandab osalemist. Inimeste kutsumine klassiruumi-stiilis koolitustele ei too tõenäoliselt kohale nii palju osalejaid kui kogukonnaliikmete huvidel põhinevate sündmuste organiseerimine. Programmi raames peaks esialgu koondama inimesed küsimuste ümber, mida nad on ettevalmistamise etapis enda jaoks oluliseks märkinud, ning rakendama neid tegevusi, mis inimestele meeldivad – näiteks võimlemisrühmad eakamatele inimestele. Tervisedenduse praktik algatas arutelu probleemküsimustest, mille lahendamiseks soovisid inimesed, peamiselt naised, jätkuvalt kokku saada, näiteks kohalike spordihoonete puudumine. Füüsilise vormisoleku ja kehataju teemad tõid kaasa laialdase arutelu ning neid loeti headeks teemadeks. Lisaks arutelule hõlmas see ka otsest tegevust ning edendas inimeste osalemist.

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid osalemist puudutavaid küsimusi.

- Kas üksikisikud on aktiivselt kogukonna gruppidesse kaasatud?
- Kuidas on kogukonna grupid ja organisatsioonid aktiivselt programmi kaasatud?
- Kas kogukonna osalemises, näiteks koosolekutel, on esindatud kõik kogukonnaliikmed ja grupid?
- Kas tervisedenduse praktik on aidanud kogukonnal kindlaks teha võimalikke takistusi inimeste osalemisele?
- Kuidas tegeletakse nende takistustega programmi raames?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik osalemise taset säilitada?

Arendab kohalikku juhtimist. Kohalike juhtide arendamine tähendab kogukonna võimaluste ja suutlikkuse arendamist. Kui juht puudub, võib programm toetada kohalikke vabatahtlikke, kellel on head võrgustikud, organiseerides ja aidates neil juhiomadusi arendada. Uutel juhtidel peab

olema vähemalt teiste kohalike juhtide ja kogukonnaliikmete toetus, mis avaldub näiteks valimiste käigus. Programm kasutas heade organiseerimis- ja planeerimisoskustega kohalikke vabatahtlikke paikkonna tegevustes, näiteks bingoõhtutel ja muudel seltskondlikel üritustel. Paljudes kogukondades on juhid ajalooliselt ja kultuuriliselt välja kujunenud ning seda aspekti eiravatel programmidel ei ole suurt edulootust.

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid juhtimist puudutavaid küsimusi.

- Kuidas on tervisedenduse praktik aidanud kohalikel juhtidel oma vajadusi välja selgitada?
- Kuidas toetab tervisedenduse praktik kogukonnapõhiste organisatsioonide juhtimist?
- Kas juhtidel on programmi rakendamisel selgelt määratletud ülesanded?
- Kas juhtidel on programmi raames aruandekohustus?

Loob võimestunud organisatsioonilisi struktuure. Tervisedenduse praktik mõistis, et piirkonnal puudus tugev kogukondlik struktuur, ning kasutas uue organisatsiooni raamistiku loomiseks treeningrühma ja paikkonna tegevusi. Selle loomine ei pruugi alati olla vajalik, kuid kui kogukonnaliikmeid piisavalt esindavad organisatsioonid puuduvad, võib olla tarvis luua uus. Uus organisatsioon ei pea olema piiratud ühe ülesandega, kuid võib soovida algust teha üheainsa osalejate jaoks olulise probleemiga. Uus organisatsioon peaks olemasolevaid tugevdama, mitte nendega võistlema.

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid organisatsioonilist ülesehitust puudutavaid küsimusi.

- Kuidas on tervisedenduse praktik aidanud kogukonnapõhistel organisatsioonidel oma vajadusi välja selgitada?
- Kuidas kasutab programm ära kogukonnas olemasolevaid organisatsioone?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik luua organisatsiooni struktuuri (ametlik liikmelisus, eesmärgid, eelarve, aruandlus jne)?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik edendada õiglust ja osalemist organisatsioonide töös?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik arendada kogukonna organisatsioonide liikmete oskusi?

- Kas programmis on organisatsioonide ülesanded ja vastutus selgelt määratletud?

Suurendab probleemi hindamise võimekust. Ühistu teadis kohalikest probleemidest juba palju. Tervisedenduse praktik aitas kogukonna-liikmeid kaasata laiemasse probleemihindamisse, mis hõlmas nende esmaseid probleeme, näiteks ohutute ülekäiguradade ehitamist, ning paikkonna laiemaid probleeme, näiteks turvalisust. See teave sai uute tegevuste kavandamise aluseks, seda nii lühiajaliste (aktiivse osalemise säilitamine) kui ka pikaajaliste tegevuste puhul (probleemide põhjustega tegelemine, näiteks noorte tööpuudus). Kogukonnaväline ekspert saab aidata kohalikke inimesi kaasata laiemasse probleemi hindamisse protsessi, mis hõlmaks nii paikkonna suutlikkust kui ka selle probleeme (nt mis muudab selle piirkonna inimesed terveks, mis teeb nad haigeks?). Spetsiaalselt välja töötatud vahendid lühi- ja pikaajaliste tegevuste kaardistamiseks on kättesaadavad mujal (vt Laverack, 2005: 48).

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid probleemi hindamist puudutavaid küsimusi.

- Kuidas on tervisedenduse praktik aidanud kogukonnal enda probleeme ja muresid kindlaks teha?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik kogukonnal neid probleeme ja muresid lahendada?
- Kuidas on need probleemid ja mured integreeritud programmi tegevuskavasse?
- Kuidas hakatakse neid probleeme ja muresid jälgima ja hindama?

Suurendab võimet esitada miks-küsimusi. Selle asemel, et elanike abistamisel kasutada koolitusi, otsustas tervisedenduse praktik nendega koos analüüsida, miks on osadel inimestel halvem tervis ja teistel mitte, miks on mõnel inimesel ebatervislikud elutingimused ja teistel mitte ja missugused kohalikud, maakondlikud ja riiklikud sekkumised võiksid neid asjaolusid leevendada. See aitas inimestel olukorrast paremini aru saada, ning teadmisi täiendati veelgi, kasutades väikestes rühmades kriitilise mõtlemise edendamise meetodeid (Wang ja Pies, 2004).

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid miks-küsimuste esitamist puudutavaid küsimusi.

- Kuidas aitab tervisedenduse praktik inimestel gruppidesse koguneda, et kindlaks teha oma võimetuse ja vaesuse põhjused?
- Missuguseid vahendeid ja lähenemisi praktik kasutab, et suurendada inimeste teadlikkust oma võimetuse ja vaesuse põhjuste kohta?

- Kuidas aitab tervisedenduse praktik inimestel leida lahendusi oma võimetuse ja vaesuse põhjuste kõrvaldamiseks?
- Kuidas aitab praktik inimestel saada kogemusi oma võimetuse ja vaesuse põhjuste lahenduste rakendamiseks?

Parendab ressurside mobiliseerimist. Programmiga kaasnesid teatud ressursid, mis olid kogukonna arengu tulemiteks, näiteks inimeste osalemise suurenemine. Tervisedenduse praktik kasutas ka oma isiklikku aega ja rahastust, et toetada laiaulatuslikku organiseerimist, mida ta oli aidanud ise kogukonnas algatada. Veelgi olulisem on see, et korteriühistu ja tervisedenduse praktik töötasid koos ressurside hankimise nimel kogukonna arendamise programmi tulemuste tagamiseks puudustkannatavas elurajoonis. On oluline, et liikmed seaksid ressurside kogumise olulisele kohale, kuna see aitab luua omandi- ja vastutustunnet ning tagab programmi meetmete jätkusuutlikkuse. Kogukond saab väikeses mahus sisemiste ressurside kogumist alustada rahakogumisega (nt sponsoreeritud käimisüritused) ning väliste vahendite leidmiseks otsida kogukonnavälist rahastust (nt valitsuse toetused tervisliku linnakeskkonna loomiseks). Mõned probleemküsimused võivad jääda väljapoole rahastajate arusaama põhjendatud tegevustest tervise edenduseks ja haiguste ennetamiseks (nt seltskondlikest üritusest osavõtjate toitlustuse ja reisikulude katmine).

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid ressurside mobiliseerimist puudutavaid küsimusi.

- Kuidas aitab tervisedenduse praktik kogukonnal välja selgitada programmi raames vajaminevaid ressursse?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik kogukonnal oma ressursibaasi kindlaks teha?
- Kuidas aitab praktik kogukonnal kogukonnasiseseid ressursse mobiliseerida?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik kogukonnal kogukonnaväliseid ressursse mobiliseerida?
- Kuidas aitab tervisedenduse praktik tagada ressurside õiglase jaotamise programmi raames?
- Kuidas toimub aruandlus programmi ressurside kasutamise kohta?

Tugevdab sidemeid teiste organisatsioonide ja inimestega. Tervisedenduse praktik oli huvitatud korteriühistu ühendamisest teiste ühendustega ja laiapõhjaliste kohalike ettevõtmistega. Siia kuulus ka sidemete loomine kohalike poliitikutega ja otsustajatega (eriti, mis puudutas eluasemetingi-

mustest tulenevaid riskitegureid) ning mida toetas tervisedenduse praktiku isiklik organisatsioon ja tema professionaalsed avaldused. Tervisedenduse praktik võib jagada ka kontaktaadresse, e-posti aadresse ja veebilinke, mis võib kujuneda proaktiivseks strateegiaks, mille abil suhelda teiste kogukondadega. Tutvumiseks ja kogemuste vahetamiseks toimuvad kohtumised on olulised lisateabe saamiseks, samuti võib praktik paluda kogukonda külastada külalisesinejal, kes kõneleks oma edust ja ebaõnnestumistest muudes sarnastes programmides. Kogukonnad tunnevad mõnikord, et töötavad eraldatuses, ning on hea, kui tervisedenduse praktik aitab selle liikmetel mõista, et nende teel ette tulevad raskused on kellelgi teisel juba kunagi seljatatud.

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid teiste organisatsioonidega suhtlemist puudutavaid küsimusi.

- Kuidas aitab tervisedenduse praktik korteriühistel luua võrgustikku teiste kogukondadega, et arendada programmi käigus teiste kogukondade, organisatsioonide ja inimestega loodud sidemeid?

Loob õiglase suhte kogukonnaväliste partneritega ja suurendab kontrolli programmi juhtimise üle. Selle programmi peamine väline osapool, tervisedenduse praktik, jäi enda rolli määratledes enesekriitilisele seisukohale. Oli ta aukartust äratav? Abistav? Võimestav? Seda pidevat enesehindamist aitas teha tema organisatsiooni juht ning sellele anti perioodiliselt hinnang aruteludes kogukonna liikmetega. Aja jooksul ja täiendavate ressursside leidmisel hakkas korteriühistu oma tegevuste üle suuremat kontrolli võtma. Kontrolli all mõeldakse siin laialdasemaid organisatoorseid ülesandeid, näiteks haldamine, rahastamine ja juhtimine. Oluline on ka viis, kuidas väline osapool oma toetust avaldab. See peaks toimuma korteriühistu liikmete palvel, kelle eesmärk peaks olema kogukonna suutlikkuse suurendamine, ning see peaks olema kogukonna liikmetele esitatud partnerluse kujul.

Koosolekute käigus esitas korteriühistu alljärgnevaid tervisedenduse praktikuga võrdset suhet puudutavaid küsimusi.

- Kuidas on korteriühistu programmi koostamisse aktiivselt kaasatud?
- Kuidas on kogukonnaväline organisatsioon ja tervisedenduse praktik loovutanud korteriühistule programmi rakendamise, haldamise ja hindamisega seotud vastutuse?
- Kas tervisedenduse praktik on määranud korteriühistule programmi raames kindlad ülesanded ja kohustused?
- Kuidas tagab tervisedenduse praktik, et otsustusmehhanismid ühenduse ja programmi juhtkonna vahel on õiglased?

- Kuidas tagavad kogukonnaväline organisatsioon ja tervisedenduse praktik, et ühendusel on programmi haldamiseks vajalikud oskused?
- Kuidas tagavad kogukonnaväline organisatsioon ja tervisedenduse praktik, et ühendusel on programmi investeeringute toetamiseks vajalikud ressursid?

Programmi lähieesmärke mõõdeti edusammudega kogukonna esmastes tegevustes, näiteks liikumisega seotud tegevused. Vahe-eesmärke hinnati korteriühistu poolt püstitatud eesmärkide saavutamise järgi, millest üks oli näiteks turvalisema keskkonna loomine. Kaugemaks eesmärgiks oli korteriühistu liikmete võimete kasv kriitiliselt hinnata probleemide põhjusi, millega nad soovivad tegeleda, näiteks viletsad eluasemetingimused, ning panuse suurendamine eluasemepoliitika ja seadusandluse muutmiseks (Laverack, 2006). Kaugemat eesmärki on võimalik saavutada ühistu suutlikkuse suurendamise teel kõigis üheksas domeenis, näiteks osalemise suurendamises, organisatsiooni arendamises ja sotsiaalse toe saavutamises. Ühistu seaduspärast tegevust saab kasutada valitsuse otsuste mõjutamiseks, näiteks registreerides kaebuse kohalikule omavalitsusele, allkirjastades palvekirja, milles protesteeritakse valitsevate eluasemetingimuste üle, või kirjutades kirja nende esindajale parlamendis või kohalikule ajalehele. Ühistu võib astuda ka konkreetsemad samme, kaevates näiteks majaomanikud kohtusse, demonstreerides oma pahameelt ja protesteerides isikute vastu, kes on ühistu liikmete arvates viletsate eluasemetingimuste põhjustajad. Neid tegevusi võib toetada väline osapool, näiteks tervisedenduse praktik. Eesmärgiks on suurendada eakate suutlikkust, et nad tajuksid suuremat kontrolli oma elu üle.

Kaheksandas peatükis on esitatud kaks juhtumiuuringut selle kohta, kuidas võimestumise domeeni saab kasutada kogukonna tervisedenduse programmides: tervise parendamine Põhja-Austraalia maakogukonnas ja elatusvahendite parendamine Kõrgõzstani maakogukondades.

8. Kogukonna võimestamine praktikas: kogukonnapõhine lähenemine

Käesolevas peatükis käsitletakse kahte juhtumiuuringut, mis võimaldavad tervisedenduse praktikutel paremini mõista, kuidas kogukonda võimestada, kasutades üheksat võimestamise domeeni. Need juhtumiuuringud on „Tervise ja hügieeni parendamine Põhja-Austraalia kõrvalises kogukonnas” ja „Elatusvahendite suurendamine Kõrgõzstani maakogukondades”.

Seitsmendas peatükis vaadeldi, kuidas kogukonda võimestada probleemipõhise lähenemise kaudu. Need kaks lähenemist – probleemipõhine ja kogukonnapõhine – on võimestamisega tihedalt seotud, kuna just kogukond on see, mis määratleb probleemküsimumused, millega on tarvis tegeleda. Siiski, tervisedenduse programmide planeerimisel eristatakse sageli keskendumist konkreetsele probleemile ja/või piiritletud kogukonnale. Probleemipõhise lähenemise puhul keskendutakse programmi planeerimisel probleemile, näiteks vähesele kehalisele aktiivsusele. Kogukonnapõhise lähenemise puhul keskendutakse kogukonnale (mõistet on täpsemalt selgitatud teises peatükis).

Arusaam tervisedenduses, mille kohaselt tegutsetakse isiklikult määratletud küsimustest või probleemidest laiemas kontekstis, oli osaliselt vastutav keskkonnapõhise lähenemise tekkimise eest 1990ndatel. Selle tulemusena toimus ka teoreetiline üleminek üksikisiku terviseprobleemide ja riskitegurite rõhutamiselt keerulisemale süsteemi ja organisatsiooni olemusele. Selle tagajärjel töötati välja arvukalt institutsioonipõhiseid liikumisi – näiteks tervist edendavad linnad, saared, töökohad, koolid, tervishoiuasutused ja kliinikud, ning ka kogukonnad, mida käesolevas peatükis lähemalt käsitletakse (Whitelaw et al., 2001).

Esimene juhtumiuuring: tervise ja hügieeni parendamine Põhja-Austraalia kõrvalises kogukonnas

Austraalia aborigeenikogukonnad on sageli perede, keelerühmade või klannide kogud, mis võivad omavahel piiratud vahendite pärast võistelda ja olla tavakohaselt geograafiliselt eraldatud. Kunagi rändava ja põllumajandusliku elustiiliga aborigeenid elavad tänapäeval peamiselt linna- ja piirkondades, kus nad moodustavad vähemusrühma. Siiski elavad paljud aborigeenid endiselt ka maakogukondades. Bürokratilised intellektuaalid ja võimuesindajad kasutasid asunduste või aborigeenide reservaatide

loomisel mõistet „kogukond“, kuna see oli mugav nimetus heterogeense inimrühma assimilatsioonile (Scrimgeour, 1997). Aborigeenide tervislik olukord, näiteks nende laste ellujäämise määr, sünnikaal ning imikute kasv ja toitumus, on Austraalia keskmisest tunduvalt halvem. See on seotud nende kehva psühholoogilise tervisega, mis tuleneb kultuurilisest lagunemisest, maa võõrandamisest, tööpuudusest ja vaesusest (O'Connor ja Parker, 1995), ning viletsate hügieeningimustega, mis on seotud eluasemete halva ehituskvaliteedi ja kehvade elutingimustega (Laverack, 2000).

Käesolevas juhtumiuuringus kirjeldatakse, kuidas kogukonna võimes-tamise programmi rakendati kõrvalises paigas asuvas aborigeenikogu-konnas (Laverack, 2000). Kogukonnaliikmete privaatsuse kaitsmiseks ei ole isikute nimesid ega kogukonna asukohta avaldatud.

Tervisedenduse kontekst

Kogukond asub maapiirkonnas Austraalia Põhjaterritooriumi Darwini linnast umbes kaheksa sõidutunni kaugusel idas. Selle hinnanguline rahvaarv on 970, kellest enamik on aborigeenid. Pärast arutelu kogu-konna volikogu ja -vanematega, käivitas keskkonnatervise teenistus (Environmental Health Services) programmi tervise edendamiseks üüri-majades, pannes rõhku hügieenistandarditele. Eluasemed jaotati kolme tüüpi „koduüksusteks“ (vt allpool elamuid 1, 2 ja 3). Koduüksust või kodumajapidamist võib kirjeldada kui laia isikute ringi, kuhu kuuluvad küllatulevad sugulased, üksikisikud, noored mehed ja pereüksused. Pere-üksuseks loetakse kaht täiskasvanut ja lapsi ja/või sugulast (Willis, 1987).

1. tüüpi elamu

1. tüüpi elamu oli väike koduüksus (mitte rohkem kui viis inimest), mis koosnes ühest pereüksusest ja sugulastest, mille juhil oli selge autori-teet, ning kus majapidamistööd tegid kõik üksuse liikmed. Selle tulemu-sena oli maja puhas, toimiv, hästi hoitud ja selle elanikud tundsid oma kodu välimuse üle uhkust. 1. elamul oli neli magamistuba, keskne ühine eluruum, vannituba, WC, pesupesemisvann ja katusega veranda nii maja ees kui ka selle taga. 1. elamus elas viis inimest, kes moodustasid pere-üksuse: isa, ema, kaks last ja meessoost sugulane. Kõik majas leiduvad seadmed ja paigaldised olid töökorras, kuigi elanikel puudus pesumasin ja külmkapp. Pesu pesemiseks kasutasid elanikud avalikku pesumaja, mis asus majast 250 meetri kaugusel. Remonttööde mõttes ei olnud 1. elamu küll kogukonna parim maja, kuid selle seisukord oli hea.

Elanikud pidasid 1. tüüpi elamut „tugevaks majapidamiseks“, kus on selged võimu- ja kohustusteliinid. Neid delegeeris isa, kes oli perepea ning vastutas maja koristamise ja korrashoiutööde jaotamise eest. Maja ei olnud ülerahvastatud ning ühised ruumid, nagu köök ja vannituba, olid ühises kasutuses ja väga puhtad. Koristamisega tegelesid majapidamise täiskasvanud liikmed, muu hulgas ka meessoost sugulane, kelle ülesandeks oli hoida korras oma magamistuba.

2. tüüpi elamu

2. tüüpi elamu oli väike koduüksus (mitte rohkem kui kümme inimest), mis koosnes kahest või enamast pereüksusest, kus koristamiskohustus jagunes elanike vahel või oli delegeeritud paarile inimesele. 2. elamu oli 1. elamuga sarnase ehitusega nelja magamistoaga maja. Selles oli keskne ühine eluruum, vannituba, WC, pesupesemisvann ja katusega veranda nii maja ees kui ka selle taga. 2. elamus elas üheksa inimest, kes moodustasid ühe koduüksuse, mis koosnes kahest pereüksusest: emast, isast ja lastest ning teistest sugulastest. Majas leiduvad seadmed olid töökorras, kuigi elanikel puudus pesumasin, külmkapp oli olemas. Eriti rapsed olid maja ühisköök, vannituba ja WC.

Majaperemees ja tema naine leidsid mõlemad, et koristamine peaks olema kõikide maja elanike ühine kohustus. Sellest hoolimata ei nõutud külalistelt ega ajutiselt, kuid määramata ajaks majas elavatelt sugulas-telt panust elamu korrashoidu.

Aborigeenide majapidamistesse kuulub arvukalt erinevaid inimesi, kes jagunevad suurele geograafilisele alale, ning seetõttu võib koduüksustes olla palju külalisi, näiteks teistest kogukondadest. Tegelikult ei ole paljudel keskmise suurusega koduüksuste liikmetel kohustust aktiivselt koristamises osaleda. Selle asemel on need toimetused pereüksus(t)e paari naissoost liikme ülesanne lisaks paljudele teistele koormavatele töödele, mida nad tegema peavad.

Kuna inimeste arv 2. elamus lähenes ülerahvastatusele, oli puhtuse säilitamine koristamise eest vastutavate naiste arvates üha raskem. Aeg-ajalt tehtav suurpuhastus, milles löid mõnikord kaasa ka teised elanikud, aitas puhtust säilitada. Ent ebasanitaarsed tingimused oli pidevaks terviseriskiks, mis võis kiiresti esile kerkida, kui koristamine oli mõnda aega tagaplaanil näiteks haige eest hoolitsemise või reisimise tõttu, et osaleda kombetalitusel.

3. tüüpi elamu

3. tüüpi elamu oli suur koduüksus (10 kuni 25 inimest), mis koosnes paljudest pereüksustest, sugulastest ja rühmadest, kus koristamiskohustus ei olnud võrdselt jaotatud. Koristamistöid tegi mõne aja tagant paar inimest ning koduüksuse juht ei olnud selgelt määratletud. 3. elamu oli 1. ja 2. elamuga sarnase ehitusega nelja magamistoaga maja. Selles oli keskne ühine eluruum, vannituba, WC, pesupesemisvann maja taga ning katusega veranda nii maja ees kui ka selle taga. 3. elamus elas 25 inimest, kes moodustasid ühe koduüksuse, mis koosnes paljudest erinevatest isikutest, pereüksustest ja koos elavatest rühmadest.

Kõikjal 3. tüüpi elamus valitses madal puhtusetase, eriti ühiskasutatavates ruumides, nagu vannituba, köök ja WC. Koristamiskohustus nii majas sees kui ka sellest väljaspool lasus paaril naisel, kes kuulusid majas elavatesse pereüksustesse. Külalised koristamises ei osalenud. 25 inimesega asustatud maja koristamine, lisaks veel teised tööd, nagu söögitegemine, pesupesemine ja lastehoidmine, andis tohtu töökoormuse. 3. tüüpi elamu elanikud mõistsid, et juba inimeste arvust piisas, et luua ebatervislikud elutingimused. Tööjaotus elamu ühiskasutuses olevate ruumide, näiteks köögi, WC ja vannitoa koristamiseks ei olnud selgelt määratletud, ning olukorra muutis veelgi keerukamaks majapidamise juht, kes jagas autoriteeti koduüksuse teise vanema liikmega.

3. tüüpi elamus muutusid maja ühiskasutatavad ruumid ajapikku korratuks ja räpaseks, kuna üha enam inimesi kasutas neid ruume, kuid ei osalenud nende korrashoiul. Kui tingimused muutusid ebasanitaarseks ja talumatuks, tegid elanikud paremate elutingimuste saamiseks ühiskasutuses olevad ruumid korda, sageli teiste abiga. Sellest hoolimata oli üldine puhtusetase majas madal ning vilets hügieen kujutas endast terviseriski. Puhtuse puudumise peamine põhjus oli maja liigne elanike arv.

Kogukonnaliikmed jõudsid järeldusele, et kõige mõjukamad eluasemete seisundit ja hügieenistandardeid mõjutavad tegurid on liigne elanike arv ja ülerahvastatud ühiselulised elutingimused. Näiteks sama suuruse ja ehitusega majad (tüübid 1, 2 ja 3) olid sageli puhtad ja hästi hoitud, kui majas oli vähe elanikke, kuid ülerahvastatuse korral muutusid tingimused ebasanitaarseks. Kõige sagedamini esines viimast elamutes, kus soovituslik ülerahvastatuse limiit oli ületatud.

Suur elanike arv ja ülerahvastatud ühiselulised tingimused mõjutavad olulisel määral ka võimuhierarhiat koristamiskohustuse ja koduse hügieeni vallas. Majapidamise juhil, kelle autoriteeti kasutatakse tavaliselt kohustuste delegeerimiseks, oli väikestes koduüksustes selge ja piiritletud roll.

Ent ülerahvastatud tingimustes muutus majapidamise juhi autoriteet sageli selgusetuks ning elanikud ei teadnud, kelle kohustus on jagada ülesandeid maja ühiskasutatavate ruumide koristamiseks. Ülerahvastatuse tingimustes ei piisa terveise parendamiseks ainuüksi maja seisukorra parandamisele suunatud sammudest. On oluline, et järjestikku tegeldaks vähemalt kolme alljärgneva teguriga: elamu seisukord, kaasa arvatud vajalike seadmete olemasolu, rahvastatuse ja ühiselu korraldus ning koduse- ja toiduhügieeni tase. Neid tegureid võib toetada otseselt majaomanike teadlikkuse tõstmisega, kuidas tagada juurdepääs puhastusmaterjalidele ja arvesse võtta ühiselu asjaolusid, kohustusi ja autoriteete. Veelgi olulisem on see, et kogukond pidi võtma kontrolli oma elu mõjutavate tegurite üle, kuhu kuulusid ka eluasemetingimused ja puhtus (Laverack, 2000).

Kogukonnapõhine lähenemine terveise ja hügieeni edendamiseks

Kogukonna terveise ja võimestumise edendamisel rakendati põhimõtteid, mis on toodud Ottawa hartas (WHO, 1986) ja käesoleva raamatu viiendas. peatükis käsitletud üheksat domeeni (Laverack, 2000). Hartas võetakse kogukonna võimestamist kui peamist strateegiat ning sõnastatakse viis tegevusvaldkonda parema terveise saavutamiseks: riikliku tervist toetava poliitika kujundamine, toetavate keskkondade loomine, kogukonna ühistevõimenduste tugevdamine, isiklike oskuste arendamine ja terviseteenuste ümber orienteerimine. Harta viitab ka inimeste kontrolli suurendamisele oma terveise üle ja selle parendamisele kui tervisedenduse praktikute olulisele ülesandele. Koos peaksid kogukond ja väline osapool allpool kirjeldatud viisil välja töötama programmi kodu- ja toiduhügieeni parendamiseks majapidamistes.

Tegevusvaldkond: kogukonna võimestumise tugevdamine

Ottawa hartas kirjeldatakse võimestunud kogukonda kui paika, kus isikud ja organisatsioonid rakendavad oma oskusi ja ressursse ühistes pingutustes terveise ja oma vastavate tervisevajaduste rahuldamise nimel. Praktikas tähendab see seda, et kogukond suurendab oma liikmete kontrolli terveise üle ja parandab seda suutlikkuse suurendamise protsessi abil, kasutades domeenide rakendamist.

Osalemine. Programmi ettevalmistamise etapis osalesid rühmaarutlustes kõikide kogukonna erinevate klannide esindajad. Igal aastal korraldatakse paljudes Põhjaterritooriumi maakogukondades uuring renditavate elamute seisukorra kohta. Uuring annab iga elamu kohta üldhinnangu,

lähtudes selle funktsionaalsusest ning toob välja elamukogumi säilitamiseks vajaminevad remonttööd ja parandused. Mõnes kogukonnas on elamute seisukorra ja elanike arvu teadasaamiseks kasutatud standardiseeritud küsimustikku. Uuringu tulemusi jagati ka kogukonnaliikmetega, et soodustada nende aktiivset huvi programmi vastu. Kogukonnakeskuses peeti tervisedenduse praktiku (näiteks keskkonnatervise ametniku või aborigeenide tervisedendaja) eestvedamisel regulaarseid koosolekuid, mille käigus arutati programmiga seonduvat.

Juhtimine. Programmi alguses suunasid juhtimist tervisedenduse praktikud, kes nõustasid korrapäraselt kogukonna esindajaid. Vanematekogu ja teised kohalikud juhid olid kaasatud programmi kavandamisse ja haldamisse ning said oma suutlikkuse suurendamiseks juhtimisalast koolitust ja suuniseid. Juhid langetasid üha rohkem selliseid programmi puudutavaid otsuseid, mis võimaldasid vastutuse delegeerida kogukonnale.

Organisatsioonilised struktuurid. On oluline, et olemasoleval organisatsioonil oleks üldine programmi rakendamise kohustus. Käesoleval juhul oli selleks organisatsiooniks kogukonna nõukogu. Põhiküsimuste arutellu olid kaasatud ka teised kogukonnasisesed grupid – näiteks tuli nõu pidada kohaliku kauplusega, et tagada piisavate puhastusmaterjalide olemasolu taskukohase hinnaga. Et inimesed saaksid programmi juhtimise ja järelevalve kaudu suurendada kontrolli oma tervise üle ning seda parendada, oli tarvis tähtsamates küsimustes jõuda ühise mõistmiseni.

Probleemi hindamine. Juhtidel soovitati kaardistada ja tähtsuse järjekorda seada koduse hügieeni edendamisega seotud otsesed probleemid. Nende hulka kuulus näiteks vähene osalemine, rahapuudus ja niisuguse ulatusega programmi juhtimise kogemuse puudumine. Need küsimused võeti juhtimisoskuste strateegia kavandamise ja uute rollide toetamiseks vajalike ressursside välja selgitamise aluseks.

Miks-küsimuste esitamine. Osalejad hakkasid väikeste juhitud rühma-koosolekute käigus mõistma oma võimetuse ja halva tervise peamisi põhjuseid. Niisugustel juhtudel sai tervisedenduse praktik ergutada osalejate kriitilist teadlikkust, kasutades erinevaid meetodeid, näiteks Photovoice'i (vt kolmandat peatükki). Juhid mõistsid peagi, et paljudes majapidamistes tulenevad ebasanitaarsed tingimused sotsiaalsetest ja kultuurilistest piirangutest, näiteks majapidamise juhi autoriteedi lagunemine. Vanematekogu tunnistas, et äärmiselt oluline on määrata kõikidele majapidamistele koristussüsteemid, mis sõltuvad rahvastatuse määrast elamus (tüüp 1, 2 või 3). Kogukonnavanemad valmistasid igale majapidamisele ette plaani materjalidest, mis olid vajalikud tavapäraseks kodusteks hügieeniprotseduurideks.

Ressursside mobiliseerimine. Kogukonnale olid kättesaadavad vaid piiratud ressursid, kuid sellegipoolest oli tarvis raha koguda, et hankida puhastusmaterjale, näiteks seepi ja puhastusvahendeid. Neid asju on loomulikult võimalik pakkuda ka kohalikus kaupluses soodushinnaga või toimetada igasse majapidamisse tasuta puhastusmaterjalide pakk. Ent kogukonnaliikmed väärtustavad tõenäoliselt vähem materjale, mis jagatakse laiali valitsuse almusena, ning isegi soodushinnaga kaubad kipuvad olema ebapopulaarsed, kuna inimesed peavad nende kvaliteeti teistest kehvemaks. Kogukond võib alustada väikeses mahus täiendavate sisemiste ressursside hankimist rahakogumise teel ning saada välistest ressursside, taotledes tervisedenduse praktiku juhendamisel valitsuse rahastust. Kõnealune kogukond sai piirkondlikult terviseametilt rahalisi vahendeid plastikust beebivannide ostmiseks peredele, kus kasvab alla kahe aasta vanuseid lapsi. Mõnes majapidamises oli väikesi lapsi vannitatud kõõgi kraanikausis ning selle tagajärjel oli juhtunud õnnetusi.

Sidemed teistega. Kogukond võib kasutada strateegiaid teiste kogukondadega sidemete loomiseks ning korraldada kogemuste vahetamiseks külaskäike. Vanematekogu tegi kohalikule eraomandis olevale kauplusele ettepaneku kokkuleppe sõlmimiseks, et tagada teatud puhastusmaterjalide, näiteks seebi ja puhastusvahendite kättesaadavus soodsa hinnaga. Ent kaupluse omanik ei olnud ettepanekuga nõus, kuna varasem kogemus oli näidanud, et kogukonna liikmed keeldusid allahinnatud kaupa ostmast, kuna pidasid seda kehvemaks.

Välised osapooled. Tervisedenduse praktikutel võib olla oluline roll kogukonna ressursside hankimisel, oskuste ja suutlikkuse arendamisel, otsustajateni pääsemisel ning programmi toetamisel oma eksperdi ja õiguspärase võimu kaudu – näiteks tõstatades kogukonda huvitavaid küsimusi suhtluses valitsusametnikega.

Programmi juhtimine. Programmi juhtimise eesmärk on anda vanematekogule üha rohkem võimu. See hõlmab juhtimist, otsustamist, haldamist, rahakogumist ja kontakte valitsusametnikega. Tervisedenduse praktiku roll peaks kahanema olukorrani, kus ta osutab nõukogu palvel abi ja toetab vahendite leidmisel. Tervisedenduse praktiku toetus on eriti oluline programmi alguses, kui kogukonnaliikmete enesekindlus ja oskused võivad olla napid ning suutlikkus vajab arendamist.

Tegevusvaldkond: riikliku tervist toetava poliitika kujundamine

Kogukonna otsustajatel oli võimalus toetada võrdset juurdepääsu hügieeniasutustele. Kogukonnal oli avalik ööpäevaringne juurdepääs kümnele tööstuslikule pesumasinale ja neljale kuivatile. Selle asutuse edu põhines

vanematekogu tegevusel alljärgnevate probleemide lahendamiseks:

- riiete saastumine nende maapinnal kuivatamisel võib eelneva kahjulike bakterite eemaldamise mõttetuks muuta. Asutusse tuleb riiete kuivatamiseks üles panna ka piisavalt pesunööre;
- riided võivad saastuda bakteritega, mis tekivad masinatesse kogunevatesse mustusejääkidesse, ning ka masinad võivad koguneva pesupulbri ja riidekiudude tõttu kahjustada saada. Pesuautomaate tuleb regulaarselt puhastada ja hooldada;
- pesupulber peab olema automaatides saadaval omahinnaga;
- avalikku juurdepääsu pesumasinatele tuleks laiendada, rajades kogukonda veel ühe sarnase asutuse;
- kaalumisele tuleks võtta ka võimalus pakkuda koduste pesumasinate omanikele võimalust lasta oma masinaid remontida ja hooldada vastava väljaõppe saanud tehnikul.

Tegevusvaldkond: toetavate keskkondade loomine

Kogukonna otsustajatel oli võimalus luua majanduslik ja poliitiline keskkond, mis toetab hügieenitoodete kättesaadavust, näiteks hädavajalike hügieenivahendite ostmist, luues toetuste süsteemi, mis võimaldaks inimestel neid tooteid osta, ning laiendades pesuautomaatide kasutamise võimalust.

Tegevusvaldkond: isiklike oskuste arendamine

Isiklike oskuste arendamise tegevusvaldkond annab võimaluse personaalsete oskuste arendamise kaudu saada parem juurdepääs teabele ja haridusele. Oskuste arendamine suurendab inimeste valikuvõimalusi ja aitab saavutada suuremat kontrolli oma tervise ja ümbritseva keskkonna üle. Isiklike oskusi võib arendada näiteks kohalikus koolis või tervisekeskuses ning see hõlmaks ka tehniliste oskuste arendamist, näiteks kätepesu, toidu ülessulatamist ja hoidistamist ning jäätmetest vabanemist. Need on tundlikud teemad ning nõuavad õppimist läbi tegevuse ja esitluste abil, mitte niivõrd õpetajalikkude lähenemist.

Tegevusvaldkond: terviseteenuste ümber orienteerimine

Tervisedendus on inter-sektoraalne ning programm hõlmas koostööd vanematekogu, kooli, tervisekeskuse, keskkonnatervise- ja eluaseme-teenuste osutaja vahel. Kogukonna nimel erinevate organisatsioonide

programmisisese koostöö vahendamine ja toetamine on välise osapoole, tervisedenduse praktiku, ülesanne.

Teine juhtumiuuring: elatusvahendite suurendamine Kõrgõzstani maakogukondades

Vaesuse leevendamine on muutunud maapiirkondade arendamise peamiseks mureküsimuseks ning on lahutamatult seotud meie arusaamaga maapiirkondade elatusvahenditest. See on muutnud jätkusuutlikud elatusvahendid oluliseks eesmärgiks, strateegiaks kui ka analüütiliseks raamistikuks. Kesk-Aasias asuva Kõrgõzstani elatusvahendite suurendamise programm „Sustainable Livelihoods for Livestock Programme” (SLLP, jätkusuutlikud elatusvahendid kariloomade programmile) näeb kogukonna suutlikkuse suurendamist kui otsustavat lahendust asjaosaliste elatusvahendite suurendamiseks. SLLP (edaspidi „programm”) on ettevõtmine, mis hõlmab hinnanguliselt 28 500 inimest, kes elavad 14 katsekogukonnas. Programmil on piirkondlikud kontorid Chui, Oshi ja Talase provintsid, ning nendes kõikides juhib kogukonnapõhist tegevust kohapeal elav riiklikust ja rahvusvahelisest kaadrist koosnev meeskond. Piirkondlik personal on ühenduslüli kogukondade ja programmi juhtimise üksusega pealinnas Bishkekis, mis koordineerib ja toetab all-asutuste tegevust.

Programmi eesmärk oli:

- luua võimalusi ettevõtlusest ning põllumajanduslikust karjakasvatusest pärinevate sissetulekute tekitamiseks, kaasa arvatud kašmiirkiu, käsitöö, mee ja ravimtaimede müügist ning turismist;
- parandada ja edendada tugiteenuste kättesaadavust;
- arendada eneseabi suutlikkust kogukonnas ning tugevdada kohalikke organisatsioone (Jones ja Laverack, 2003).

Programmi kogukonnaareng keskendub peaaesjalikult just viimasele punktile, suutlikkuse arendamisele kogukonnas. See on tihedalt seotud kogukonna võimestumise kontseptsiooniga, võimaldades inimestel võtta kontrolli oma elu ja tervise üle. Selle peamine eesmärk on ühendada varaliste elatusvahendite kasv kogukondade tõusnud suutlikkusega võtta vastutus oma tervise ja edasise arengu eest. Protsessi toetamiseks on programmi raames kättesaadavad kaubakrediit, koolitus, varustus, väikesemahulised tsiviiltööd ja tehniline abi.

Kultuuriline kontekst

199 000 km² suurune ala Kesk-Aasias Tien Shani mäestikis Hiinast läänes, mida nüüd kutsutakse Kirgiisi Vabariigiks, võeti 19. sajandi lõpus Venemaa võimu alla. Nõukogude aeg muutis suuresti Kirgiisi majanduslikke ja sotsiaalseid institutsioone, muutes rahvastiku rändkarjakasvatajatest sunniviisiliselt paikseteks ühistatud maaharijateks või plaanimajanduslike tehaste töolisteks. Kõrgõzstani iseseisvumine 1991. aastal näitas, et paljud Nõukogude aja institutsioonid ei olnud jätkusuutlikud, põhjustades majandusliku krahhi ja sotsiaalse kriisi. Rahvusvahelise kogukonna toel rakendas valitsus kiiresti turule suunatud reformid, kuhu kuulus ka laiaulatuslik erastamine, kuigi majanduses domineeris endiselt põllumajandus (Jones ja Laverack, 2003). Programmi kaasatud kogukondade elatustase põhineb maaharimise, näiteks vilja- või kartulikasvatuse ja karjakasvatuse kombinatsioonil. Kohalike ettevõtete hulka kuuluvad ka kašmiirkiu, käsitöö, mesilassaaduste, ravimtaimede ja turismiteenuste müük, mis täiendavad või asendavad seniseid põllumajanduslikke sissetulekuallikaid.

Kogukonda võimestav lähenemine

Kõik asjaosalised otsustasid ühiselt, et kogukonna võimestamise üksikasjaliku ja süstemaatilise strateegia rakendamiseks ei ole piisavalt aega, kuna talv oli peagi saabumas. Pikkadel talvekuudel on kogukonnaliikmetel näiteks töötoast osa võtmiseks äärmiselt raske riigis ringi reisida. Selle asemel otsustasid asjaosalised luua kõiki tingimusi arvesse võtva plaani kogukonna võimestamiseks, ning seejärel töötada järgmisel suvel välja üksikasjalikum strateegia. Programmis osalejad korraldasid Bishkekis enne talve saabumist töötoa ning kutsusid kogukondade esindajaid üles välja töötama plaani kõikide üheksa võimestamise domeeni tugevdamiseks alljärgneval viisil.

Osalemine. Esialgelt programm otsuselangetamisse kogukonna esindajaid ei kaasanud ning üksikasjaliku kavandamisega tegeles kogukonnaväline ekspert. Selle peamine eesmärk oli veenduda, et sekkumised on aruandluse esitamise tähtaegadeks välja töötatud. Osaluses mindi kompromissile ja kogukonnaliikmed kaasati koosolekutesse. Programmi rakendamisel tehti selle kavas teadlikke muudatusi, et kogukonnaliikmete arvamus rohkem arvesse võtta. Näiteks mitu arutlusrühma tõstatas soovi kohtumisi jätkata, et selle esindajad saaksid mängida programmi otsuste langetamisel suuremat rolli. Protsessi käigus oli äärmiselt oluline võita kogukonnaliikmete usaldus ja leida nendega ühine keel, et inimeste kaasamine programmi oleks võimalikult mõttekas.

Juhtimine. Alates Kirgiisi Vabariigi iseseisvumisest on tavaline, et igat tüüpi organisatsioonidel (valitsusvälistel, valitsusorganisatsioonidel ja kogukonnapõhistel organisatsioonidel) on üldiselt nõrgad juhtimisprotseduurid, piiratud nägemus eesmärkidest ja ülesannetest ning puuduv arengustrateegia (Jones ja Laverack, 2003). Programm toetaks kogukonna juhtimist paljudel praktilistel viisidel, korraldades muu hulgas kohalike käsitööühenduste juhtide külaskäike arenenumatesse ja väljakujunenud organisatsioonidesse mujal riigis. Nende külaskäikude ajal saaksid pilootkogukondade juhid jagada oma kogemusi ja ideesid. Programmi üks eesmärgi oli ka luua head tööalased sidemed valitud külajuh-tidega, et parandada nende positsiooni kogukondades, kus programmi ellu viiakse. Programmi raames on tehtud tööd nende juhtide vastutuse suurendamise nimel – näiteks arendades läbipaistvaid aruandlustavasid, nii et igaüks saaks näha, mida on tehtud, kelle poolt ja milliste kulu-dega.

Organisatsioonilised struktuurid. Programmi kuuluvate kogukondade ühine joon oli arvukate organisatsiooniliste struktuuride olemasolu, näiteks kogukonna nõukogud, naiste- ja noortekomiteed, talupidajate kooperatiivid ja veekasutajate ühendused. Niisugused struktuurid laienevad Kirgiisi vabariigis aeglaselt ning pakuvad inimestele võimalust üheskoos tehtule tagasi vaadata ja küsimusi esitada, kogemusi jagada ja lahendusi välja töötada, et tegeleda oluliste probleemidega oma elus. Programmi eesmärk on olnud rajada kooskõlastusmehhanisme kõikides küldes, et võimaldada erinevate gruppide esindajatel osaleda laialdasemas otsuselangetamise protsessis.

Kooskõlastusmehhanisme toetavad ettevõtmised, mille eesmärk on luua ressursikeskusi, kus kogukonna organisatsioonid saaksid korraldada oma tegevust. Ressursikeskused pakuvad võimalusi, mõnikord ainult ruumi, ning on kogukonna koondumispunktiks, kus teave on kergesti kättesaadav ja kus on võimalik luua kogukonnaväliseid kontakte. Paljud kogukonnad mõistsid kiiresti ressursikeskuse väärtust ning ühitasid selle kogukonna sissetuleku hankimisega ja uute ideede otsimisega.

Probleemi hindamine. Programm aitas pilootkogukondadel arendada probleemi hindamise läbiviimiseks vajalikke uusi oskusi ja pädevust. Kogukonnad tegid kindlaks ja seadsid tähtsuse järjekorda oma elus esinevad vahetud (lühiajalised) probleemid, mille võtsid tegevuse kavandamise ja tegevust toetavate vahendite leidmise keskmeks. Seda protsessi võib abistada kogukonnaväline ekspert, kuid selleks, et muuta seda võimestavaks kogemuseks, peab lahendamist vajava probleemi kindlaks tegema kogukond.

Probleemide tähtsuse järjekorda seadmine oli oluline, kuna kogukondade käsutuses ei ole vahendeid, et tegelda sama programmi raames kõikide domeenidega. Programmi eesmärk oli aidata kogukonnal saada oma käsutusse ressursse (seda on täpsemalt arutatud allpool punkti all „Ressursside mobiliseerimine“) ja toetada teenuseid, näiteks kvaliteetse seemnekartuliga varustamine.

Miks-küsimuste esitamine. See erineb probleemi hindamise domeenist selle poolest, et julgustab organisatsioone vaatama oma kohalikest mureküsimustest kaugemale ning asuma laialdasematel teemadel jõulisemale seisukohale. Nõukogude Liidu endise osana on Kirgiisi vabariigil kõikidel tasanditel organisatsioonilisi struktuure, mis töötavad olemuslikult ülaltalla põhimõttel ning jäiga ja kontrollitud bürokraatliku aparadi osana. Kodanikuühiskond on selle riigi arengus suhteliselt uus mõiste. Sotsiaalsed ja poliitilised tingimused ei ole loodud kriitilist teadlikkust soodustama ning paljud välise teabe ja mõjutusteta kogukonnad arenevad olemuselt sisekaemuslikeks, keskenduses ainult oma viivitamatutele vajadustele ja probleemidele.

Selle asemel, et kasutada koolitusi, otsustati programmi raames kogukonnaliikmeid aidata väikestes töörühmades, kus analüüsiti, miks mõned inimesed on teistest vaesemad ning missugused kohalikud, piirkondlikud ja riiklikud sekkumised võivad neid konkreetseid asjaolusid leevendada. Nende programmi poolt toetatud rühmaarutelude kaudu muutusid inimesed arutelude, refleksiooni ja tegevuse käigus vähehaaval kriitiliselt teadlikumaks laiematest vaesusega seotud probleemidest.

Ressursside mobiliseerimine. Kogukonnaorganisatsioonid alustasid piiratud ressurssidega. Osalevad inimesed hakkasid väikeses plaanis sisemisi ressursse koguma isiklike annetuste ja kohalike toodete kaudu. Seejärel aitas programm organisatsioonidel saada kogukonnavälist rahastust, arendades nende toetusetaotluste esitamise, koosolekute korraldamise ja raamatupidamise oskusi. Programmi ressursid olid suures osas seotud kogukonnaarenduse tavapärase tulemitena, nagu näiteks inimeste osalemise suurenemine. Kogukonnaliikmed töötasid välja rahastamisideed, mis jäävad välja tavapärasest arusaamast kogukonnaarendusprogrammi põhjendatud tulemuste kohta, näiteks arvutite hankimine või küla noortele pikkadeks talvekuudeks mõeldud asutuste rajamine.

Programm oli kogukonna ressursside mobiliseerimisele kaasa aidates ka muudel viisidel edukas, pakkudes ühel juhul näiteks sobivaid vahendeid majapidamiste aiamaasid varustava kastmissüsteemi torustiku parandamiseks. Programm kutsus kogukonda üles varuma umbes 60 protsenti materjalide maksumusest ning otsima tööjõudu asendustoru paigalda-

miseks. Kogukonnal õnnestus vajalik summa kokku saada üksikisikute annetuste ja valitsuse eraldiste toel (Jones ja Laverack, 2003).

Sidemed teistega. Programm kasutas partnerlussuhete loomise strateegiaid teiste kohalike organisatsioonidega, mis olid seotud jätkusuutlike elatusvahendite tagamisega. Üks moodus oli näiteks korraldada näitusepäevi, mille raames toodi kogukonna organisatsioonid kokku ning korraldati meelelahutuslikke ja teaberikkaid tegevusi, et luua uusi kontakte ja jagada ideesid. Programmi käigus tunti huvi ka kogukonna ühendamise vastu kohalike organisatsioonidega ning koostöö vahendamise vastu otsustajatega. Programmi ülesanne oli toetada kogukonnaorganisatsioonide töstatatud küsimusi, aidata nende probleeme seadustada ning esindada kogukondi komiteedes ja koosolekutel.

Välised osapooled. Programm, kus kogukonnaväline ekspert annab kogukonnale otsest abi, võib süvendada kogukonnaliikmete seas alluvustunnet ja sõltuvust välistest allikatest. See tekitab praktilise dilemma, kuidas leida mooduseid kogukonna võimendamise toetamiseks programmi raames, toetamata samas sõltuvust.

Programmi esimene väljakutse oli leida kogukonna enda võimuallikad (vahendid, otsustajad, tehnilised oskused, kohalikud teadmised jne). Selleks juhendati kogukonnaliikmeid, et need kaardistaks või selgitaks välja juba olemasolevaid kogukonnasiseseid ressursse, et sel viisil tugevalt positsioonilt edasi tegutseda. Selle asemel, et alustada tegutsemist vaatenurgast, et inimesed on üldiselt majanduslikult ja poliitiliselt suhteliselt võimetus, otsiti programmi käigus valdkondi, kus inimesed omasid suhtelist võimu, ning töötati nendest lähtudes.

Teine väljakutse, millega programm kokku puutus, oli isikute abistamine enda ühisel organiseerimisel ja mobiliseerimisel kõikide võimendumise domeenide tugevdamise kaudu. Kolmas aga oli toetada vajaliku ressursibaasi loomist kogukonna tegutsemiseks, mille saavutamiseks võttis programm endale ühenduslülilise rolli väliste allikate ja kogukonna vahel.

Programmi juhtimine. Juhtimisvastutuse üleandmine on pikaajaline ja jätkuv protsess. Kui lühikeses põllumajandushooajaga seotud sekkumised jõudsid kokkuvõtete tegemise faasi, kaasas programm kogukonnaliikmeid saavutuste aktiivsesse hindamisse. Selleks kasutati kogukonna tööühmi ja külade ressursikeskusi (viidatud ülal). Oli oluline, et kõik kogukonna sektorid teaksid, millise panuse oli programm andnud, mida kavatseb veel anda ja et lõpptulemustes valitseb üldine üksmeel. Kogukonnapõhist jälgimist nähti kui vahendit kogukondade kaasamiseks kavandamisprotsessi. Samal ajal kasutati programmi algusest saadud teadmisi pilootkogukondade keskmise pikkusega arenguperspektiivide koostamiseks,

luues raamistiku keskendumaks vahendite koondamisele. Seda teavet jagati kogukonna koosolekute kaudu ning sekkumiste üksikasjalik kavandamine toimus kokkulepitud tööplaani alusel.

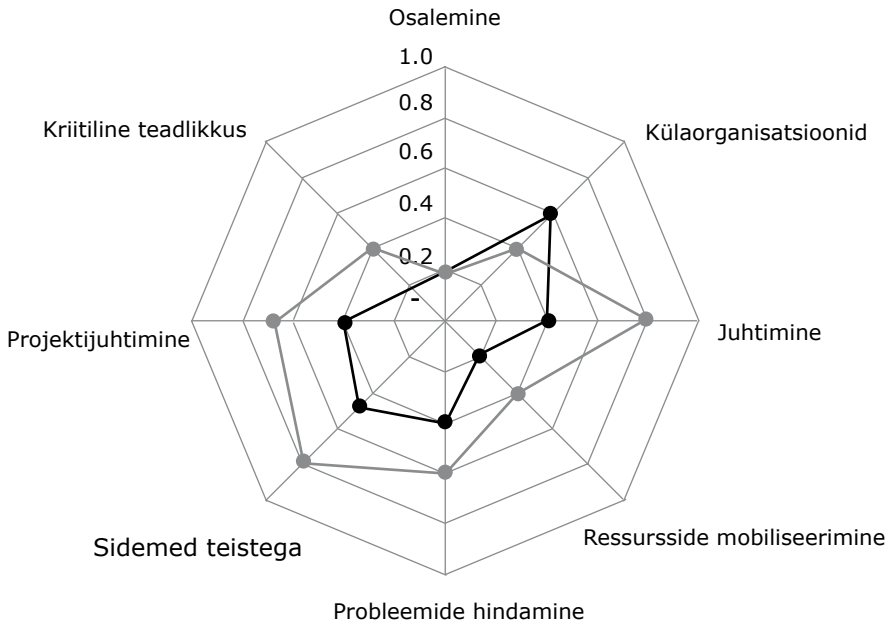
Aja jooksul ja täiendavate vahendite leidmisel hakkas kogukond haarama suuremat kontrolli oma tegevuse üle, näiteks juhtimise, rahakogumise ja koostöö vallas teiste organisatsioonide ja inimestega. See oli vastupidine esialgsele olukorrale programmi alguses, kui enamiku otsustest võttis vastu kogukonnaväline ekspert.

Programm pidi töötama olemuselt ülalt-alla ja jäigas bürokraatlikus valitsemisaparaadis. Selle tulemusena on see suutnud mõnda võimestumise domeeni paremini toetada kui mõnda teist. Näiteks on saavutatud edu võimestunud kogukonna organisatsioonide loomisel, sidemete tugevdamisel teiste organisatsioonidega ning osalemise suurendamisel ja ressursside mobiliseerimisel. Ent usalduse tekkimine erinevate programmi partnerite vahel on olnud aeglane protsess ning pilootkogukondadele nende vaesuse põhjuste (kriitilise teadlikkuse) selgeks tegemine on samuti pikaajaline protsess, mis kestab edasi ka pärast programmi lõppu.

Kogukonna võimestumise hindamine

Programm kasutas kogukonna võimestumise hindamiseks ja selle visuaalseks esitamiseks viiendas peatükis tutvustatud domeenide rakendamist ja „ämblikuvõrk-diagrammi“, millest räägiti lähemalt kuuendas peatükis. Hindamine toimus 18 kuu pikkuse perioodi vältel iga kuue kuu tagant. Joonisel 8.1 on kujutatud „ämblikuvõrk-diagramm“ Kopuro Bazari kogukonnas kuue kuu pikkuse perioodi vältel märtsist septembrini. Diagramm näitab, et domeenides nagu programmi juhtimine, sidemed teistega, probleemi hindamine, ressursside mobiliseerimine ja kohalik juhtimine toimus edasiminekuks. See leidis aset tänu sellele, et kogukonnaväline organisatsioon oli alustanud ettepanekutega, mille eesmärk oli aidata kogukonnal oma probleeme kindlaks teha ning seejärel tehniliselt toetada haldus- ja juhtimisoskuste arendamist. Programm toetas ka arvukaid tegevusi, mille käigus loodi partnerlussuhteid teiste kogukondadega, eriti sissetulekute suurendamise osas, kasutades kohaliku käsitöö valmistamiseks ja müügiks näiteks hasars'i (traditsiooniline vabatahtliku töö vorm). Osalemise ja kriitilise teadlikkuse domeenides edusammud puudusid, vähenemine toimus sellistes domeenides nagu külaorganisatsioonid ja organisatsioonilised struktuurid. Nagu juba varasemalt märgitud, on kriitilist teadlikkust raske arendada jäigas ja ülalt-alla lähenemist kasu-

tavas bürookratlikus aparaadis. Uute ideede tutvustamise järgselt, nagu näiteks probleemi hindamine ja oskuste arendamine, otsustasid mõned kogukonna organisatsioonid määrata endale teised juhid ja värvata uusi liikmeid. See tõi kaasa konflikti ja ümberkorralduse ning kuigi tegemist oli kogukonna organisatsioonide arendamiseks vajaliku sammuga, oli sellel esimesel uuestihindamisel hinnet vähendav mõju hindamise domeenile.



Joonis 8.1 „Ämblikuvõrk-diagramm” Kopuro Bazari kogukonna kohta

Üheksandas peatükis arutletakse peamiste õppetundide üle, mis saadi võimestunud kogukondade loomisel, ning käsitletakse kolme konteksti, milles tervisedenduse asutused ja nende palgatavad praktikud saavad seda teha.

9. Võimestunud kogukondade loomine

Viiimasest peatükis võetakse kokku raamatu kesksed teemad ja arutatakse võimestunud kogukondade loomisega seotud peamiste õppetundide üle. Peatükis on vaatluse all ka kolm põhikonteksti: sotsiaalne, struktuuraalne ja radikaalne, mis aitavad tervisedendusega tegelevatel organisatsioonidel ja praktikutel mõista, kuidas mõjutatakse kogukondade võimestamist.

Saadud õppetunnid

Käesolevas raamatus esitatud teave on näidanud, et edu saavutamiseks kogukonna võimestamisel peaksid tervisedenduse programmid:

1. tegelema kogukonna muredega;
2. looma kogukonna, kogukonnaväliste organisatsioonide ja nende palgatavate praktikute vahel partnerlussuhted;
3. suurendama kogukonna suutlikkust, et parandada selle teadmisi, oskusi ja pädevust, mis võimaldavad kogukondadel oma probleemidega tõhusamalt tegeleda;
4. hindama nende tulemuslikkust ja jagama kõikide asjaosalistega ideesid ja nägemusi.

Kogukonna muredega tegelemine

Inimeste võimestamise tähtsaim õppetund on tervisedenduse praktika valmisolek kindlaks teha ja toetada muresid, mis on kogukondadele südamelähedased. On leidnud piisavalt tõestust, et kui tervisedenduse praktikud ei ole valmis kogukonna muredega tegelema, ebaõnnestub ka nende rakendatav programm palju suurema tõenäosusega. Võimestunud kogukondade loomisel on äärmiselt oluline, kes mureküsimuse tuvastab ning kuidas sellega edasi tegeletakse. Selle saavutamisel on peamine takistus ülalt-alla-lähenemiste kasutamine tervisedenduse programmides ja pinge, mida tekitab kogukonna muredega mitteamvestamine programmide kavandamisel. Praktikast tuleb sageli leida kompromiss kogukonna murede ja selle vahel, mida elluviiv organisatsioon soovib, kuid see ei pruugi õnnestuda täies mahus.

Esimeses peatükis juba arutasime, et tervisedendus toimub kõige sagedamini valitsusasutuste või valitsuse rahastatavate valitsusväliste organisatsioonide juhitud ülalt-alla suunatud programmide kaudu. Tervis-

edenduse agenda määrab valitsuse poliitika (ja ressursid) ning raskused algavad siis, kui need ei vasta kogukonna muredele. Tervisedenduse sõltuvus valitsuse rahastusest on põhjustanud ülalt-alla suunatud programmide domineerimise. Tervisedenduse praktikud asuvad tööle, et välja töötada ja ellu viia üksikisikute, gruppide ja kogukondade tervist parendavaid programme valitsuse poliitika seatud prioriteetide raames.

Isegi kui „ülemiste“ struktuuride nägemus peamiste mureküsimate kohta kattub kogukonna omaga, võib viis, kuidas programm on üles ehitatud ja rakendatud, jätta peamised probleemid tähelepanuta. Näiteks kui küsida mis tahes küllaltki vaeselt inimeselt kesklinna elumurajoonis, mis on tema peamine mure, kuuluks levinumate vastuste hulka ilmselt ka narkootikumid. Nii võrdlemisi võimetud inimrühmad kui ka võimu omavad rühmad jagavad vajadust selle probleemiga tõsielus tegeleda. Võimu omavad rühmad, kuhu kuuluvad ka poliitikud ja tervisejuhid, näevad narkoprobleemi lahendusena rohkem politseinikke, rohkem sotsiaalturunduse programme, rohkem narkootikumide teemadega seotud koolitusi, rohkem narkootikumide võõrutusprogramme ja hulgaliselt narkootikumidevastaseid plakateid ja brošüüre. Võrdlemisi võimetud rühmad, kuhu kuuluvad näiteks ka korteriühistud ja kogukonnasisesed rühmad, määratlevad lahendust inimeste turvatunde puudumise, tänavavägivalla, kuritegevuse, viletsa tänavavalgustuse, töötuse ja isegi eluasemete kehva seisukorra vähendamise kaudu. Politseijõudude suurendamise lahendus võib rassiküsimate tõttu pingeid tekitada ning sotsiaalturundus ja terviskasvatus ei tegele narkootikumide tarvitamise sotsiaalsete ja struktuuriliste algpõhjustega (Labonte, 1998).

Paralleelsed näited on poliitika väljatöötamise tasandil olemas ka suurtes organisatsioonides ja asutustes. Silmapaistev tervisedenduse filosoof Ronald Labonte (1998) kasutab näidet, kus üks töötaja algatas poliitika muutmise „testina“ asutusesisese suitsetamise keelustamise. Otsus põhines tervisedenduse praktiku nõuandel ja paljude ettevõtte töötajate palvel. Ettevõtte juhtkonna, ametiühingute ja tervisedenduse praktiku vahel toimusid läbirääkimised. Pole üllatav, et kõik asjaosalised esitasid nimetatud teemal erineva nõudmise. Juhtkond soovis kulusid väiksena hoida ja rahulikku töökeskkonda säilitada, kuigi tundis samas muret ka töötajate heaolu pärast. Ametiühingud ei soovinud töötajate üksmeelt lõhkuda vastandades omavahel suitsetajaid ja mittersuitsetajaid, nad tundsid pigem üldisemat muret siseruumide õhukvaliteedi pärast ning pidasid kulusid juhtkonna probleemiks. Tervisedenduse praktik soovis lihtsalt välistada igasuguse kokkupuute tubakasuitsuga. Pärast kuid kestnud läbirääkimisi ühise keele leidmiseks sõnastati probleem ümber kui „kokkupuute vältimine tuntud kantseroogenidega“, mida said toetada

kõik kolm huvirühma. Selle asemel, et valida kulukad, eraldi ventileeritavad suitsetamisalad, nõustusid kõik kolm asjaosaliste rühma suunama rahalised vahendid ventilatsioonisüsteemide parandamisele ja teiste õhus leiduvate toksiinide analüüsimisele.

Kogukonna muredega tegelemiseks peab tervisedenduse praktik esmalt looma inimestega toetava ja mittekontrolliva partnerlussuhte. Selle eesmärk on soodustada võimu jagamist nii, et see hõlmab nii soovitud teenuste osutamist kui ka ressursside jagamist.

Partnerlussuhete loomine

Praktiku roll tervisedenduse programmis on kõigepealt juhtimine – näiteks kogukonnarühmade loomine ning osalemise edendamiseks vajaliku entusiasmi tekitamine ja ressursside leidmine. Ent oodatav juhi roll võib peagi kahaneda pisut võrdsemaks suhteks praktiku ja kogukonna vahel. Partnerlussuhe näitab kogukonna võimet luua kogukonnaväliste organisatsioonidega vastastikusel lugupidamisel ja huvidel põhinevaid suhteid. Partnerlussuhe võib hõlmata vastastikuste teenuste osutamist, ühisel eesmärgil põhineva ettevõtmise korraldamist või algatust millegi tegemiseks.

Paljudel tervisedenduse praktikutel on raske loovutada kontrolli, mis neil on programmi kavandamise ja rakendamise üle. Kogukonna teadmiste pädevuse tunnistamine ja enda erialaste teadmiste jagamine, et kogukonnaliikmed saaksid neid kasutada oma suutlikkuse suurendamiseks, võib tervisedendajatele olla võõras käsitlusviis. Briti kogukonnaorganisaator Angela Kilian uuris mitmete ülalt-alla-meetodil tegutsevatesse terviskasvatuse rühmadesse kuuluvate kogukonna tervishoiutöötajate võimet sellesse staatusse asuda. Võimu üle võtmise vastu tõrkusid mõneti paljud osalevad naised. See peegeldas naiste nägemust rühmast ja tervishoiutöötajast, kes kuulub siiski riiklikusse terviseteenistusse. Seda vastumeelsust võib tõlgendada ka kui paradoksaalset võimunäitamist institutsiooni vastu, mida nad võivad suurel määral umbusaldada. Kui see dünaamika tasapisi läbi töötati, suutis enamik rühmi mingil määral kontrolli üle kanda, välja arvatud üks rühm. Tegemist oli ainukese rühmaga, mida juhtis tervishoiutöötaja, kes ei suutnud ületada algset vajadust rühma liikmeid suunata, hinnata ega muuta oma paternalistlikku mõtlemist. (Kilian, 1988).

Tervisedenduse praktikutel on tõepoolest oluline roll teabe (harivad ja teadlikkust tõstvad sekkumised), vahendite ja tehnilise abi jagamisel, kuid see peab toetama neid muresid, mida kogukond on välja toonud kui endale asjakohaseid ja tähtsaid. Praktiku osa partnerlussuhtes on aidata

inimestel tegutsemise kaudu tunnetada suuremat kontrolli oma elu üle. Esimene samm selle saavutamiseks võib näiteks toimuda väikestes rühmades osalemise teel, kus saadakse mõnd mureküsimumust selgitavat teavet või omandatakse uusi oskusi. Eesmärgiks on aidata inimestel oma ühiseid mureküsimumusi paremini määratleda, analüüsida ja seejärel koos lahendada. Praktikud teevad seda mõnikord teadlikult, andes inimestele nõu, koolitades neid, arendades oskusi ja ühendades üksikisikuid näiteks paikkonna rühmadega. Ent enamasti praktikud ei tea, kui olulist rolli nad võivad oma tööd tehes mängida üksikisikute, gruppide ja kogukondade võimestamisel.

Kogukonna suutlikkuse suurendamine

Mõnikord teavad kogukonnad, mida nad tahavad, kuid ei tea, kuidas seda saavutada. Teistel juhtudel ei tea kogukonnad, mida nad soovivad, ning nende murede kindlaks tegemist raskendab sisemine vastuseis või teadmiste ja oskuste puudumine. Tervisedenduse praktikul, eriti programmi algusjärgus, on oluline roll kogukondadele vajaliku toetuse andmisel, et need oma mureküsimumused välja selgitaksid ja/või nendega tegeleksid. See on ajutine roll ning pikemas perspektiivis peaks tervisedenduse praktik tegutsema kogukonna suutlikkuse suurendamise nimel, et selle liikmed võiksid mõne aja pärast programmi üle võtta.

Programmi tegevuskava peaks selgelt määratlema, kuidas see alates planeerimisest ning rakendamise-, haldamise- ja hindamisprotsessi kaudu kogukonna suutlikkust suurendab. Selle sihita võib kogukond programmi kestel muutuda sõltuvaks kogukonnavälise eksperdi toest, suurendamata ise enda vajalikku suutlikkust. Viis, kuidas kogukonna suutlikkust käsitletakse ja seda määratletakse, on oluline teema, mis sageli kavandamisel kahe silma vahele jäetakse. See hõlmab kaht alljärgnevat põhivaldkonda.

1. Kogukonna suutlikkus enda probleeme lahendada ning spetsiaalsete oskuste ja pädevuse arendamine, mis seda üldist suutlikkust suurendab. Neid oskusi võib hiljem tarvis minna paljudes erinevates olukordades – näiteks võib kohaliku probleemiga, näiteks üleujutusega tegelemiseks arendatud organisatsioonilisi oskusi kasutada ka tervisekeskusele asukoha leidmisel. Kogukonna suutlikkuse suurendamisel on üldine olemus ning see ei piirdu vaid ühe probleemiga.
2. Kogukonna suutlikkus võtta programmi üle suurem kontroll hõlmab juhtimisoskuste arendamist, näiteks finantsjuhtimist, aruannete kirjutamist ja hindamist. Neid oskusi ja võimekusi saab kogukond kasutada, kui ta on kaasatud programmijuhtimisse.

Neljandas peatükis tutvustatud paralleelsete protsesside mudel ja viiendas peatükis kirjeldatud võimestumise domeenid on mõeldud kasutamiseks üheskoos süstemaatilise vahendina, mis aitab kogukondadel oma suutlikkust suurendada, keskendudes programmi raames kogukonna muredele.

Ressursside ja tehnilise abi andmine on kogukonnavälise eksperdi ja kogukonna partnerlussuhte alus. Siinkohal on kõige olulisem pakkuda toetust õigel tasemel, vastavalt kogukonna palvele. See tähendab, et kogukonnavälise ekspert ei tohiks programmi kavandamise etapis kasutada kõiki oma vahendeid. Seda seetõttu, et kogukonna strateegilise plaani väljatöötamisel tehakse kindlaks uusi ressursiallikaid. Sellele nõudmisele vastamiseks peab kogukonnavälise ekspert olema paindlik ressurside tüübi osas, mida ollakse valmis kogukonna toetamiseks jagama.

Programmi raames on ressursid tavaliselt määratletud kindlasse eelarve kategooriasse – näiteks reisikulud, koolitused ja varustus. Ent kogukonnale vajaminevad ressursid ei pruugi selgelt ühtegi määratletud kategooriasse sobitada. Näiteks on paljudes Vaikse ookeani lõunaosa kultuurides kombeks alustada koosolekuid ametliku tseremooniaga. Sinna kuuluvad külaliste ja rühma vanemliikmete sissejuhatavad kõned, vastuvõtmine ja kava joomine. Katz (1993) märgib, et Fidžil peab kõiki ametlikke koosolekuid alustama sevusevu, kuna see on kohalikule kultuurile omane viis paluda sugukondlikelt jumalalt, Vu'delt, luba ja õnnistust koosolekuga jätkamiseks. Seda tseremooniat tuleb austada ja kuigi külaline annab kava teisele inimesele, saab selle tegelikult Vu, kes seisab inimestest osalejate taga. Kava joomisel ametlikus õhkkonnas on ka teine eriline põhjus. Joogi kerge psühhoaktiivne ja uinutav mõju aitab õhkkonda mahendada ja soodustab vestluse teket. Kava joomine annab võimaluse inimesed kokku tuua, et nende mured välja selgitada ja lahendada, kuid selle toote ostmist tervisedenduse programmi eelarvest on kahtlemata raske põhjendada.

On ka teisi tegevusi, mille kuulumist tervisedenduse valdkonda on keeruline selgitada, kuid mis sellegipoolest loovad kogukondades kuuluvus- ja seotustunde ning isiklike suhete loomise abil sotsiaalse mõõte. Näiteks võib selleks olla traditsiooniliste laulude laulmine ja tantsimine, spordiüritus, grillpidu või toidu ja kohalike valmistatud käsitöö müümine. Peale kogukonnasiseste ressurside kogumise loovad need üritused ka kogukonnatunde, tuues kokku erinevaid inimrühmi ja klanne ning sidudes neid pärimuslike kommete ja rituaalide kaudu. Ressursside paindlik eraldamine peaks kogukonna võimestamiseks võimaldama ka seda tüüpi tegevust.

Ideede ja visiooni hindamine ja jagamine

Kogukonna võimestamiseks on äärmiselt olulised dialoogivajadus, teabe vaba liikumine ja avatud suhtlus tervisedenduse praktiku ja inimeste vahel. Arusaamatuste vältimiseks tuleb osapoolte ootused selgelt määratleda, dokumenteerida, jagada ja läbi arutada. Ka teised autorid on pidanud teabe vaba ja õiglast liikumist kogukonna võimestamise oluliseks elemendiks, rõhutades organisatsioonidevahelise koostöö ja tõhusa suhtluse tähtsust (McCallan ja Narayan, 1994) ning dialoogi olulisust kogukonna organisatsiooni ja kogukonna üksikliikmete vahel (Speer ja Hughey, 1995).

Üks hindamise eesmärke on võimestada inimesi, tegeledes nende muredega. Praktikast tähendab see inimestele vajaliku teabe andmist, et nad saaksid langetada teadlikke otsuseid ja kavandada strateegiaid oma elu ja tervise parendamiseks. Ent teabe jagamine ühelt inimeselt teistele, isegi kui kõikidel on võrdne omanditunnetus, võib osutuda raskeks. On väga oluline, et teave oleks esitatud nii kogukonnaliikmetele kui ka tervisedenduse praktikutele arusaadavas vormis.

Visuaalne esitamine on praktiline viis jagada kõikide asjaosalistega võimestumise hindamise analüüsi ja tulemuste interpretatsiooni. Visuaalne esitamine võimaldab teavet ka teatud ajavahemiku, erinevate programmi komponentide ja erinevate programmide vahel võrrelda. See ei eelda teksti kasutamist ja on seetõttu kasulik ka kultuuridevahelisest vaatenurgast või juhul, kui asjaosalised on kirjaoskamatud. Visuaalse esituse, ehk „ämblikuvõrk-diagrammi“ kasutamist erinevates kultuuri-istes kontekstides on lähemalt tutvustatud kuuendas peatükis.

Nagu juba esimeses peatükis mainitud, on kogukondade võimestamise võti muuta meie ühiskonnale ja töötavatele omaseid ebavõrdseid võimusuhteid. Järgmisena arutame kolme erinevat käsitlusviisi, mida kasutades tervisedenduse praktikud ja neid palkavad organisatsioonid saavad kogukondade võimestamise nimel teiste osapooltega koostööd teha: need on sotsiaalne, struktuuriline ja radikaalne.

Sotsiaalne käsitlus

Sotsiaalse käsitluse puhul kirjeldatakse tugivõrgustikku, mille kaudu inimesed suhtlevad, et ennast organiseerida ja mobiliseerida. Sotsiaalseid võrgustikke on seostatud paranenud tervise tulemitest – näiteks väiksem kogusuremus, mis tuleneb südamehaiguste ja enesetappude arvu vähenemisest (Kawachi et al., 1996; Rosengren et al., 2004).

Sotsiaalsed võrgustikud ja sotsiaalne toetus arenevad suhtluse kaudu üksikisiku, grupi ja kogukonna tasandil, mida on arutatud teises peatükis. Indiviididel on suurem võimalus ebavõrdsusega võitlemisel edu saavutada, kui nad tegutsevad üheskoos. Just ühistegevuse kaudu saavad inimesed suurendada oma juurdepääsu vajalikele vahenditele, mõjutada otsuste langetamist ja koguda toetust laiema osalemise kaudu. Võimajaotuse eest vastutavat poliitikat ja reeglistikku, mis võivad viia tervisega seotud ebavõrdsuseni, töötavad välja valitsused. Oma liikmelisuse ja ressursibaasi suurendamisega suudavad kogukonnad paremini mõjutada nii kodanikuühiskonda kui ka valitsusstruktuure. Nad teevad seda suurema võimu saavutamise kaudu võimujaotumise üle, mis mõjutab nende elu ja tervist.

Enamikes demokraatlikes riikides kasutatakse kogukonna võimestamist avaliku, majandus- ja regulatiivpoliitika mõjutamiseks. Seda tehakse isikute seadusliku tegevuse kaudu ja mõnikord ka mitteseaduslikke kanaleid kasutades, millest räägime hiljem, radikaalsuse käsitluse all. See on protsess, millele tervisedenduse praktikud saavad kaasa aidata. Praktikas tähendab see inimeste aitamist otsuste langetamisel ning sarnaste probleemidega tegelevates gruppides ja organisatsioonides osalemises. Osalemine on paljude inimeste jaoks esimene samm ühistegevuse ning oma oskuste laiendamise suunas. Ent üksikisikud, grupid ja kogukonnad võimestuvad täielikult vaid siis, kui nad tegelevad võimetuse sotsiaalsete ja poliitiliste põhjustega, mis nende elu mõjutavad.

Vastusena kogukonna nõudmistele asetavad valitsused vastutuskoorma sageli üksikisikute, gruppide ja kogukondade õlgadele. Üks näide sellest on valitsuse rahastatavad teadlikkuse tõstmisele suunatud kampaaniad, mis annavad inimestele teavet, et nad saaksid teha teadliku valiku. Tegemist on kindla strateegiaga, kuna kohustab võimulolijad vaid teavet jagama, seda tavaliselt massimeedia vahendusel ja ühesuunaliselt, et inimesi teavitada või kaasata neid passiivselt osalema. Kogukonnad peavad olema ettevaatlikud, kuna nende eestkoste niisugustes programides võib kaasa tuua olukorra, kus nende õigus astuda samme võimulolijate vastu satub ohtu. Osalus võib võimulolijatele anda õiguse väita, et arvesse võeti kõiki osapooli, kuigi kasu saavad vaid vähesed, aidates seega hetkeseisu säilitada.

Võimestuse käsitlus läheb tervisedenduses sellest palju kaugemale. Võimestamist kasutatakse avaliku, regulatiiv- ja majanduspoliitika mõjutamiseks huvikogukondadesse kuuluvate ja oma otsustamisõigust kasutavate inimeste seadusliku tegevuse kaudu – näiteks kohalikel või riiklikel valimistel hääletades või palvekirja allkirjastades. Kogukonnad võivad astuda ka kaudseid samme, näiteks esitades kohalikele

omavalitsusele kaebuse või kirjutades neid esindavale parlamendi-liikmele või kohalikku ajalehte oma murest. Inimestel, nii üksikult kui ka kollektiivselt, on ka teisi, otsesemaid võimalusi valitsuse poliitika mõjutamiseks, et tehtaks vajalikud muudatused nende elu ja tervise parendamiseks – näiteks on võimalik võtta õiguslikke meetmeid, rahastada avalikku kampaaniat, teha lobitööd, näidata ja korraldada proteste võimude vastu, kes inimeste arvates nende võimetuse eest vastutavad.

Kogukondi võib selles abistada, andes neile tegutsemiseks vajalikku teavet või oskusi – näiteks teiste asjassepuutuvate gruppide loetelu, juurdepääs internetti ja asjakohastele veebilehtedele, juhtimiskoolitused ja rahakogumisoskused.

Struktuuriline käsitus

Struktuuriline käsitus on omane riigile, valitsusele ja võimulolijatele, kellel on teiste üle poliitiline ja majanduslik võim. Struktuuriline käsitus hõlmab inimeste üle valitsemise vahendeid ning sõltub teadmiste ja tõdede ekspertsüsteemidest, mille alusel üksikisikuid juhitakse ja valitse-takse. Selle organisatsiooniline struktuur on kõige ilmsem institutsioonide ja suurte organisatsioonide bürokraatias ja võimupositsioonidel, mille need loovad spetsialisti ja ametlikult määratletud kohustusega. Näiteks on paljudes riikides tervishoiuministeeriumi juhil märkimisväärne mõju tervisepoliitika kujundamisele, mis levib „allapoole” – tervishoiuametite, fondide, hooldusrühmade, nõustamisorganite ja praktikute laiemasse kogukonda. Struktuuriline käsitus on seega meie tervist mõjutava poliitika ja reeglite kehtestamisel keskse tähtsusega.

Nagu neljandas peatükis märgitud, on tervisedendus struktuurilise käsit-luse osa. Võimestav tervisedenduse praktika püüab algatada muudatusi sotsiaalses ja poliitilises võimujaotuses nende kasuks, kellel seda ei ole ja kes püüdleval selle saavutamise poole. Selleks kaasab tervisedendus inimesi poliitilisse tegevusse, mis võimaldab neil saada paremat juurde-pääsu oma elu mõjutavatele otsustele ja ressurssidele. See võib tähenda ühist tööd seaduse muutmise nimel, näiteks kohaliku määruse kehtestamine, mis keelab randades koertega jalutamise, et kaitsta rahva tervist, või ühist tööd laiemal poliitika muutmise nimel, näiteks naistele kõige tõhusama rinnavähiravimi võimaldamine, või ühistegevust ühis-konna normatiivsete väärtushinnangute muutmiseks, näiteks koduvä-givallatsejate avalik ja üldine häbimärgistamine. Näiteks on Lõuna-Aaf-rika linna Thembisa kohaliku publi püsikliendid rääkinud lugusid pottide ja pudelite tagumisest, kui üht meest nähti oma tüdruksõpra füüsiliselt

väärkohtlemas. Sarnaseid kinnitamata teateid pottide tagumise kohta on saadud ka Souli linna ja naistevastase vägivaldaga võitleva organisatsiooni National Network on Violence Against Women algatatud sekkumise hindamisperioodil Lõuna-Aafrika Vabariigi asulast Khayelitshast. Need lood kujutavad endast kogukonna üleminekut koduvägivalda puudutavalt vaikivalt kokkuleppelt aktiivsele vastuseisule. Seda tegevust tutvustati meedias riikliku sekkumise raames ning varem ei olnud sellest Lõuna-Aafrikas kuulnud (Souli linn 4, 2001).

Struktuurilise käsitluse jooksul peetakse sageli nõu kogukondadega, et püüda mõista, mida inimesed soovivad. See võib mõnikord kogukonna ootusi ebarealistlikult tõsta ning tekitada nõudmise valitsuse edasise toetuse järele. Kui võimalolijad ei ole valmis minema inimeste tõeliste vajaduste rahuldamisega kaugemale, valitseb tõeline oht kogukonna võimetustunnet veelgi suurendada. Võimulolijad edastavad järgneva sõnumi: oleme teiega nõu pidanud ja kuulanud, mida teil meile öelda on, kuid meie prioriteetidid on teie omast olulisemad. Kogukonna vajadused ei lähe alati valitsuse prioriteetidega kokku. Näiteks võivad eluviisi puudutavad sekkumised, mille eesmärk on suurendada kehalist aktiivsust või muuta toitumisharjumusi, näida ebaolulised inimestele, kelle probleemiks on vaimne tervis, töötus, vaesus või kõrge kuritegevus kodukandis. Nendel on teistsugused prioriteetidid ning nad ei pruugi mõelda oma igapäevavalikute, näiteks kehalise aktiivsuse või toitumise mõjudele tervisele, isegi kui neil on niisuguste muudatuste tegemiseks vajalikud vahendid.

Et tegutseda edasi selle nimel, mida inimesed soovivad, peavad struktuurilise käsitluse korral olema kehtestatud mehhanismid, mis aitavad kaasa vajalike muudatuste läbiviimisele, näiteks poliitika ja seadusandlus toetavate keskkondade loomiseks, mis muudaks tervisliku valiku lihtsamaks valikuks. Võimestavate programmide hulka kuuluvad rohkem need, mis on suunatud kõikidele varajase hariduse andmisele, näiteks kohalikud lastesõimed. Näiteks annab Sure Stardi programm Suurbritannias 3–4-aastastele lastele tasuta osakoormusega haridust. Programm muudab lastehoiu kättesaadavamaks, kvaliteetsemaks ja taskukohasemaks ning annab vanematele teavet pakutavate teenuste kohta. Programm rajab puudustkannatavatesse piirkondadesse lastehoiuasutusi, kus osa teenuse maksumusest kantakse lapsevanema eest, et pakkuda vaestele peredele varajast haridust ning tervisealast- ja perekondlikku tuge (Suurbritannia haridusministeerium, 2006).

Ebavõrdsuse leevendamine võimujaotuses nõuab pikas perspektiivis sekkumist, näiteks vaesuse põhjuste likvideerimisel, poliitika kaudu, mis

mõjutab sotsiaalabiteenuseid, eluasemeid, transporti ja kogukondade tervise teenuseid. Struktuurilisel käsitlusviisil on ühiskondliku õigluse ja võrdsuse edendamisel ning tervise mõjuritega tegelemisel oluline osa.

Struktuuriline käsitlus ja tervise mõjurid

Tervise mõjuritega tegelemiseks peavad valitsused kasutusele võtma pikaajalise strateegia, mis aitavad kõrvaldada sotsiaalse ja majandusliku ebavõrdsuse põhjused, näiteks tööpuuduse. Valitsustel võib poliitika ja seadusandluse kaudu olla märkimisväärne mõju inimeste tervisele ja eludele. Taolise poliitika hulka kuuluvad:

- õpetamisstandardite tõstmine ja ressursside eraldamine koolides;
- miinimumpalk ja töötunnid;
- paremate tööleidmisvõimaluste loomine;
- kutseõpe ja oskuste arendamine;
- ennetusteenused ja emade koolitamine lapsehoiu teemadel;
- parem juurdepääs taskukohastele lastehoiuasutustele;
- kogukonnatoetuse ja sotsiaalse suhtluse suurendamine;
- parem juurdepääs ühistranspordile;
- treeningvõimaluste, näiteks jalgrattateede kättesaadavuse suurendamine (Wilkinson, 2003).

Valitsused peavad sotsiaalsesse ja poliitilisse tegevusse kaasama ka tervisedenduse organisatsioonid ja kogukonnaliikmed. Kuigi tervisedenduse organisatsioonidelt üksinda ei saa eeldada pikaajaliste eesmärkide muutmist, on neil sellegipoolest ülioluline roll võimu ümberjaotamisel, valitsuse poliitika toetamisel ja inimeste tervist mõjutavate otsuste ja vahendite kontrollimisel. Eriti oluline osa on neil kahes alljärgnevas olulises valdkonnas.

1. Praktikud on kaasatud tervist puudutava poliitika ja sekkumiste mõjutamise, seda alates riiklikust kuni kogukondliku tasandini – näiteks oma ekspertvõimu kaudu koosolekutel ja komiteedes. Poliitika ja sekkumiste mõjutamiseks peab praktikutel olema parem arusaam võimu tähendusest, oma suhetest kogukonnaliikmetega ja viisidest, kuidas erinevad professionaalsed rühmad saavad neid sobivalt mõjutada.
2. Paljudes riikides kasutatakse ühistegevust sotsiaalsete ja poliitiliste muudatuste mõjutamiseks regulatiivpoliitika kaudu. Need muuda-

tused saavutatakse üksikisikute seadusliku tegevuse abil, kes kasutavad oma otsustusjõudu näiteks juriidiliste sammude astumiseks võimalolijate vastu. Tervisedenduse praktikud saavad igapäevases töös üksikisikute ja gruppidega aidata inimestel kasutada kuut võimu alust (millest on lähemalt räägitud esimeses peatükis), et saavutada suurem mõju poliitiliste ja majanduslike strateegiatega üle, mis omakorda mõjutavad tervisemõjureid. Et oma tööd võimestavamalt teha, peab praktikutel olema selge arusaam mõjust, mida nad võivad kogukonna võimestamise protsessi käigus avaldada (Laverack, 2005).

Praktiku ülesanne on koondada ühiste muredega üksikisikud, grupid ja kogukonnad, et nad saaksid üheskoos otsida lahendusi ja tegutseda nende probleemide lahendamiseks. Osalemine on sageli esimene samm, mille abil saavad valitsused aidata kaasa inimeste kaasatusele ühistegevuses ja millest edasi saavad nad jätkata tegutsemist võimestumise suunas. Sellele saab aidata kaasa, tutvustades inimestele teiste asjassepuutuvate isikute, tugigruppide ja kogukonnapõhiste organisatsioonide võrgustikke. Osalemine rühmades, organisatsioonides ja kogukondades tõstab nende sotsiaalse suhtluse ja toetuse taset – näiteks suudavad inimesed stressirohkete sündmustega paremini toime tulla, kui nad oma probleeme jagavad, kuna see aitab neil näha maailma paremini juhitava ja mõttekamana (Wilkinson, 1996; Geyer, 1997). Sotsiaalset toetust võetakse tavaliselt kui olulist tervisemõjurit ning see loob soodsa keskkonna kahekõneks, probleemide tuvastamiseks ja lahendamiseks, mis võib omakorda viia võimestumiseni (Wallerstein, 1992).

Kogukonnad koosnevad üksikisikute- ja gruppidevahelisest ning gruppidesisestest võistlevatest võimusuhetest. Tervisedenduse programmis aktiivselt osalemine ei taga, et teiste üle võimu omavad isikud, näiteks juhid, otsustavad kasutada oma voli piiratud vahendite üle isikute ja gruppide kasuks, kes kannatavad kõige suurema tervisega seotud ebavõrdsuse all. Valitsused peavad olema valmis professionaalseid sekkumisi ümber suunama, et aidata isikutel, gruppidel ja kogukondadel võimestuda.

Üksikisikute võimestumist saab soodustada, kasvatades nende sisemist võimelisust ja aidates neil osaleda huvi- ja eneseabirühmade töös. Isikutel peab olema piisavalt enesekindlust, et rühma tööst osa võtta ja suhelda nii, et nende arvamusi ja muresid kuulda võetaks. Seda on võimalik saavutada järkjärgulise sotsiaalsete võrgustike arendamise, ressursside mobiliseerimise ja eesmärkide saavutamiseks vajalike oskuste ja võimete parandamisega. Organisatsioonid saavad isikute võimestumist toetada neile nõu andes, neid teiste inimestega kokku viies ning jagades inimestega võimu viisil, mis hõlmab nii teenuste osutamist kui ka ressursside jagamist.

Struktuurilisel käsitlusviisil võib olla märkimisväärne roll oluliste teemade kujundamisel ja määratlemisel – näiteks võib see toetada vähem võimu omavate huvigruppide ja kogukondade muresid ning see omakorda lisab nendele probleemidele professionaalset ja poliitilist usaldusväärust, mis võib anda rahastamiseks võimaluse. Gruppide ja kogukondade võimestamine on oskuste, pädevuse ja suutlikkuse arendamise protsess, millele saab kaasa aidata tervisedenduse praktikute igapäevases töös. Kogukonna võimestumisele saavad kaasa aidata praktikud, kes aitavad välja töötada tugevamaid organisatsioonilisi struktuure ja laialdasemaid võrgustikke. Huvigruppide arenemine suuremateks kogukonnasisesteks organisatsioonideks on äärmiselt oluline, et võimalik oleks üleminek laiemale liitude võrgustikule. Just nende partnerlussuhete kaudu saavad organisatsioonid suuremat toetust ja ressursse, et saavutada oma konkreetsetele muredele sobilik lahendus. Kogukonnasiseste organisatsioonide hulka kuuluvad noorterühmad ja kogukonnapõhised komiteed, ühistud ja ühendused. Need on organisatsioonilised elemendid, mis koondavad inimesi suhtlema ja oma laiemate mureküsimumstega tegelema. Kogukonnasisesed organisatsioonid ei ole ainult suuremad kui väikesed ühiserühmad, vaid neil on ka kindlaks kujunenud struktuur, tõhusam juhtimine, võime oma liikmeid paremini organiseerida ja ressursse mobiliseerida ning omandada oskusi, mis on vajalikud, et väikesed rühmad läheksid üle partnerlussuhetele ja -liitudele. Need oskused hõlmavad kavandamist ja strateegia välja töötamist, ajajuhtimist, meeskonnaloost, võrgustike loomist, läbirääkimisi, rahakogumist, turundamist, reklaami ja ettepanekute koostamist. Kogukonnapõhised organisatsioonid suunavad tähelepanu väljapoole, keskkonnale, mis nende vajadused põhjustab, või pakub vahendeid nende lahendamiseks. Kui kogukond on saanud kriitiliselt teadlikumaks oma võimetuse aluspõhjustest, saab see astuda vajalikke samme, et töötada välja tegevus, millega olukorda paremaks muuta ja rohkem võimestuda (Laverack, 2005: 69).

Struktuuriline käsitlus võib aidata kogukondadel ennast ümbritsevatest asjaoludest kriitiliselt teadlikumaks muutuda. Ent kõrgema taseme poliitika mõjutamiseks peavad kogukonnasisesed organisatsioonid ühinema teiste samasuguste mureküsimumstega tegelevate organisatsioonidega. Partnerlussuhete loomise eesmärk on võimaldada kogukonnasisestel organisatsioonidel kasvada kohalikest mureküsimumstest kaugemale ja asuda laiematel teemadel jõulisemale seisukohale võrgustike loomise ja ressursside mobiliseerimise kaudu, nagu terviseteenuste osutamine, miinimumpalga kehtestamine ja töötingimuste parendamine.

Tervisedenduse organisatsioonide olulist rolli võib kitsendada struktuurilise käsitluse bürokratlik olemus. Tervisedenduse organisatsioonid ja

praktikud, kes on tavaliselt valitsuste palgatud, töötavad tervise ja heaolu edendamise nimel kodanikuühiskonna üksikisikute, gruppide ja kogukondadega. See võib tekitada problemaatilise suhte riigi ja kodanikuühiskonna vahel ning tekkinud lõhe ületamiseks peab tervisedenduse praktika olema oma programmide ülesehituses, rakendamises ja hindamises paindlik. Bürokraatlikke keskkondi valitsevad sageli endiselt harjumuspärased mõtte- ja käitumisviisid, mis takistavad võimestavate strateegiate rakendamist. Ülalt-alla-lähenemise ülekaal, paindumatud rahastamistsüklid ja manipuleerivate meetodite kasutamine inimeste käitumise ja teadmiste mõjutamiseks võivad võimestumist takistada. Paralleelsete protsesside mudeli kasutamine ja võimestumise eesmärkide integreerimine ülalt-alla-programmide kavandamisse, millest on lähemalt räägitud neljandas peatükis, on praktilised näited selle kohta, kuidas praktikud saavad nende piirangute vastu seista.

Radikaalne käsitlus

Poliitilise ebastabiilsuse ja elitaarse rühma huvide poolt juhivate valitsusvormide kasv võib viia kogukonnapõhise koostöömise, seal hulgas võimestumise, allasurumiseni. Need asjaolud võivad põhjustada olukorra, kus üksikisikud, grupid ja kogukonnad püüavad võimulolijatelt võimu üle võtta. Nende tekitatav segadus ja avalik toetus, mida nad võivad pälvida, muutuvad võimu saavutamise tähtsaimaks taktikaks. See on radikaalne käsitlus. Tegemist on piiratud arvamusega, kuid kaks vaeste inimeste liikumise esimesi kommenteerijaid, Frances Piven ja Richard Cloward (1977) märgivad, et ajalooliselt on radikaalne käsitlus toonud kaasa ehmatavaid näiteid sotsiaalsete ja poliitiliste muudatuste kohta, mis on tulenenud kogukonnategevusest, näiteks 20. sajandi keskpaigas USAs aset leidnud madalamate klasside protestid ja mässud üürihindade tõusu pärast. Rõhuvates poliitilistes ja sotsiaalsetes tingimustes on see sageli kõige tõhusam viis kasutada ära väga marginaalsetele huvikogukondadele kättesaadavaid piiratud ressursse.

Üldisem näide selle kohta on keskkonnaalane liikumine. Et saada kohta ettevõtete ja valitsuse koosolekusaalides, kus keskkonnapoliitikat välja töötatakse, korraldas see liikumine otseseid tegevuskampaaniaid, mis blokeerisid reoveetorud, peatasid saastava tegevuse või ennetasid metsaraiet. Alles siis, kui niisugused protestid katkestavad elitaarsete rühmade igapäevase võimutsemise, on loodud tingimused läbirääkimiste pidamiseks partnerlussuhete loomiseks või võimestavateks strateegiateks programmidele ja muudatustele poliitikas. Niisugused sekkumised võivad osutada jätkuvalt vajalikuks, et takistada elitaarsetel rühmadel enda ridadesse kutsumast isikuid, kellel nad läbirääkimisi peavad,

või pööramast selga partnerlussuhetele, kui opositsioon on vaigistatud. Seetõttu on keskkonnaliikumisel, nagu paljudel teistelgi sotsiaalsetel liikumistel, tänapäeval grupid, mis istuvad koos valitsus- ja ettevõtete liikmetega ühiselt nõupidamislaua taga (Labonte, 1990).

Ent mitte kõik partnerlussuhted pole võrdsed. Põhjapanevalt organisatsioonidevahelisest koostööst kirjutav kirjanik Barbara Gray (1989) märgib, et sageli peavad n-õ nõrgemad partnerid oma suutlikkust parandama, tavaliselt kogukonna võimestumise kaudu, enne kui tekkida saavad tingimused võrdseks partnerluseks riigi ja kodanikuühiskonna vahel. Üks partnerluse põhitingimusi on, et ühelgi üksikul osapoolel ei ole õigust ühepoolset tegutseda. Just rõhuvate valitsussüsteemide korral eksisteerib ühepoolne võim. Ent ka demokraatlikes ühiskondades on paaril asjaosalisel sageli teatud küsimustes monopoli võim. Barbara Gray väidab, et nendel teemadel saab tõhus partnerlussuhe toimida vaid siis, kui edukad poliitilised võitlused ja kogukonna mobiliseerimise püüdlused on andnud vähem võimu omavatele asjaosalistele suurema hääleõiguse.

Konfliktist partnerlussuheteni liikumine on seega võimalik vaid juhul, kui vähem võimu omavad rühmad on poliitilise vastuseisu käigus loonud endale seaduslike asjaosaliste identiteedi, võime ressursse mobiliseerida ja ennetada mõjuvõimsamate asjaosaliste ühepoolseid samme. Seetõttu on keskkonnaliikumises rühmad, mis mobiliseerivad kohaliku pahameelt teatud keskkonnajuhtumite üle. Selles on ka rühmad, mis jätkavad otsust tegevust, et avaldada elitaarsetele asjaosalistele jätkuvat survet pidada läbirääkimisi heas usus.

Radikaalse käsitluse korral on praktikutel võimalik kasutada oma hääleõigust kodanikuna – näiteks osaledes sotsiaalsetes liikumistes, nagu Greenpeace'i töö. Samamoodi saavad praktikud tegutseda organiseeritud asjatundjate rühmadena, et toetada huvikogukondi, kes nende hinnangul rahva tervisest kasu saavad või kannatavad võimu ebavõrdse jaotumise tõttu. Praktikud saavad nende vähem võimukate rühmade muresid oma ametialase usaldusväärusega kinnitada – näiteks on suitsetamisvastaste üleskutsete puhul lisanud arstide toetus sellele poliitilisele lobitööle usaldusväärust ning Iiri vabariigis ja Šotimaal on sel olnud osatähtsus üleriigilise suitsetamiskeelu kehtestamisel avalikes kohtades passiivse suitsetamisega seonduvate terviseriskide tõttu.

Äärmuslik radikaalsus

Tervisedenduses nähakse kogukonna võimestamist kui kollektiivse tegevuse protsessi positiivsete muutuste saavutamiseks nendele, kes soovivad oma elu üle suuremat kontrolli saavutada. Ent 21. sajandil on

kodanikuühiskonnas ja poliitilise võimu kandjate seas kasvanud mure üht teist tüüpi kogukonna võimestumise, nimelt terrorismi pärast. Protsess, mille käigus püüavad väga erinevad huvikogukonnad haarata võimu hetkel võimul olivate käest, sisaldab alusloogikat, mis on ajalooliselt olnud alati sarnane. Näiteks orjade ühistegevus Itaalias Servile sõdades aastatel 135–71 e.m.a (Fast, 1952), massiülesteõusud, mis viisid sotsiaalsete ja poliitiliste muudatusteni Haitil ja San Domingos aastatel 1791–1803 (James, 1980), kinnitused alamklasside ühisvõimestumise kohta USAs 20. sajandi keskpaigas (Piven ja Cloward, 1977) ja poliitiline mõju, mida avaldasid tavalised inimesed, kes aitasid lõpetada apartheidiperioodi Lõuna-Aafrikas 20. sajandi lõpuaastatel (Hildebrandt, 1996).

Tänapäevases kontekstis teevad lapsevanemad, kes on näiteks mures oma laste turvalisuse pärast kooli mänguväljakutel, läbi samasuguse sotsiaalse ja organisatoorse arengu protsessi, mida on läbinud marginaliseeritud rühmad, keda sügavalt haavab nende kodumaa okupeerimine välisvägede poolt. Mõlema näite varal on tegemist võimu jaotumisega ning mõlemal korral on eesmärgiks kutsuda esile huvikogukonnale soodsaid sotsiaalseid ja poliitilisi muutusi. Esimese näite puhul on tegemist võimuvõitlusega vahendite ja laste tervist ja ohutust puudutavate otsuste pärast. Teisel juhul toimub võimuvõitlus ressursside ja otsuste pärast, mis puudutavad nii konkreetset geograafilist piirkonda kui ka sealt väljaspool elavate inimeste turvalisust. Olemuslikult on mõlemas protsess või kontinuum, mida mõjutavad üheksa võimestumise domeeni. Erinevus seisneb vahendites ja meetodites, mida huvikogukond on valmis kasutama võimujatuse muutmiseks.

Tavalised kodanikud kasutavad ressursside ja otsustamiseni pääsemiseks tavaliselt osalemist, organiseeritud struktuure, ressursside mobiiliseerimist ja kohalikke juhte. Nad kasutavad hääletamist, meeleväljendusi ja õiguslikke meetmeid ning võivad isegi tarvitusele võtta streikimise, agressiivsed reklaamikampaaniad või avalikud protestid võimulolijate vastu. Ent olukordades, kus inimesed tunnevad, et ühiskonnas puudub sotsiaalne õiglus, ning kui nad kaotavad oma peamised õigused (näiteks õigus meelt avaldada või õigus õiglasele hääletamisele ja õigussüsteemile), peavad nad kasutama ainukest märkimisväärset ressursi, mis neil on – võimet põhjustada probleeme. Sellisel juhul kasutavad nad ülestõuse, mässe, vastuhakku, vägivalda või vägivaldaga ähvardamist. Nende tekitatav terror ja võimulolijate reaktsioon saavad poliitilise mõju aluseks. Tegemist on riskantse valikuga ning valitseb oht, et aset võivad leida järsud sotsiaalsed ja poliitilised muutused. Niisugustel juhtudel peab huvikogukonna äärmuslik radikaalne tegevus maksimeerima püüdlusi edu saavutada ning taotlema rahutuste lõpetamise eest täielikku järeleandmist.

See võib kalliks maksma minna, kuid olukordades, kus inimesed leiavad, et neil ei ole mitte midagi kaotada – näiteks kui neil puudub töökoht, isiklik vara või lootus paremale tulevikule, on „kõik või mitte midagi“ valiku tegemine loogiline samm. Tegemist on meeolehitud lahendusega, kuid see on kõige tõhusam viis kasutada olemasolevaid piiratud ressursse (Piven ja Cloward, 1977). Need huvikogukonnad algatavad ka protsesse, mis hõlmavad osalemist, organisatsiooniliste struktuuride tugevdamist, juhtimise parandamist ja ressursside mobiliseerimist. Kogukonnad töötavad välja ressursside jagamise võrgustikud, mis on eriti päevakajaline rahvusvaheliste terrorivõrgustike puhul, mis jagavad omavahel kogemusi, personali ja teavet. Näiteks kasutasid Saksamaalt USA sõjaväebaasist varastatud relvi hiljem Jaapani terroristlikud organisatsioonid (Russell et al., 1979). Kogukonna liikmed on ka äärmiselt motiveeritud ning jagavad ühiseid tõekspidamisi ja muresid, ent lõpuks kasutavad nad koordineeritud rünnakutel põhinevat taktikat, mis on sageli valimatu ja võtab sihtmärgiks kõrvalised isikud, tundmata mingisugust austust inimelu vastu. Kogukonna võimestumisel võib olla inimeste eludele negatiivne mõju, kui neid ähvardab protsess, mis võib esile kutsuda vägivalda ja hirmu.

Kogukonnavälised organisatsioonid saavad valida võimestunud kogukondade loomiseks strateegiad, mis rakendavad üheksat võimestumise domeeni. Selle eesmärk on anda inimestele suurem kontroll oma elu üle ning mõjutada positiivselt nende tervist ja selle mõjureid. Vastupidiselt võib kogukonnaväline organisatsioon võimestumise domeeni kasutada ka kogukonnapõhise suhtluse õõnestamiseks, et edendada vastupidist – võimutust. Seda saab saavutada kasutades strateegiaid, mis näiteks vähendavad osalemist, nõrgendavad juhtimist, hävitavad organisatoorseid struktuure, vähendavad ressursside mobiliseerimist, destabiliseerivad partnerlussuhteid ja sidemeid teistega, tekitavad segadust vajaduste hindamisel ja edendavad kogukonnavälise organisatsiooni võimu kogukonna üle. Me elame maailmas, kus juurdepääs ressurssidele ja otsustele on piiratud, ning rivaalitsevad huvikogukonnad peavad teiste endasugustega võimu pärast võitlema. See hõlmab ka võistlust rühmade vahel, mis püüavad vägivalda abil esile kutsuda poliitilisi ja sotsiaalseid muutusi. Kogukonnaväliste organisatsioonidena peame hoolikalt kaaluma, kellega ja kuidas koostööd teeme, et nende võimu suurendada.

Raamatus on selgitatud, kuidas tervisedenduse organisatsioonid ja nendes töötavad praktikud võivad teha koostööd kogukondadega, et viimased saavutaksid mis tahes seaduslikku vahendit kasutades suurema kontrolli oma elu üle. Sugugi mitte kõik kogukonnad ei soovi abi ning kõiki ei saa aidata, ning mitte kõik praktikud ei soovi kogukonnaliikmete

võimestumisele kaasa aidata. Sellest hoolimata on tervisedenduse roll nii põhimõtteliselt kui ka tegelikkuses toetada teiste inimeste võimestumist. Olen tõendanud, et see on saavutatav ja ennast igati õigustav viis tervisedenduse vahendite kasutamiseks.

Kasutatud kirjandus

- Alinsky, S.D. *Rules For Radicals: A Practical Primer for Realistic Radicals*. New York. Vintage Books, 1972.
- Arnstein, S.R. A ladder of citizen participation // *Journal of the American Institute of Planners*. 1969. Juuli. Lk 216–23.
- Baggott, R. *Public Health: Policy and Politics*. London. St. Martin's Press, LLC, 2000.
- Bailey, L. Being accountable: issues in community development and health work, *Roots and Branches* // OU/HEA Winter School on Community Development and Health. 1991.
- Balcazar, F.E., Suarez-Balcazar, Y. *A Conceptual Model of Community Participation in Child Survival Programs*. Washington, DC. USAID, 1996.
- Barnes, M. *User movements, community development and health promotion. Promoting Health: Politics and Practice*. London. Sage, 2002.
- Barr, A. Empowering communities-beyond fashionable rhetoric? Some reflections on Scottish experience // *Community Development Journal*. 1995. Nr. 30(2). Lk 121–32.
- Bell-Woodward, G., Chad, K., Labonte, R., Martin, L. *Community capacity assessment of an active living health promotion program: 'Saskatoon in motion'*. University of Saskatchewan (avaldamata), 2005.
- Bjaras, G., Haglund, B.J.A., Rifkin, S. A new approach to community participation evaluation // *Health Promotion International*. 1991. Nr. 6(3). Lk. 1999–206.
- Blair, D., Bernard, J.R.L. (toim-d). *Macquarie Pocket Dictionary*. Sydney. Jacaranda Wiley, 1998.
- Bopp, M., Germann, K., Bopp, J., Littlejohns, L.B., Smith, N. *Evaluating Community Capacity for Change*. Calgary. Four Worlds Development, 1999.
- Boutillier, M. *The Effectiveness of Community Action in Health Promotion: A Research Perspective*. Toronto. University of Toronto, 1993.
- Braithwaite, R.L., Bianchi, C., Taylor, S.E. *Ethnographic approach to community organisation and health empowerment* // *Health Empowerment*. 1994. Nr. 21(3). Lk. 407–16.
- Bratt, J.H., Weaver, M.A., Foreit, J., De Vargas, T., Janowitz, B. The impact of price changes on demand for family planning and reproductive health services in Ecuador // *Health Policy and Planning*. 2002. Nr. 17(3). Lk. 281–7.
- Brehm, J., Rahn, W. Individual-level evidence for the causes and consequences of social capital // *American Journal of Political Science*. 1997. Nr. 41. Lk. 999–1023.
- Britten, N. Qualitative interviews in medical research // *British Medical Journal*. 1995. Nr. 311. Lk. 251–3.
- Brunner, E. *The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. Health and Social Organisation: Towards a Health Policy for the 21st Century*. New York. Routledge, 1996.
- Bryman, A. *Quantity and Quality in Social Research*. London. Routledge, 1992.
- Butterfoss, F.D., Goodman, R.M., Wandersman, A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation and planning // *Health Education Quarterly*. 1996. Nr. 23(1). Lk. 65–79.
- Carapetis, J.R., Johnston, F., Nadjamerrek, J., Kairupan, J. Skin sores in Aboriginal children // *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1995. Nr. 31. Lk. 563.
- Carr, A. *Community Project Workers Scheme Crime Prevention Projects: Evaluation Report*. Wellington: Community Development Group. Department of Internal Affairs. Government of New Zealand, 2000.
- Cass, A., Lowell, A., Christie, M., Snelling, P.L., Flack, M., Marrnganyin, B., Brown, I. Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and health care workers // *The Medical Journal of Australia*. 2002 Nr. 176(10). Lk. 466–70.
- CDC/ATSDR, Committee on Community Engagement. *Principles of Community Engagement*. Atlanta. GA, 1997. Lk. 62–3.
- Clegg, S.R. *Frameworks of Power*. London. Sage, 1989.
- Cohen, D.R., Henderson, J.B. *Health, Prevention and Economics*. Oxford. Oxford University Press, 1991.

- Coleman, P.T. Power and conflict. *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*. San Francisco. Jossey- Bass, 2000.
- Constantino-David, K. Community organising in the Philippines: the experience of development NGOs. *A Reader in Participation and Development*. London. Zed books, 1995.
- Conway, K. Booze and beach bans: turning the tide through community action in New Zealand // *Health Promotion International*. 2002. Nr. 17(2). Lk. 171-7.
- Cracknell, B.E. Evaluating development aid // *Evaluation*. 1996. Nr. 2(1). Lk. 23-33.
- Department of Education. *Welcome to Sure Start*. London. Department of Education. www.surestart.gov.uk (2006).
- Earle, L., Fozilhujaev, B., Tashbaeva, C., Djamankulova, K. Community development in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Uzbekistan. Occasional paper no. 40. Oxford. INTRAC, 2004.
- Eng, E., Parker, E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between programme evaluation and empowerment // *Health Education Quarterly*. 1994. Nr. 21(2). Lk. 199-220.
- Everson, S.A., Lynch, J.W., Chesney, M.A., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Shade, S.B., Cohen, R.D., Salonen, R., Salonen, J.T. Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population-based study // *British Medical Journal*. 1997. Nr. 314. Lk. 553-8.
- Ewles, L., Simnett, I. *Promoting Health: A Practical Guide*, 5th edn. London. Bailliere Tindall, 2003.
- Fast, H. *Spartacus*. London. Bantam Books, 1952.
- Fetterman, D.M., Kaftarian, S.J., Wandersman, A. (toim-d). *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousand Oaks, CA. Sage, 1996.
- Freire, P. *Education for Critical Consciousness*. New York. Seabury Press, 1973.
- Geyer, S. Some conceptual considerations on the sense of coherence // *Social Science Medicine*. 1997. Nr. 44(12). Lk. 1771-9.
- Gibbon, M. *Meetings with meaning: health dynamics in rural Nepal*, unpublished Ph.D. thesis. London. South Bank University, 1999.
- Gibbon, M., Labonte, R., Laverack, G. Evaluating community capacity // *Health and Social Care in the Community*. 2002. Nr. 10(6). Lk. 485-91.
- Goodman, R.M., Speers, M.A., McLeroy, K., Fawcett, S., Kegler, M., Parker, E., Rathgeb Smith, S., Sterling, T.D., Wallerstein, N. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement // *Health Education & Behavior*. 1998. Nr. 25(3). Lk. 258-78.
- Gordon, G. Participation, empowerment and sexual health in Africa. *Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. London. Zed Books, 1995.
- Gray, B. *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*. San Francisco. Jossey-Bass, 1989.
- Green, L., Kreuter, M. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Toronto. Mayfield Publishing, 1991.
- Guba, E.G. *The Paradigm Dialog*. London. Sage, 1990.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA. Sage, 1989.
- Hashagen, S. *Models of Community Engagement*. Edinburgh. Scottish Community Development Centre, 2002.
- Hauritz, M., Homel, R., Townsley, M., Burrows, T., McIlwain, G. *An Evaluation of the Local Government Safety Actions Projects in Cairns, Townsville and Mackay*. Report to the Queensland Department of Health and the Criminology Research Council. Queensland. Griffith University and Queensland Department of Health, 1998.
- Havemann, K. *Effective participation in health development: why, who and how?*, unpublished Ph.D. thesis. London. University of London, 2006.
- Hawe, P., King, L., Noort, M., Jordens, C., Lloyd, B. *Indicators to Help with Capacity-building in Health Promotion*. Sydney. Australian Centre for Health Promotion/NSW Health, 2000.
- Hildebrandt, E. Building community participation in health care: a model and example from South Africa // *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 1996. Nr. 28(2). Lk. 155-9.

- Holder, H., Saltz, R., Grube, J., Voas, R., Gruenewald, P., Treno, A. A community prevention trial to reduce alcohol involved accidental injury and death: overview. // *Addiction*. 1997. Nr. 92. Lk. S155–71.
- Homel, R., Hauritz, M., Wortley, R., McIlwain, G., Carvolth, R. Preventing alcohol-related crime through community action: the Surfers Paradise Safety Action Project // *Crime Prevention Studies*. 1997. Nr. 7. Lk. 35–90.
- IREC. People's Empowerment: Grassroots Experiences in Africa, Asia and Latin America. Rome. IREC-NORD, 1997.
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schultz, A., Zimmerman, M. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organisational and community control // *Health Education Quarterly*. 1994. Nr. 21(2). Lk. 149–70.
- Jackson, T., Mitchell, S., Wright, M. The community development continuum // *Community Health Studies*. 1989. Nr. 8(1). Lk. 66–73.
- James, C. *The Black Jacobins: Toussaint L'Overture and the San Domingo Revolution*. London. Allison & Busby, 1980.
- James, C. *Empowering Communities in the Development Process: Participatory Rural Appraisal as an Approach*. Bristol. University of Bristol, 1995.
- Jones, A., Laverack, G. *Building Capable Communities within a Sustainable Livelihoods Approach*. Experiences from Central Asia. www.livelihoods.org (2003).
- Jones, L., Sidell, M. *The Challenge of Promoting Health: Exploration and Action*. London. Macmillan, 1997.
- Jones, L., Sidell, M., Douglas, J. *The Challenge of Promoting Health: Exploration and Action*, 2nd ed. London. Macmillan, 2002.
- Katz, R. *The Straight Path: A Story of Healing and Transformation in Fiji*. New York. Addison-Wesley, 1993.
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J., Willett, W.C. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1996. Nr. 50. Lk. 245–51.
- Kieffer, C.H. Citizen empowerment: a development perspective // *Prevention in Human Services*. 1984. Nr. 3. Lk. 9–36.
- Kilian, A. Conscientisation: an empowering, nonformal education approach for community health workers // *Community Health Journal*. 1988. Nr. 23(2). Lk. 117–23.
- Kitzinger, J. Introducing focus groups // *British Medical Journal*. 1995. Nr. 311. Lk. 299–302.
- Korsching, P.F., Borich, T.O. Facilitating cluster communities: lessons from the Iowa experience // *Community Development Journal*. 1997. Nr. 32(4). Lk. 342–53.
- Kukuruzovic, R., Haase, A., Dunn, K., Bright, A., Brewster, D.R. Intestinal permeability and diarrhoeal disease in Aboriginal Australians // *Archives for Diseases of Children*. 1999. Nr. 81. Lk. 304–8.
- Kumpfer, K., Turner, C., Hopkins, R., Librett, J. Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse // *Health Education Research, Theory and Practice*. 1993. Nr. 8(3). Lk. 359–74.
- Labonte, R. Empowerment: notes on professional and community dimensions // *Canadian Review of Social Policy*. 1990. Nr. 26. Lk. 64–75.
- Labonte, R. *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*. Toronto. University of Toronto, 1993.
- Labonte, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice // *Health Education Quarterly*. 1994. Nr. 21(2). Lk. 253–68.
- Labonte, R. *Community development in the public health sector: the possibilities of an empowering relationship between the state and civil society*, Ph.D. thesis. Toronto. York University, 1996.
- Labonte, R. *A Community Development Approach to Health Promotion: A Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health*. Edinburgh. Health Education Board for Scotland, 1998.

- Labonte, R., Laverack, G. Capacity-building in health promotion, part 1: for whom and for what purpose? // *Critical Public Health*. 2001. Nr. 11(2). Lk. 111–28.
- Labonte, R., Robertson, A. Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion and research // *Health Education Quarterly*. 1996. Nr. 23(4). Lk. 431–47.
- Laverack, G. The concept of empowerment in a traditional Fijian context // *Journal of Community Health and Clinical Medicine for the Pacific*. 1998. Nr. 5(1). Lk. 26–9.
- Laverack, G. Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion, unpublished Ph.D. thesis. Melbourne. Deakin University, 1999.
- Laverack, G. Health and Housing Repair in a Rural Community in the Northern Territory of Australia. North Darwin, Australia. Territory Health Services, 2000.
- Laverack, G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment // *Community Development Journal*. 2001. Nr. 36(2). Lk. 40–52.
- Laverack, G. Building capable communities: experiences in a rural Fijian context // *Health Promotion International*. 2003. Nr. 18(2). Lk. 99–106.
- Laverack, G. *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. London. Sage, 2004.
- Laverack, G. *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice*. London. Palgrave Macmillan, 2005.
- Laverack, G. Using a 'domains' approach to build community empowerment // *Community Development Journal*. 2006a. Nr. 41(1). Lk. 4–12.
- Laverack, G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature // *Journal of Health Population and Nutrition*. 2006b. Nr. 24(1). Lk. 113–20.
- Laverack, G. Evaluating community capacity: visual representation and interpretation // *Community Development Journal*. 2006c. Nr. 41(3). Lk. 266–76.
- Laverack, G., Brown, K.M. Qualitative research in a cross-cultural context: Fijian experiences // *Qualitative Health Research*. 2003. Nr. 13(3). Lk. 1–10.
- Laverack, G., Dao, H.D. Transforming information, education and communication in Vietnam // *Health Education*. 2003. Nr. 103(6). Lk. 363–9.
- Laverack, G., Labonte, R. A planning framework for the accommodation of community empowerment goals within health promotion programming // *Health Policy and Planning*. 2000. Nr. 15 (3). Lk. 255–62.
- Laverack, G., Wallerstein, N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains // *Health Promotion International*. 2001. Nr. 16(2). Lk. 179–85.
- Lerner, M. *Surplus Powerlessness*. Oakland, CA. The Institute for Labour and Mental Health, 1986.
- Lewaravu, A.K. *A Training of Trainers in Non-formal, Adult and Community Education in Fiji*. Glasgow. University of Glasgow, 1986.
- Linney, B. *Pictures, People and Power. People-centred Visual Aids for Development*. London. Macmillan, 1995.
- Litwin, M.S. *How to Measure Survey Reliability and Validity*. London. Sage, 1995.
- Lloyd, M., Bor, R. *Communication Skills for Medicine*, 2nd ed. London. Churchill Livingstone, 2004.
- London School of Economics. What is Civil Society? www.lse.ac.uk/Depts/ccs/what_is_civil_society.htm (22.02.2006).
- Lupton, B.S., Fonnebo, V., Sogaard, A. J., Fylkesnes, K. The Finnmark Intervention Study: do community-based intervention programmes threaten self-rated health and well-being? Experiences from Batsfjord, a fishing village in North Norway // *European Journal of Public Health*. 2005. Nr. 15(1). Lk. 91–6.
- Lupton, D. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London. Sage, 1995.
- MaCallan, L., Narayan, V. Keeping the heart beat in Grampian: a case study in community participation and ownership // *Health Promotion International*. 1994. Nr. 9(1). Lk. 13–19.
- Manandhar, D.S. et al., MIRA Makwanpur Trial Team. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial // *Lancet*. 2004. Nr. 364. Lk. 970–9.

- Marmot, M., Wilkinson, R.G. *Social Determinants of Health*. Oxford. Oxford University Press, 1999.
- Marshall, G. *A Dictionary of Sociology*. London. Oxford University Press, 1998.
- Mays, N., Pope, C. *Observational methods in health care settings // British Medical Journal*. 1995. Nr. 311. Lk. 182–4.
- Ministry of Health and Ministry of Pacific Island Affairs. *Tupu Ola Moui: Pacific Health Chart Book*. Wellington, NZ. Ministry of Health, 2004.
- Moana, I. *Diabetes Prevention in Tongan People, project report 743*. Auckland. University of Auckland, 2005.
- Murray, S.A., Graham, L.J.C. *Practice-based needs evaluation: use of four methods in a small neighbourhood // British Medical Journal*. 1995. Nr. 310. Lk. 1443–8.
- North York Community Health Promotion Research Unit (NYCHPRU). *Community Health Responses to Health Inequalities*. Toronto. NYCHPRU, 1993.
- O'Connor, M., Parker, E. *Health Promotion: Principles and Practice in the Australian Context*. St Leonards, NSW. Allen & Unwin, 1995.
- O'Gorman, F. *Brazilian community development: changes and challenges. Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. London. Zed Books, 1995.
- Odedina, F.T., Leader, A.G., Venkataraman, K., Cole, R., Storm, A. *Feasibility of a community asthma management network (CAMN) program: lessons learnt from an exploratory investigation // Journal of Social & Administrative Pharmacy*. 2000. Nr. 17(1). Lk. 15–21.
- Onyx, J., Benton, P. *Empowerment and ageing: toward honoured places for cronos and sages. Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. London. Zed Books, 1995.
- Palmer, C.T., Anderson, M.J. *Assessing the development of community involvement // World Health Statistics Quarterly*. 1986. Nr. 39. Lk. 345–52.
- Patton, M.Q. *Toward distinguishing empowerment evaluation and placing it in a larger context // Evaluation Practice*. 1997. Nr. 18(2). Lk. 147–63.
- Peart, A., Szoeke, C. *Recreational water use in remote indigenous communities, unpublished report*. Canberra. Cooperative Research Centre for Water Quality and Treatment, 1998.
- Petersen, A.R. *Community development in health promotion: empowerment or regulation? // Australian Journal of Public Health*. 1994, Nr. 18(2). Lk. 213–17.
- Photovoice. *Photovoice: Social Change through Photography, www.photovoice.com (22.08.2006)*.
- Piven, F.F., Cloward, R. *Poor Peoples' Movements: Why they Succeed, How they Fail*. New York. Pantheon Books, 1977.
- Plested, B., Edwards, R., Jumper-Thurman, P. *Community Readiness: The Key to Successful Change*. Fort Collins, CO. Tri-ethnic Center for Prevention Research, 2003.
- Pokhrel, S., Sauerborn, R. *Household decision-making on child health care in developing countries: the case of Nepal // Health Policy and Planning*. 2004. Nr. 19(4). Lk. 218–33.
- Rappaport, J. *The power of empowerment language // Social Policy*. 1985. Autumn. Lk. 15–21.
- Raven, B.H., Litman-Adizes, T. *Interpersonal influence and social power in health promotion. Advances in Health Education and Promotion*. London. Elsevier, 1986.
- Rebien, C.C. *Participatory evaluation of development assistance: dealing with power and facilitative learning // Evaluation*. 1996. Nr. 2(2). Lk. 151–71.
- Rifkin, S. *Community Participation in Maternal and Child Health / Family Planning Programmes*. Geneva. WHO, 1990.
- Rifkin, S. *A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE // Journal of Health and Population Nutrition*. 2003. Nr. 21(3). Lk 173.
- Rifkin, S., Pridmore, P. *Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment*. London. MacMillan Education, 2001.
- Rifkin, S., Muller, F., Bichmann, W. *Primary health care: on measuring participation // Social Science & Medicine*. 1988. Nr. 9. Lk. 931–40.
- Rissel, C. *Empowerment: the holy grail of health promotion? // Health Promotion International*. 1994. Nr. 9(1). Lk. 39–47.

- Rissel, C., Perry, C., Finnegan, J. Toward the assessment of psychological empowerment in health promotion: initial tests of validity and reliability // *Journal of the Royal Society of Health*. 1996. Nr. 116(4). Lk. 211–18.
- Robertson, A., Minkler, M. New health promotion movement: a critical examination // *Health Education Quarterly*. 1994. Nr. 21(3). Lk. 295–12.
- Robson, C. *Real World Research*. Oxford. Blackwell, 1993.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., Orth-Gomer, K. Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men // *European Heart Journal*. 2004. Nr. 25(1). Lk. 56–63.
- Roughan, J.J. *Village organization for development*, Ph.D. thesis. Hawaii. Department of Political Science, University of Hawaii, 1986.
- Rudner-Lugo, N. Empowerment education. a case study of the resource Sisters / *Companeras Program* // *Health Education Quarterly*. 1996. Nr. 23(3). Lk. 281–9.
- Russell, C.A., Banker Jr, L.J., Bowman, H.M. *Out-inventing the terrorist. Terrorism: Theory and Practice*. Boulder, CO. Westview Press, 1979.
- Russon, C. The influence of culture on evaluation // *Evaluation Journal of Australasia*. 1995. Nr. 7(1). Lk. 44–9.
- Scrimgeour, D. *Community Control of Aboriginal Health Services in the Northern Territory*. Darwin. Menzies School of Health Research, 1997.
- Shrestha, S. A conceptual model for empowerment of the female health volunteers in Nepal // *Education for Health*. 2003. Nr. 16(3). Lk. 318–27.
- Shrimpton, R. Community participation in food and nutrition programmes: an analysis of recent governmental experiences. *Child Growth and Nutrition in Developing Countries: Priorities for Action*. Ithaca, NY. Cornell University Press, 1995.
- SLLP (Sustainable Livelihoods for Livestock Producing Communities Project) *Monitoring and Evaluation Report for December: Sustainable Livelihoods for Livestock Producing Communities*. Bishkek. SLLP, 2004.
- Smithies, J., Webster, G. *Community Involvement in Health*. Aldershot. Ashgate, 1998.
- Soul City 4. *Impact Evaluation: Violence Against Women*, vol. 2. Johannesburg. The Institute for Health and Development Communication, 2001.
- Speer, P., Hughley, J. Community organizing: an ecological route to empowerment and power // *American Journal of Community Psychology*. 1995. Nr. 23(5). Lk. 729–48.
- Srinivasan, L. *Tools for Community Participation: A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques*. New York. PROWWESS/UNDP, 1993.
- Starhawk, M.S. *Truth or Dare? Encounters with Power, Authority and Mystery*. New York. HarperCollins, 1990.
- Strong, G. The gentle art of defeating a giant // *The Age*. 1998. 21.11.1998. Lk. 10.
- Syme, L. Individual vs community interventions in public health practice: some thoughts about a new approach // *Vichealth*. 1997. Juuli nr. (2). Lk. 2–9.
- Taylor, V. *Social reconstruction and community development in the transition to democracy in South Africa. Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. London. Zed Books, 1995.
- Thomas, P. *Empowering community health: women in Samoa*. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Oxford. Oxford University Press, 2001.
- Thomson, H., Petticrew, M., Morrison, D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies // *British Medical Journal*. 2001. Nr. 323. Lk. 187–90.
- Thompson, R.J. Evaluators as change agents: the case of a foreign assistance project in Morocco // *Evaluation and Program Planning*. 1990. Nr. 13. Lk. 379–88.
- Tones, K., Tilford, S., Robinson, Y. *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. London. Chapman & Hall, 1990.
- Toronto Department of Public Health. *Advocacy for Basic Health Prerequisites: Policy Report*. Toronto. City of Toronto Department of Public Health, 1991.
- Turbyne, J. *The enigma of empowerment: a study of the transformation of concepts in policy-making processes*, Ph.D. thesis. Bath. University of Bath, 1996.
- Turner, B.S., Samsom, C. *Medical Power and Social Knowledge*. London. Sage, 1995.

- UNICEF. Community Involvement in Primary Health Care: A Study of the Process of Community Motivation and Continued Participation. New York. UNICEF, 1977.
- Uphoff, N. A field methodology for participatory self-education // *Community Development Journal*. 1991. Nr. 26(4). Lk. 271–85.
- Usher, C.L. Improving evaluability through self-evaluation // *Evaluation Practice*. 1995. Nr. 16(1). Lk. 59–68.
- Wadsworth, Y., McGuinness, M. Understanding Anytime: A Consumer Evaluation of Acute Psychiatric Hospitals. Melbourne. Mental Illness Awareness Council, VMIAC, 1992.
- Wagenaar, A., Murray, D., Toomey, T. Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes // *Addiction*. 2000. Nr. 95. Lk. 209–17.
- Wallerstein, N. Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs // *American Journal of Health Promotion*. 1992. Nr. 6(3). Lk. 197–205.
- Wallerstein, N. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement // *Health Education & Behavior*. 1998. Nr. 25(3). Lk. 258–78.
- Wallerstein, N. What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2006.
- Wang, C., Pies, C.A. Family, maternal and child health through Photovoice // *Maternal and Child Health Journal*. 2004. Nr. 8(2). Lk. 95–102.
- Wang, C. Yi, W.K., Tao, Z.W., Carvano, K. Photovoice as a participatory health promotion strategy // *Health Promotion International*. 1998. Nr. 13(1). Lk. 75–86.
- Wartenberg, T.E. *The Forms of Power: From Domination to Transformation*. Philadelphia, PA. Temple University Press, 1990.
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., Witney, E. Settings-based health promotion: a review // *Health Promotion International*. 2001. Nr. 16(4). Lk. 339–53.
- WHO (World Health Organization). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva. WHO, 1986.
- WHO (World Health Organization). Health Promotion Glossary. Geneva. WHO, 1998.
- WHO (World Health Organization). Basic Documents, 43rd edn. Geneva. WHO, 2001.
- WHO (World Health Organization). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok. WHO, 2005.
- WHO (World Health Organization). The Definition of Health. Geneva. WHO, 2006.
- Wilkinson, R.G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. New York. Routledge, 1996.
- Wilkinson, R.G. (ed.) *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd edn. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2003.
- Willis, J. When is a house not a house? Aspects of the social and physical environment, in SAHC, Report of Uwankara Palyanyku Kanyuntjaku. Darwin. SAHC, 1987.
- Wissmann, J.L., Tankel, K. Nursing students' use of a psychopharmacology game for client empowerment // *Journal of Professional Nursing*. 2001. Nr. 17(2). Lk. 101–6.
- Zakus, J.D.L., Lysack, C.L. Revisiting community participation // *Health Policy and Planning*. 1998. Nr. 13(1). Lk. 1–12.
- Zimmerman, M.A., Rappaport, J. Citizen participation, perceived control and psychological empowerment // *American Journal of Community Psychology*. 1988. Nr. 16(5). Lk. 725–43.

Register

- Aborigeenide tervis 133-135
võimestumine 16, 24, 41, 43, 59
- Bangkoki harta 13-14, 17, 54
- Ebavõrdsus tervises 23, 31, 43-45, 57-58, 81, 125, 154-162
- Hindamine 15-16, 38, 51, 72, 84, 92, 95, 99, 146, 154
kujundamine 137, 139, 156
metodoloogilised kaalutlused 102, 105,
mudeliga seotud kaalutlused 12, 23, 32, 46, 60-63, 70, 161
omadused 15, 24, 29, 31, 33, 40, 83, 126
paradigmad 102-103
praktilised ja eetilised probleemid 21, 103
- Hindamiskaalad 107-109, 120
- Huvirühmad 13, 29, 44, 79
määratlus 29
- Juhendamine 15, 33, 38, 52, 71, 80, 90, 96, 100, 145
oskused 15-17, 21, 26, 33-34, 39-40, 46, 48, 62, 67, 69-72, 76, 78, 83, 87-88, 93, 96-98, 109, 127, 131, 140, 149, 152, 160
seotus teiste inimestega 38, 52, 80, 100
tervise tulemid 49, 51
- Juhendatud dialoog 38, 69, 81, 90, 154
- Juhtumipõhine käsitlus 11-12, 40, 119, 124, 133, 141
halvad elamistingimused Inglismaal 40, 52, 124
tervise tulemid Kanadas 43, 81, 119
- Kodanikuühiskond 14, 24, 30, 59, 78, 144, 155, 161-163
määratlus 30
organisatsioonid 78
- Kogukond 29
esindajad 30, 86, 106, 111, 126, 138, 142
omadused 29
- Kogukonna areng 34, 39, 72, 99, 109-110, 129, 141, 145
- Kogukonna kohustus 61, 84, 90,
- Kogukonna probleemide kaardistamine 61, 67
tervise tulemid 49, 51, 53
tervise tulemid Samoas 48
- Kogukonna organiseerumine 17, 34-35, 39, 76
- Kogukonna osalus 17, 31-38, 47, 62, 67, 75-78, 83, 88, 107, 118
mitte osalemine 36, 77, 88, 96, 136
- Kogukonna sidusus 37, 79
- Kogukonna suutlikkus 16-17, 31-37, 40, 46, 62, 67-68, 76, 83, 90-91, 104, 119, 122-124, 141, 149-153
- Kogukonna tegutsemine 17, 25-26, 30-35, 40, 46, 52, 75, 121
- Kogukonna valmidus 34-36
- Kogukonna võimestumine 24, 26, 31, 33-35, 41, 72, 109
hindamine 72, 84, 92, 95, 99-100, 146
keel 66, 68, 104

kontiinum 24-26, 70, 107, 122
 kontseptsioonide kattumine 11, 31-33, 40, 76
 paralleelsed protsessid 60-65, 68, 72, 161
 raamistik 36, 71, 93-96, 102
 strateegiline planeerimine 64, 70-71, 84, 92
 interpretatsioon 101, 154
 domeenid 34, 40, 46-47, 75-76, 84, 93-95, 110, 126, 137, 146
 visuaalne esitus 67, 95, 109, 154
 Kogukonna võimestumise domeenid 34, 40, 46-47, 75-76, 84, 93-95, 110, 126, 137, 146
 deskriptorid 73
 käsitusviiside kattumine 11, 31-33, 40, 76
 domeenide rakendamine 84, 95, 126, 137
 Kogukonnal põhinev lähenemine 29, 32, 34, 133, 137
 astmestik 29, 32, 35-42
 tõlgendamine 31, 33-35, 85
 jätkusuutlikud elatusallikad Kõrgõzstanis 110-112, 141
 tervis kaugetes kogukondades Austraalias 49, 133
 Konstruktivistlik käsitlus 102-103
 Välised osapooled 33-34, 36-40, 53, 62, 82, 110-114, 119-122, 130, 139, 145, 149-153, 164
 tervise tulemid 48, 52-53
 Miks-küsimuste esitamine 50, 76, 80, 90, 111, 128, 138, 144
 tervise tulemid 50
 NIMBY 41
 Organisatsioonilised struktuurid 48, 75, 79, 89, 97, 122, 138, 143
 tervise tulemid 48, 53
 tervise tulemid Samoas 48
 Osalus 17, 31-38, 47, 62, 67, 75-78, 83, 88, 107, 118
 tervise tulemid 44, 47, 52
 traditsioonilise Fidži kontekstis 77-78, 85-87, 93, 96, 153
 Osavõtul põhinev enesehindamine 99-101, 105-107, 113
 Osavõtul põhinev maapiirkonna hindamine (PRA) 99
 Ottawa harta 13-14, 54, 137
 Paralleelsed protsessid 60-65, 68, 72, 153, 161
 Partnerlussuhted 16, 26, 34, 37-38, 52, 70, 79, 81-83, 151-153, 160-162
 Photovoice 50, 51, 112, 138
 ema ja lapse tervis 51
 positivistlik käsitlus 102-103
 Praktik kui võimaldaja 26, 83, 100
 Probleemi hindamine 40, 119, 122-123, 128, 138, 143-144
 tervise tulemid 51, 53
 Programmi juhtimine 40, 70-71, 76, 83, 90, 122, 139, 145
 tervise tulemid 49
 Ressursside mobiliseerimine 39, 49, 76, 81, 89, 96, 111-115, 122, 139, 144, 147
 tervise tulemid 48-49, 53
 Terrorism 163
 Tervis 13-14, 16, 43
 paranenud tulemid 43-53, 57, 119, 154
 tõlgendamine 43-44
 Terviseühendused 30, 129, 143
 Tervise indikaatorid 46, 60, 100
 Bangkoki harta 13-14, 17, 54
 Tervisedendus 13, 17, 18, 59
 määratlus 16, 19
 oskuste arendamine 15, 71-72, 97-98, 140, 152, 158

- põhipädevus 15-16
- rahvatervis 13-14, 17-18
- terviskasvatus 16, 18-20, 60, 150-151
- Tervisedenduse programmid 11, 15-16, 18, 32, 46, 59-63, 70-71, 119, 133, 149
- alt-üles 15, 60-63, 71, 82, 99, 103
- alt-üles vs ülevalt alla 15, 60-63, 82, 99, 103
- kroonilised haigused Polüneesia inimestel 48, 69, 72
- paralleelsed protsessid 60-65, 68, 72, 161
- ülalt-alla 15, 39, 44, 48, 60-65, 72, 78, 82, 84, 99, 102-103, 146, 149-151, 161
- Töötoad 36, 86, 92, 120, 142
- Vaimse tervise edendamine 22-23, 157
- Võim 20
 - võim teistega koos 23
 - võim kui valik 14, 17-18, 21-23
 - nullsumma, mitte-nullsumma 20-21, 44
 - sisemine võimelisus 22, 85
 - võimetus 23, 25
 - võim kellegi üle 20
- Võimestumine 41, 43
- Määratlus 16, 24-27, 33
- Fidži määratlus 77-78, 85, 93-95
- Hindamine 51, 72, 99-100, 146
 - ideede ja visioonide jagamine 154
 - kogukond 29
 - kogukonna probleemide kindlaks tegemine 61, 80
 - kogukonna suutlikkuse loomine 149
 - partnerlussuhete loomine 151-153, 160-162
 - professionaalne praktika 24
 - psühholoogiline käsitlus 44, 54, 73
 - radikaalne käsitlus 161
 - sotsiaalne käsitlus 154
 - struktuuriline käsitlus 156
 - tervise indikaatorid 46, 60, 100
 - tervise tulemid 43-45, 49, 52
 - võimestunud kogukonnad (õppetunnid) 149
 - äärmuslik radikaalne 162
- Võimestumise analüüsi hindekaala (EARS) 107-108
- Ämblikuvõrk-diagramm 107, 110-118, 146-147
- Ülalt-alla programmid 15, 39, 44, 48, 60-65, 72, 78, 82, 84, 99, 102-103, 146, 149-151, 161

Raamatu tutvustus

Võim ja võimestumine on kaks keerukat mõistet, millel on tervisedenduse praktikas keskne koht. Inimesed kogevad võimestumist mitmel eri moel ning see raamat tutvustab käsitlust, mida tervisedendajad on maailma eri paigus kasutanud võimestumisprotsesside juhtimisel. Sellesse ainulaadsesse raamatusse on koondatud tervisedenduse praktika uuenduslikud meetodid, mis põhinevad vettpidavatel teoreetilistel lähtekohtadel.

Raamatus tutvustatakse lugejale:

- põhimõisteid „võim“ ja „võimestumine“ ning nende seost paranenud tervisetulemustega tervisedenduse programmide kontekstis,
- praktilisi meetodeid, mida saab tervisedenduse programmides kasutada võimestunud kogukondade kujundamiseks ja hindamiseks,
- juhtumiuringuid selle kohta, kuidas kogukondi saab praktikas võimestada.

Raamat on kohustuslik lugemisvara tervisedenduse valdkonna üliõpilastele ja praktikutele, kes soovivad tutvuda uuenduslike meetoditega võimestunud kogukondade loomiseks. Laverack innustab tervisedenduse praktikuid võimestavamalt tegutsema ning mõtlema hoolsalt läbi, kuidas mõjutada teiste inimeste võimu omandamise protsessi.

Autorist



Dr Glenn Laverack on töötanud rahvatervise, tervisedenduse ja võimestumise valdkonnas üle 25 aasta nii Euroopas, Aafrikas, Aasias, Põhja-Ameerikas kui ka Vaikse ookeani saartel. Temalt on ilmunud suur hulk rahvusvahelisi publikatsioone ja raamatuid võimestumise kohta. Tema erihuvideks võimestumise ja tervise valdkonnas on väljaõpe, tutvuste ja ärisuhete loomine, ametipädevuste kujundamine ja partnerlussidemed. Tal on hulgaliselt erialaseid kogemusi eri kultuuridest, mis aitavad kaasa võimestumise avarale mõistmisele nii teoreetilisel kui ka praktilisel tasandil. Dr Glenn Laverack on pühendunud sellele, et leida koos teistega lahendusi tervisedenduse praktiliseks rakendamiseks eri kultuurikeskkondades.



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development