

Sağlıklı Yaşlanma Profilleri



Yaşlılar için Yerel Sağlık Profilleri
Üretimi Rehberi



Sağlıklı Yaşlanma Profilleri

Yaşlılar için Yerel Sağlık Profilleri Üretimi Rehberi

Düzenleyenler

Lena Kanström, Gianna Zamaro,
Claes Sjöstedt ve Geoff Green

Özet

Bu rehber, yaşlıların yerel düzeyde profilini ortaya koymak için pozitif ve dinamik bir model kullanır. Sağlık profilleri, toplum sağlığı gelişim planlamasında, uygulama sonuçlarının takibinde ve toplum sağlığının denetiminde önemli araçlardır. Sağlık profilleri basitçe şehir yaşamının olumlu özelliklerini onaylamakla kalmamalı, aynı zamanda hizmetlerdeki

boşluklara ve zor sosyo-ekonomik durumlara dikkati yöneltmelidir. Bu rehberin kapsadığı 22 gösterge üç bölümde gruplanmıştır: (A) nüfus profili, (B) sağlık ve sosyal hizmet sistemleri ve (C) sağlık ve güçlendirmeyi etkileyen daha geniş alana yayılmış belirleyicileri içeren sosyal portre.

Tasarım: www.paulpugh.co.uk

Kapak: © City of Udine

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2008 under the title **Healthy ageing profiles**.

© World Health Organization 2008

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

© Turkish Healthy Cities Association, 2013

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 2008 yılında **Healthy ageing profiles** başlığı ile İngilizce dilinde yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü, 2008

Tercümesi Sağlıklı Kentler Birliği tarafından yaptırılmıştır.

© Sağlıklı Kentler Birliği, 2013

Tercümenin doğruluğundan yalnızca tercümanı sorumludur.

Sağlıklı Kentler Birliği'nden izin alınmaksızın çoğaltma yapılamaz.

İçindekiler

Önsöz	IV	Bölüm B. Sağlık ve sosyal destek hizmetlerine ulaşım	26
Önsöz	VII	12. Değerler	28
Başlangıç	IX	13. Kent ulaşım ve destek sistemleri	29
Giriş	11	14. Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu	31
Gerekçe, yapı ve içerik	12	Bölüm C. Sosyo-ekonomik portre:	32
		Zayıflıklar ve güçlü yanlar	
Eşitlik	13	C1. İstihdam, gelir ve sosyal konum	33
Bölüm A. nüfus Profili	14	15. Ekonomik statü	34
1. Nüfus yapısı	15	16. Gelir	35
2. Gerekçe, yapı ve içerik	16	17. Eğitim	36
3. Yaşam beklentisi	17	C2. Barınma ve çevre	37
4. Nüfus dinamikleri	18	18. Ev sahipliği	38
5. Bağımlılık oranı	19	19. Evde ve muhitte emniyet ve güvence	39
6. Tek kişilik evhalkı durumu	11	20. Ulaşım araçlarına erişim	40
7. Sebebe göre ölüm oranı, yaş ve cinsiyet	20	C3: Katılım ve Güçlendirme	41
8. Hastalık oranı	21	21. Karar verme süreçlerine katılım	42
9. Ruh sağlığı	22	22. Toplum içindeki nüfuz	43
10. İşlevsellik kaybı	23	Sonuç	44
11. Davranış	24		

Önsöz

Yaşlanma fenomeni ve bunun sonucunda toplumsal algılar ile sosyal ve ekonomik kurumların buna uygun olarak uyarlanması ihtiyacı ve bunun karşısındaki engeller gittikçe artan bir şekilde tüm dünyada paylaşılan bir deneyime dönüşüyor. Tüm ülkeler bu konuda etkili çözümler arıyor.

Kalabalıklaşan yaşlı nüfus, hem bir mutluluk hem de endişe kaynağı. Mutluluk kaynağı; çünkü insanlar daha uzun ve sağlıklı yaşıyorlar. Endişeler ise gelecekte bu kalabalık, yaşlı nüfusa ve onların haklı ihtiyaç ve taleplerine nasıl karşılık verebileceğimize dair.

Aktif yaşlanma, fiziki şartları ve her bir davranış ve duygu tipini etkileyen sosyal faktörleri de kapsayan çeşitli etken ve belirleyicilere bağlıdır; bunların kaçınılmaz sonuçları ve ortaya çıkarabileceği süreçler hakkında daha fazla bilgiye çok ciddi bir ihtiyaç bulunuyor. Risk faktörlerini engelleyici önlemler olarak belirlemek ve keşfetmek gittikçe daha çok önem kazanıyor; çünkü her tür kararın ve hareket tarzının arkasında geçerli kanıtlar olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlıklı Şehirler Sağlıklı Yaşlanma Alt Ağı, sağlıklı yaşlanma profilini bu amaca yönelik bir araç olarak geliştirdi. Bu rehberin etkili bir araç olmasını umuyoruz. Profiller üç bölümden oluşuyor: nüfus; sağlık ve sosyal bakım sistemleri ve sosyal durum. İlk iki bölüm yaşlı insanların profilini oluşturmada geleneksel yolu izliyor - temel nüfus bilgileri, hastalık ve ölüm oranları, hizmetlere ve desteklere ulaşılabilirlik. Üçüncü dinamik bölüm, sosyal portre, sağlığın belirleyicileri ile (örneğin gelir ve sosyoekonomik statü, barınma ve çevre) yaşam seyri yaklaşımını ilişkilendiriyor. Aileler, toplumlar ve ekonomi için bir zenginlik açısından yaşlı insanları ele alarak, yaşlılığın olumlu yönlerine de özel bir ilgi gösteriliyor.

Profil oluşturmak, sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler için olmazsa olmaz bilgiler sağlıyor. Bu bilgiyi sağlık, topluma katılım ve emniyeti geliştirecek olanakları sağlama ve insanlar yaşlandıkça yaşam kalitesini yükseltme yolunda eylemlere dönüştürmek ise hükümetler, belediyeler ve konseylerin sorumluluğudur. Dahası, bu bilgi insanlığın gelişiminden maksimum yararı sağlamaya ve yaşlanmanın getirdiği sorunlarla daha etkili bir şekilde baş etme amacıyla bireyin ve toplumun yaşlanması hakkında daha açık fikirli, pozitif ve aktif bir bakış açısı edinmeye bizi yönlendirmelidir. Sağlıklı Yaşlanma Alt-Ağı'nda yer alan şehirler, şimdiden sağlıklı yaşlanma profillerine dair bu bilgiyi edindi ve deneyimler kazandı.

Udine şehrinin valisi olarak, politika oluşturma aşamasını geliştirmek için motivasyon kaynağı olan bu rehberin, nihai hedefimiz olan yaşlı yurttaşlarımızın ihtiyaçlarını tamamen karşılama yolunda şehrimiz ek bir değer getirme konusunda yeterli olduğuna şahitlik etmekten gurur duyuyorum. Bu rehber, yerel yönetimimizde, sağlık sektörümüzde, gönüllü sektörde ve kamu politikasını etkileyen (ya da halk politikasından etkilenen) diğer tüm kuruluşlarımızda çalışan kişilere faydalı

olmuştur. Dahası, bu rehber sektörler arası eylemlerimiz için esas alındı ve yaşlılara, gelecekte yapıcı değişiklikler yapmaya olanak sağlamak üzere dikkati çekti. Örneğin, sağlıklı yaşlanma fikri, kesişen konular için tema haline getirilerek sağlıklı kent yaşamı, her yaş grubu için daha yaşanabilir ve keyifli bir şehrin tasarımı gibi paralel gelişen alanlarla da ilişkilendirerek hâkim düşünce haline getirildi. Tasarım yaklaşımları ve çözümleri yoluyla yaşlılar için ulaşılabilirlik, güvenlik ve imkânlar vurgulandı (mimari engellerin azaltılması, çevre güvenliği sağlanması, fiziksel aktivite ve sosyal kaynaşmalara olanak sağlayan kentsel alanlar yaratılması). Udine söz konusu olduğunda bu süreçler, şehrin DSÖ Küresel Yaş-Dostu Şehirler Projesi'ne katılımı sayesinde uygulayabildiği nitel toplum araştırması tarafından kesinlikle desteklendi. Bu araştırma, DSÖ eşitlik ve aktif yaşlanma ilkelerine tutarlı olarak toplumun yaşlılara uygunluğu için yaşlılar, bakıcılar ve hizmet sağlayıcılar açısından değerli sonuçlar üretti.

Bunlar göz önünde bulundurulduğunda, Udine Şehri'ne Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-ağı projesinde aktif bir şekilde bulunma fırsatını tanıdığı için DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'ne; bu rehberin editörleri Lena Kanström, Gianna Zamaro, Claes Sjöstedt ve Geoff Green'e; bu rehberi ilerleme ve eylem için bir araç olarak kullanmış ve kullanacak olan bütün şehirlere teşekkürü bir borç bilirim.

Furio Honsell
Udine Şehri Valisi
İtalya

Önsöz

Bu rehber, Stockholm'ün liderlik ettiği Avrupa Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-ağı çalışmasının bir parçası olarak ortaya konmuştur. Rehber, şehir sağlık profillerine dair hâlihazırdaki bilgileri tamamlar ve yaşlıların profillerini oluşturmada hastalık ve bağımlılığa odaklanmaya meyilli geleneksel yaklaşımlardan farklılaşır. Editörler Lena Kanström, Gianna Zamaro, Claes Sjöstedt ve Geoff Green şehir hayatının pek çok alanında yaptıkları çalışmalardan edindikleri deneyimi sağlıklı yaşlanma konseptine uyguladılar. Udine şehrine, bu rehberin yayınlanmasına olanak sağladığı ve bu uygulamayı Avrupa bölgesi şehirlerinin politika belirleme ve karar mercilerine önerdiği için minnettarım.

Agis Tsouros
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Çevre Birim Başkanı
Sağlık Programları Bölümü, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi

Başlangıç

Bu rehber DSÖ Avrupa Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-ağı stratejisinin bir parçası olarak yazıldı. 2005-2008 yılları arasında ortaya konan bu rehber, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlıklı yaşlanma konseptini kullanarak yaşlılarını yaşam profilini oluşturmak için yenilikçi bir yaklaşım geliştirdi. Göstergeler yaşamla birlikte ölümü, sağlıkla birlikte hastalığı ve geleneksel sağlığın ve sosyal hizmetlerin ulaşabildiğinin dışında kalan daha geniş sağlık ve iyi-olma belirleyicilerini de kapsar. 22 göstergenin her biri için sunulan gerekçe temeli, araştırmaların nasıl geliştirileceği ve Alt-ağ'ın üyesi olan şehirlerde nasıl uygulanacağına dair teknik bilgiyle desteklenir. Bu temel göstergeler birkaç farklı şehirde test edildi. Her ne kadar şehirler kendi özel durumlarını yansıtmaları için bu temel göstergeleri duruma uydurmak ve genişletmekte cesaretlendirildiyse de, yaşlıların yaşamları ve topluma katılımlarına dair bütüncül bir bakış açısını korumak önemlidir.

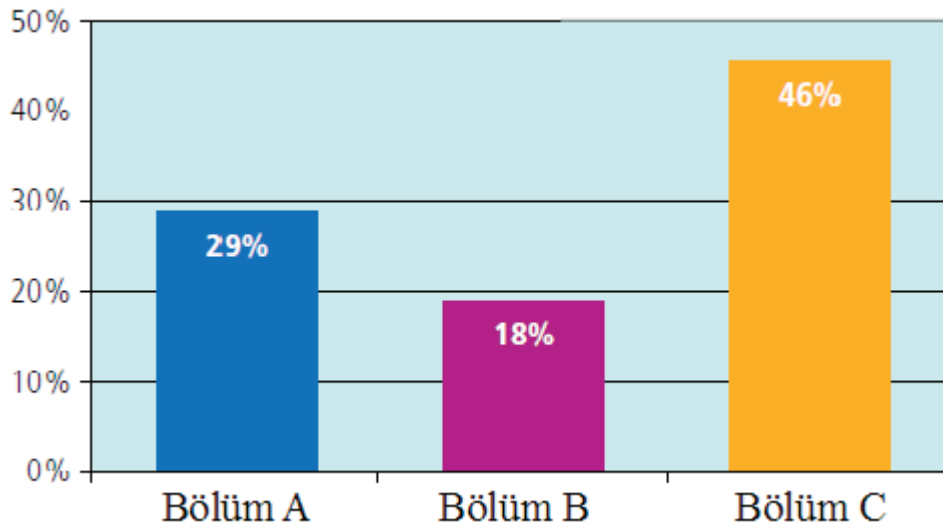
Lena Kanström (Stockholm, İsveç),
Gianna Zamaro (Udine, İtalya),
Claes Sjöstedt (Stockholm, İsveç)
ve Geoff Green (Sheffield, Birleşik Krallık)

Giriş

Sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, şehir yaşamında yaşlı insanların profilini oluşturmak için pozitif ve dinamik bir model kullanır. Sağlık profilleri, toplum sağlığı gelişim planlamasında, uygulama sonuçlarının takibinde ve toplum sağlığının denetiminde önemli araçlardır. Sağlık profilleri basitçe şehir yaşamının olumlu özelliklerini onaylamakla kalmamalı, aynı zamanda hizmetlerdeki boşluklara ve zor sosyoekonomik durumlara dikkati yöneltmelidir. Ulaşılabilir, okunabilir olmalı ve yaşlıların yaşam şartları ve sağlıkları hakkında nitel ve nicel bilgi sunmalıdır.

Bu güncellenmiş rehber; Haziran 2005'te gerçekleştirilen DSÖ Avrupa Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-Ağı ilk toplantısında tartışılan ve sunulan rehberin geri bildirimlerine hem bilimsel, hem pragmatik bir cevaptır. Bu Alt-Ağ Şehirleri için üretilen ilk rehber, 3 gruba ayrılmış 75 göstergeli öneren bir şablon şeklindeydi: (A) nüfus profili, (B) sağlık ve sosyal bakım sistemleri, (C) sosyal portre. Daha sonra, Eylül 2005'te Bursa'da gerçekleştirilen Dünya Sağlık Örgütü Konferansı ve Aralık 2005'te Viyana'da gerçekleştirilen Alt-Ağ toplantısında orijinal listedeki 75 göstergeden temel bir grup göstergenin seçilmesi ve bu göstergelerin her biri için mantık yürütme ve metodun geliştirilerek rehberin güncellenmesi önerildi. Viyana toplantısında projedeki lider şehir Stockholm'ün bu amaçları gerçekleştirmek için küçük bir görev grubu oluşturması önerildi. Bu grup Haziran 2006'da bu görevi üstlenmek için bir araya geldi. Şehirlere, uygun ve eksiksiz profil oluşturabilmeleri ve birbirlerinden farklı durumlarını karşılaştırabilmeleri için gerçekçi bir araç sağlama amacıyla, Mayıs 2006 sonunda sunulan 10 profili analiz ettik. Fark ettik ki birçok şehir, özellikle C bölümü (sosyal portre) için istenen, tüm verileri toplamakta zorluk çekti. Şekil 1 her bölümdeki cevaplanmamış soruların yüzdesini gösterir.

Şekil 1. Bölümlere göre şehirlerin cevaplamadıkları soruların yüzdesi



Gerekçe, Yapı ve İçerik

Güncellenen taslak orijinalindeki üç bölümü muhafaza ediyor: (A) nüfus profili; (B) sağlık ve sosyal destek hizmetlerine ulaşılabilirlik ve (C) sosyoekonomik portre: zayıf ve güçlü yanlar. İlk iki bölüm yaşlı insanların profilini oluşturmada geleneksel yolu izliyor - temel nüfus bilgileri, hastalık ve ölüm oranları, hizmetlere ve desteklere ulaşılabilirlik. Üçüncü dinamik bölüm, sosyal portre, sağlığın belirleyicileri ile (örneğin gelir ve sosyoekonomik statü, barınma ve çevre) yaşam seyri yaklaşımını ilişkilendiriyor. Şehirlerin yaşlanmanın olumlu yanlarını da ölçmesi önerildi - bir kaynak olarak yaşlı insanların şehir ve aile yaşamına katılımları. Yaşlıların sağlıkları, yaşam şartları ve ihtiyaçlarına dair fikir ve algıların periyodik olarak incelenmesi değerli bir bilgi kaynağı sunacaktır.

Bu sebeple kolayca ulaşılabilen birkaç göstergelyi seçmeyi ve Alt-Ağ şehirlerinin karşılaştırılması, ana hatların geliştirilmesi, yerel stratejilerin paylaşılmasına yardımcı olacak genel bir portrenin çizilmesini öneriyoruz (Tablo 1).

Tablo 1. Gösterge Listesi

Bölüm A	Nüfus profili
1	Nüfus yapısı
2	Şehir içi bölgeler
3	Yaşam beklentisi
4	Nüfus dinamikleri
5	Bağımlılık oranı
6	Tek kişilik ailelerin durumu
7	Yaş, cinsiyet ve sebebe göre ölümler
8	Hastalık oranı
9	Akıl sağlığı
10	İşlevsellik kaybı
11	Davranış
Bölüm B	Sağlık ve sosyal destek hizmetlerine ulaşılabilirlik
12	Değerler
13	Şehir ulaştırma ve sosyal destek sistemi
14	Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu
Bölüm C	Sosyoekonomik portre: zayıflıklar ve güçlü yanlar
C1	<i>İstihdam, gelir ve sosyal konum</i>
15	Ekonomik statü
16	Gelir
17	Eğitim
C2	<i>Barınma ve çevre</i>
18	Ev sahipliği
19	Evde ve muhitte emniyet ve güvence
20	Ulaşım araçlarına erişim
C3	<i>Katılım ve Güçlendirme</i>
21	Karar verme aşamalarına katılım
22	Toplum içindeki nüfuz

Eşitlik

Eşitlik prensibi bu kitapçığın temelini oluşturur. Belirli etik prensipler yaşlı insanlarla özellikle ilişkili olsa da bunlar, tüm topluma hitap eden eşitlik ilkesi ile bağdaşırlar.

2002'deki Uluslararası Sağlıkta Eşitlik Derneği, İkinci Uluslararası Konferansı'nda kabul edilen Toronto Eşitlik ve Sağlık Deklarasyonu'na göre:

Sağlıkta eşitlik, birey, toplum, toplumsal ve uluslararası refahın temel taşıdır. Sağlıkta eşitlik fikri, insanların sağlıkları üzerinde belirleyici olan hayat şartlarına müdahale etmek için ihtiyaç duydukları kaynaklara, kapasiteye ve güce ulaşabilmeleri üzerine kurulmuştur.

Hükümetler ve uluslararası kuruluşlar politika ve programlarını sadece temel bakıma eşitlikçi erişim ve faydalanma üzerine kurmamalı, aynı zamanda sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerine de ağırlık vermelidir. Bu 22 göstergenin bazıları doğrudan eşitliğe

işaret eder. Örneğin Bölüm B'de gösterge 12'de bahsedilen, sağlık ve sosyal hizmetlerin amaçlarını, hedef ve eğilimlerini tanımlayan değerler arasında eşitlik de yer alır. Eşitlik ilkesi, yaşlılara ve diğer sosyal gruplara hizmetlerin adil ve uygun bir şekilde ulaştırılmasıyla ilgilenir. En temelde eşitlik, sosyal adaletin ana fikri ile ilgilenir.

Toronto Eşitlik ve Sağlık Deklarasyonu'na göre, eşitlik aynı zamanda yaşlıları günlük hayatta destekleyen dostane bir şehir ortamı geliştirmekte etkilidir. Örneğin Bölüm C'de, emniyet ve güvenceden bahseden gösterge 19, yaşlı insanların, özellikle yaşlı kadınların suç ile karşılaşmaktan duydukları korkunun kendilerinden daha genç olan komşularının yaşadığından fazla olduğunu vurgular ve düşmanca şehir ortamından kaynaklanan suçla karşılaşma korkusu da, zayıf akıl sağlığıyla ilişkilidir.

Bölüm A

Nüfus Profili

Bu bölüm, şehir nüfusu dinamiklerinin altı, sağlık durumunun beş göstergesini içerir (Tablo 2). Demografik profil önemlidir çünkü yaşlıların çalışma yaşındaki nüfusa oranını göstererek, yaşlı insanlar için emeklilik maaşı, sağlık ve sosyal bakım sağlamada şehir ve ülkelerin kapasitesini ortaya koyar. Her yaş grubu için

yaşam beklentisi, ölüm ve hastalık oranları; bu temel veri setinin anahtar öğeleridir. Bu bilgiler, gelecekteki yönelimleri önceden görmemizi ve henüz ortaya çıkmamış hastalık, engellilik ve bağımlılık durumlarına erken müdahaleleri belirlememizde yardımcı olurlar.

Tablo 2. Bölüm A: Gösterge listesi

Bölüm A	Nüfus profili
1	Nüfus yapısı
2	Şehir içi Bölgeler
3	Yaşam beklentisi
4	Nüfus dinamikleri
5	Bağımlılık oranı
6	Tek kişilik aile ahalisi durumu
7	Yaş, cinsiyet ve sebebe göre ölüm oranı
8	Hastalık oranı
9	Akıl sağlığı
10	İşlevsellik kaybı
11	Davranış

1. Nüfus Yapısı

» Gerekçe

Bu gösterge, yaşlı nüfus için bağlam oluşturmak ve bağımlılık oranını belirlenmesine olanak sağlamak için şehir nüfusunun tüm yaş gruplarını kapsayan genel bir resmini çizer (gösterge 5'e bakınız).

» Teknik

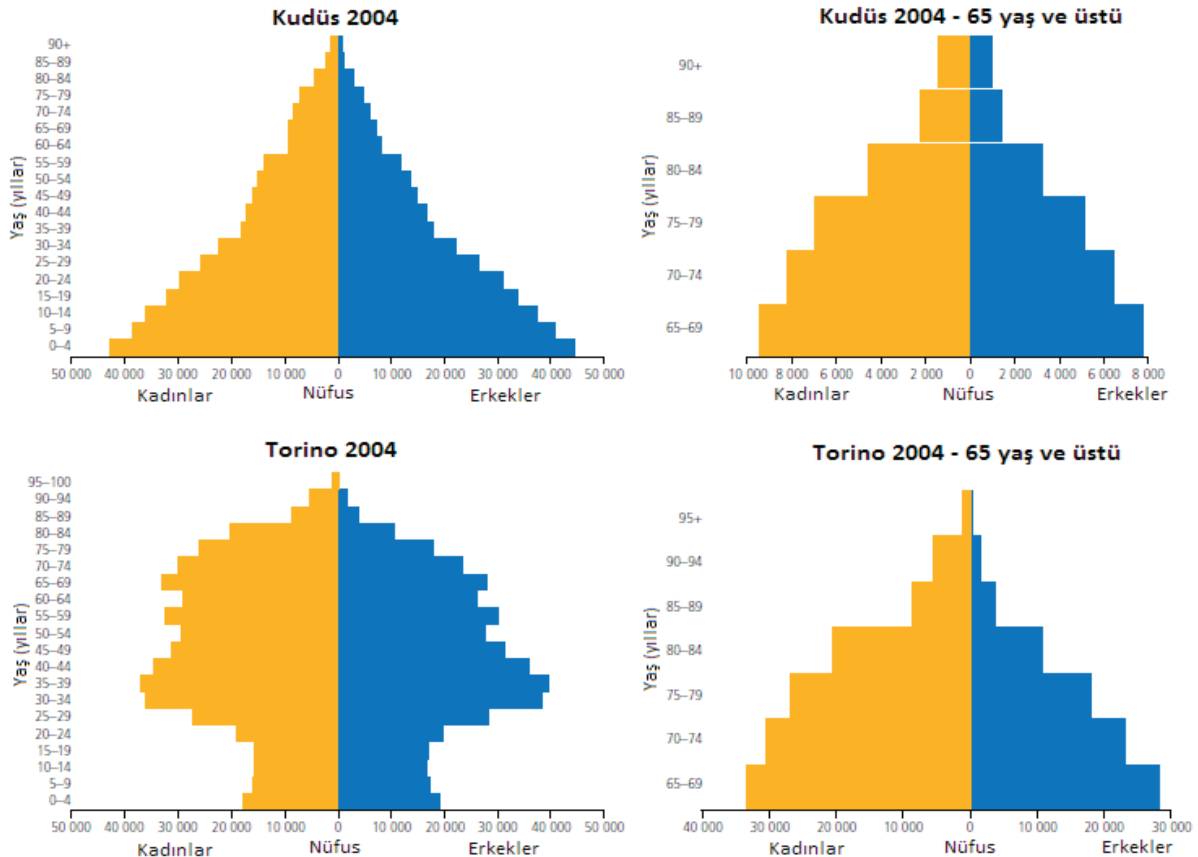
Şehirler, diğer DSÖ Ağlı şehirleriyle yönelimlerin karşılaştırılabilmesi için, uluslararası kabul

edilen cinsiyete göre ayrılmış beş yıllık yaş gruplarını kullanmalıdır. Yüzdeliklerin değil öncelikle sayıların sunulması gerekir. Şehirlere mevcut olan en güncel verileri kullanmaları ve bunları nüfus piramidi formunda sunmaları önerilir.

» Örnek

Torino ve Kudüs, şehir spektrumunun en uç örnekleridir. Kudüs, çok genç bir nüfusa sahipken Torino, İtalya'nın tipik yaşlanan nüfusuna örnek gösterilebilir (Şekil 2).

Şekil 2. Yaş piramitleri: Torino ve Kudüs



2. Şehir içi Bölgeler

» Gerekçe

Burada amaç, şehirlerin kaynak ve hizmet dağıtım planlanmasını oluşturması için mekânsal yoğunluktaki çeşitliliği belirlemektir. Bu, özellikle birden fazla merkezi bulunan büyük şehirler için kullanışlı olacaktır.

» Teknik

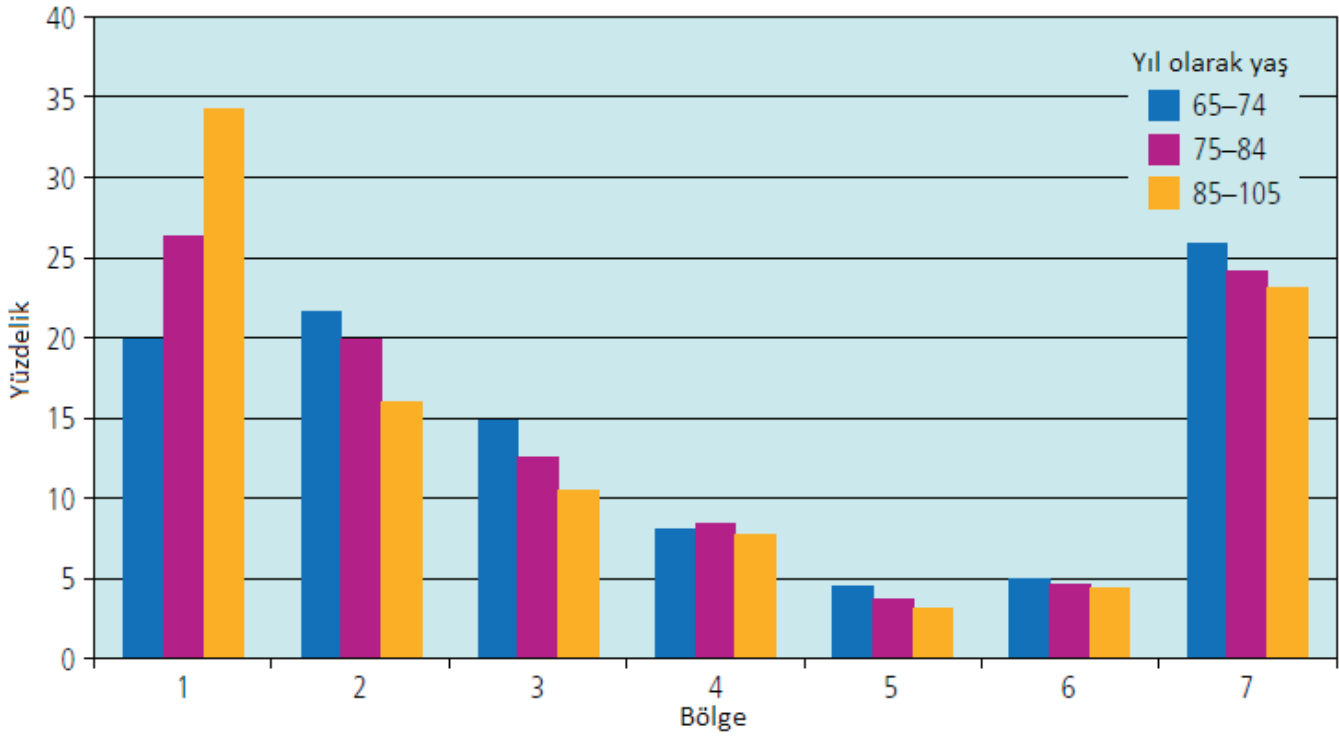
Veriler harita ve/veya tablolar halinde sunulabilir. Şehirlere, eğer imkânlar dâhilindeyse, coğrafi bilgi sistemi (GIS)

kullanmaları önerilmiştir. Bu sistemle ortaya konan verileri anlamak ve yaş ile, örneğin, engellilik ya da hastalık veya konut durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koyan portreler oluşturmak kolaydır. Bu tür bir bilgi, dağıtımın ve ulaşılabilirliğin eşitliğini sağlamak için kullanışlı olacaktır.

» Örnek

Viyana 23 bölgeye sahiptir ve 13 numaralı bölgede 50 yaş ve üstü insanların oranı diğer bölgelerden belirgin şekilde yüksektir. Udine’de, ekonomik ve sosyal istikrara ulaşan yaşlılar, yedi bölgeden biri olan şehir merkezinden taşınıyorlar (Şekil 3).

Şekil 3. Udine’de şehir bölgelerine göre yaşlı nüfusun dağılımı



3. Yaşam Beklentisi

» Gerekçe

Bir şehirdeki nispeten düşük yaşam beklentisi ciddi sağlık sorunlarını işaret eder. Tersine, yüksek yaşam beklentisi daha iyi sağlık durumunun göstergesi olabilir. Uzun ömür çoğu Avrupa şehrinde git-tikçe artmakta ve bu; emeklilik yaşının, eğer yükseltilecekse, hangi yaşa yük-seltilmesinin uygun olduğu ve sosyal hizmet alanının sayıları artan yaşlı kadın nüfusun ihtiyaçlarını yansıtır şekilde yeniden düzenlenmesinin gerekli olup olmadığı gibi konularda tartışmaları or-taya çıkarıyor.

» Teknik

Hesaplamalar, istatistik uzmanlık ile yerel sağlık otoritelerinin genellikle sahip olduğu epidemiyolojik uzmanlığı¹ gerektiriyor. Bir şehir halkının yaşam beklentileri değişkenler ve toplanan yerel veriler kullanılarak hesaplanabilir.

» Örnek

Tablo 3, Udine şehrindeki yaşa göre yaşam beklentisini gösterir.

1 Livi-Bacci M. Introduzione alla demografia [Introduction to demography]. 3rd ed. Turin, Loescher, 1999.

Açıklama

x = yaş.

e_x = x yaşında hayattaki kişilerin (kalan) yaş beklentisi.

T_x = x yaşından bu kuşağın tüm üyeleri ölene kadar kuşağın yaşadığı toplam kişi-yıl sayısı. Bu, L_x kolonundaki x yaşından L_{w-1} yaşına kadar olanların rakamlarının toplamıdır.

L_x = Kuşaktaki yaşı x 'ten $x+1$ 'e kadar olan kişilerin kişi-yaş toplamı.

l_x = "Sağ kalma fonksiyonu"; x yaşında hayatta olan kişilerin sayısı

$$T_x = L_x + L_{x+1} + \dots + L_{w-1}$$

$$e_x = \frac{L_x + L_{x+1} + \dots + l_{w-1}}{l_x}$$

$$e_o = \frac{T_o}{l_o} \quad e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

Tablo 3. Udine'de yaşa göre yaşam beklentisi.

Yaş (yıllar)	Yaşam beklentisi (yıllar)			
	Kadınlar		Erkekler	
	2002*	2050*	2002*	2050*
0-4	83.18	97.38	76.72	81.32
5-9	78.47	92.75	72.01	76.62
10-14	73.51	87.78	67.04	71.65
15-19	68.56	82.81	62.07	66.68
20-24	63.62	77.85	57.25	61.84
25-29	58.70	72.90	52.51	57.06
30-34	53.79	67.95	47.70	52.21
35-39	48.88	62.99	42.91	47.37
40-44	44.00	58.06	38.11	42.52
45-49	39.22	53.16	33.48	37.79
50-54	34.54	48.29	28.91	33.10
55-59	29.99	43.45	24.63	28.61
60-64	25.55	38.63	20.49	24.20
65-69	21.16	33.81	16.70	20.01
70-74	17.07	29.06	13.29	16.08
75-79	13.27	24.36	10.36	12.47
80-84	9.82	19.73	7.90	9.23
85-89	6.87	15.24	5.55	6.20
90-94	4.72	11.02	3.92	3.96
95-99	3.38	7.28	2.79	2.31
100-104	2.36	4.22	1.93	1.97
105-109	1.63	2.35	1.33	1.69

* 2002, ölüm oranları istatistiklerinin ulaşılabilirdiği en son yıl olması sebebiyle

* 2050, verilerin bu uzun dönem tahmini yapabilmek için yeterince güçlü olması sebebiyle

4. Nüfus Dinamikleri

» Gerekçe

Politika belirleyiciler, hizmetleri planlayarak nüfus değişimlerinin belirleyicilerine müdahale edebilmek için şehirlerinin geleceğine dair olasılıkları bilmek isterler. Pek çok Avrupa şehri, doğum oranlarının düşüşü, yaşam süresinin uzaması ve göçle ilişkili büyük sorunlarla karşı karşıyadır. Bunların tümü, genişleme ya da gerilemeye yön veren nüfus dinamikleri ile şehir ekonomisinin sürekliliği ve özellikle yaşlı insanlar için sağlık ve sosyal hizmetlerin tedarik edilmesi gibi idari sorunlarla bir araya gelir.

» Teknik

Bu gösterge; her ikisi de gelecekteki yönelimler ve nüfustaki yaş gruplarının yapısını işaret eden (1) ölüm ve toplam doğum oranlarının ortaya koyduğu şehir nüfusundaki doğal artış, azalış ve

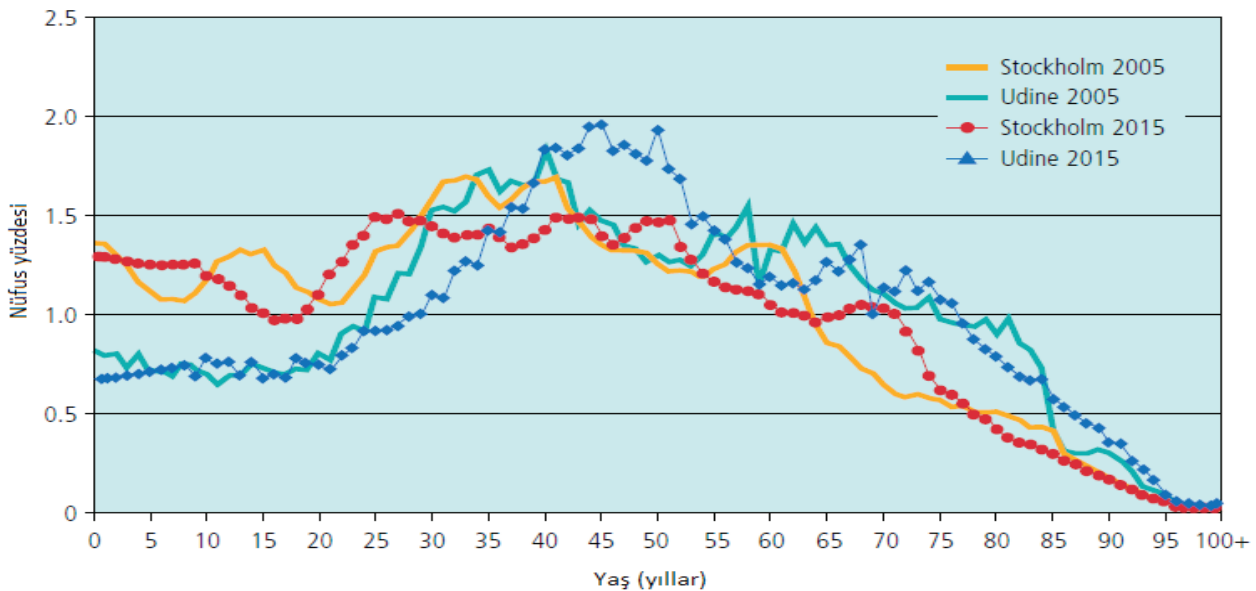
(2) göçle ilişkili etkilerden elde edilen verileri bir araya getirir. Bu nicel bilgi, göçmenlerin ve etnik azınlıkların şehir yaşamındaki sosyal ve ekonomik alanlara katılım derecesi gibi eşitlik problemlerini işaret eden nitel bilgilerle tamamlanabilir.

» Örnek

Şekil 4 Stockholm ve Udine şehirlerinde yaşa göre nüfus dağılımını gösterir.

Her iki şehirde de, 1990'dan 2001'e kadarki yıllık ölüm sayısının, doğum sayısından fazla olması sebebiyle nüfusta doğal bir azalış görülür. Yine de, Stockholm aldığı göç sayesinde bu azalışı telafi etti. Stockholm için öngörülen, göç ve doğum oranının 2015'te genç ve yaşlı nüfus dengesini sağlayacağı yönünde. Udine'de devam eden düşük doğum oranı ve artan yaşam süresi, 60 yaş ve üstündeki nüfus oranının, 2015 ve daha sonrasında da yüksek kalacağını gösteriyor.

Şekil 4. Stockholm ve Udine'de yaşa göre nüfus dağılım oranları (bir yıllık kuşaklar), 2005 ve 2015 arası.



5. Bağımlılık Oranı

› Gerekçe

Bağımlılık oranı kavramı, bir şehirdeki yaşamını başkalarına bağımlı olarak geçiren kesim ile çalışma yaşındaki, “üretken” kesimin oranına tekabül eder; 15-64 yaşları arasındaki kişilerin, dolaylı ya da doğrudan yollarla bu kesimden daha yaşlı ya da genç kesime destek verdiği varsayımı üzerinden, potansiyel sosyal destek ihtiyacıyla eldeki kaynakların karşılaştırılması ölçüsüdür. Ağa üye şehirler yaşlı insanları kaynak olarak kabul etmek için çeşitli bağımlılık oranları üretmek isteyebilirler.¹

› Teknik

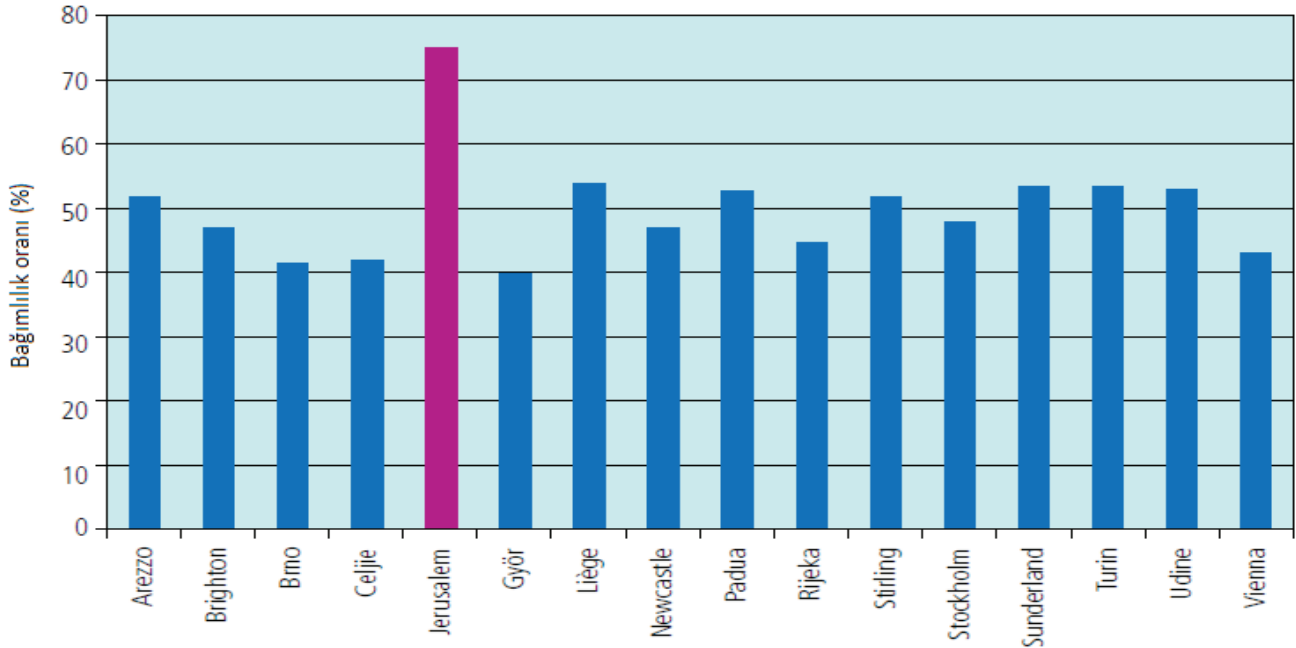
Klasik formül şöyledir:

$$\text{Bağımlılık oranı} = \frac{([0-14 \text{ yaş arası nüfus} + 65 \text{ yaş üstü nüfus})}{[15-64 \text{ yaş arası nüfus}]} \times 100$$

› Örnek

Bağımlılık oranı Kudüs gibi genç nüfusu fazla olan (demografik değişim sürecindeki nüfus) ya da Arezzo gibi yaşlı nüfusu artmakta olan şehirlerde çok daha yüksektir (Şekil 5).

Şekil 5. DSÖ Alt-Ağı'na katılan 16 şehirdeki bağımlılık oranları



¹ Zamaro G, Green G, Tsouros A. A new model dependency ratio for European cities. Italian Journal of Public Health (in press).

6. Tek kişilik ev durumu

» Gerekçe

Bu göstergenin odağı, 65 yaş ve üzeri kişilerin sayısı ve oranıdır. Evlilik durumu (dul ya da boşanmış) insanların neden yalnız yaşadığına dair bir açıklama sağlayabilir. Daha önemli olan ise bunun sonuçlarıdır. Yalnız yaşayan yaşlı insanlar sosyal hizmetlere daha fazla ihtiyaç duyma eğilimindedir.

» Teknik

Gösterge, bireye değil, ev ahalisine odaklanır; evlilik durumu bekâr olan kişi, bir ev ahalisi içinde başka insanlarla da yaşıyor olabilir. Bu gösterge, yalnız yaşayan 65 yaş üzeri grupların yüzdelikleri halinde incelenmelidir.

» Örnek

Örnek olarak Stockholm profili tercih edildi, çünkü bireyi değil ev ahalisi durumunu işaret ediyor. 75-84 yaş arası yalnız yaşayan kadınların oranı çok yüksek (Tablo 4).

Tablo 4. Stockholm bölgesinde cinsiyet ve yaşa göre ev ahalisi durumu, 2000-2003 ortalamaları

Ev ahalisi durumu	Erkek (%)		Kadın (%)	
	Yaş (yıllar)		Yaş (yıllar)	
	65-74	75-84	65-74	76-84
Bir yetişkin ve 18 yaşından küçük en az bir çocuk ile beraber yaşayan	0.6	0.4	0.0	0.0
Bir yetişkin ve 18 yaşından büyük ya da 18 yaşında en az bir çocuk ile birlikte yaşayan	0.8	1.2	1.3	0.0
Bir yetişkinle yaşayan, çocukla yaşamayan	70.2	69.4	56.0	34.2
Bekâr ve 18 yaşından küçük en az bir çocukla yaşayan	0.0	0.0	0.0	0.0
Bekâr ve 18 yaşında ya da daha büyük bir çocukla yaşayan	0.5	0.0	1.2	1.7
Bekâr ve çocuksuz yaşayan	27.5	29.0	41.5	63.6
Ebeveyniyle yaşayan	0.4	0.0	0.0	0.5
Toplam	100.0	100.0	100.0	100.0

7. Yaş,cinsiyet ve sebebe göre ölüm oranı

» Gerekçe

Yaş ve cinsiyete göre ölüm oranlarını ve eğilimlerini tahmin edebilmek, hastane odalarının adil dağıtımı da dâhil olmak üzere benzer hizmetlerin planlanmasını olanaklı kılar. Profillerden elde edilen sonuçlar, en sık rastlanan ölüm sebebinin kalp hastalıklarından sonra kanser olduğunu gösteriyor. Listenin en üstündeki beş ölüm sebebi, barınma ve çalışma durumu gibi yapısal faktörlerle ilişkili olan, yaşam biçiminin getirdiği etkiler tarafından belirlenen bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Yaşam biçimi yaklaşımı sayesinde (temel erken müdahale ve sağlıklı kent planlaması da dahil), bu hastalıkların gelecekteki durumunu ve tekrarlaması sıklığına etkide bulunulabilir.

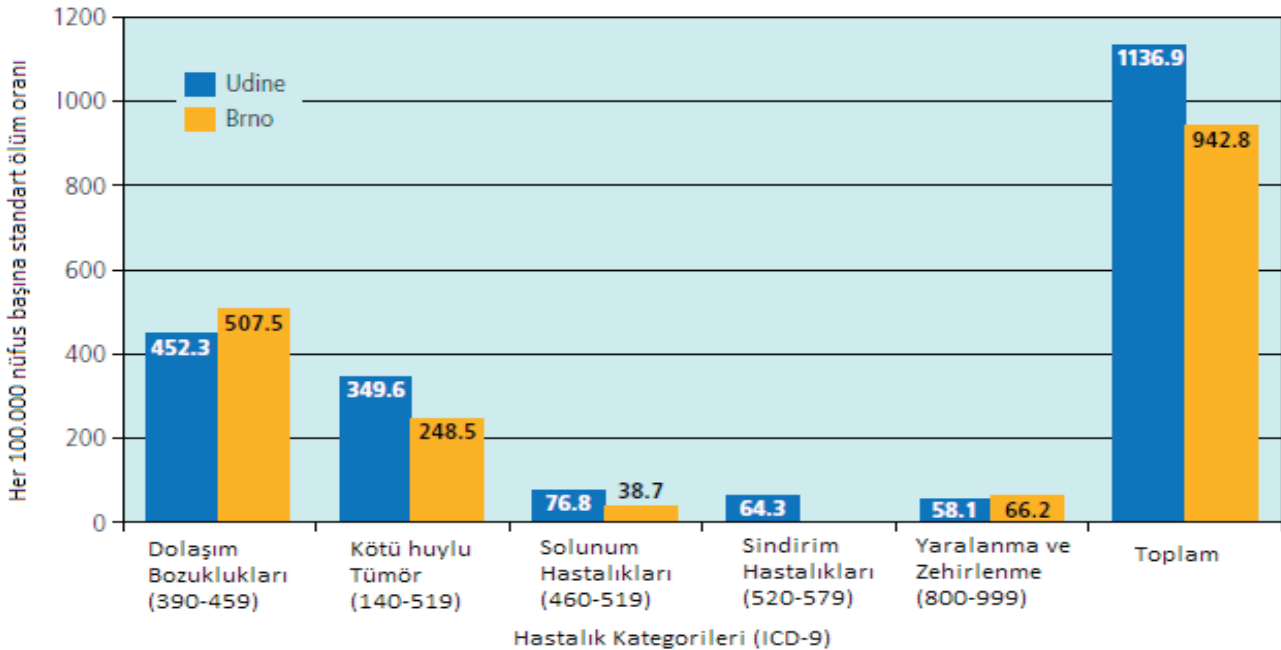
» Teknik

Göstergeyi hesaplamak için Uluslararası İstatistiksel Hastalık ve Sağlık Sorunları Sınıflama Ölçütü, onuncu revizyonun kullanılması (ICD-10 - en son uyarlama) ve standardizasyon için ham verinin ulusal nüfusla değil, Avrupa nüfusuyla karşılaştırılması önerilir.

» Örnek

Rijeka profili kesin rakamları; Viyana profili ise çeşitli sebeplere atfedilebilen ölümlerin yüzdesini verir. Brno ve Udine profillerinin her ikisi de, birbirlerine kıyaslanabilmesini olanaklı kılan, standardize edilmiş ölüm oranlarını sunar. Şekil 6'nın gösterdiği üzere Udine'nin kansere bağlı ölüm oranı Brno'dan anlamlı şekilde yüksektir. Olası bir açıklama miras alınan gemi inşası ve endüstrideki zor çalışma şartları, yüksek radon yoğunluğu ve sağlıklı yaşam tarzına sık rastlanmasıdır.

Şekil 6. Udine - Brno'daki Belirli Standart Ölüm Oranları



8. Hastalık Oranı

» Gerekçe

Kent nüfusundaki hastalık örgüsünün basit bir sunumu, yaş ve sağlık sorunları arasındaki bağlantıyı ortaya koyabilir ve politika ve programların buna uygun yeniden yönlendirilmesini mümkün kılar.

» Teknik

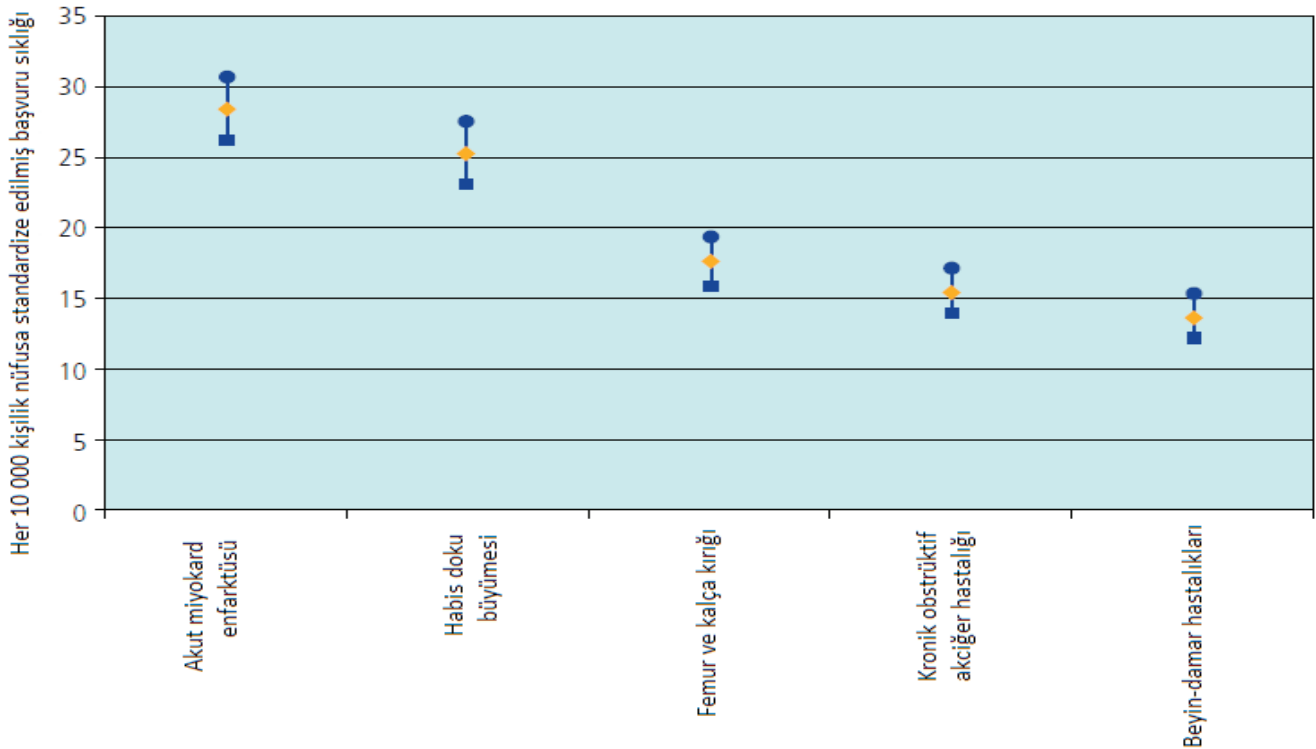
Bir şehrin hastalık yaygınlığını ortaya koymak için iki temel, bütünleyici yaklaşım mevcuttur: (1) tüm şehir nüfusunu temsil eden küçük örneklemelere uygulanan anketler ve (2) sağlık hizmetlerinin kullanım kayıtları. Birinci

seçeneğin avantajı hastalık durumunun, örneğin sırt ağrısı gibi, daha düşük düzeylerini de tespit edebilmesidir. Fakat pahalıdır ve özel olarak tasarlanmış bir anket gerektirir. Özgül hastalık durumlarını ölçen uluslararası anketler, şehirlerarası karşılaştırmaları mümkün kılar. İkinci seçenek rutin olarak toplanan verileri kullandığından daha az maliyetlidir.

» Örnek

Şekil 7, Udine’de 65 yaş ve üstü kişilerin, en sık rastlanan beş sebebiyle birlikte standardize edilmiş hastaneye başvurma sıklıklarını gösterir.

Şekil 7. Udine’de 65 yaş ve üstü kişilerin en sık rastlanan beş sebebe göre, standardize edilmiş hastaneye başvurma sıklıkları



9. Ruh Sağlığı

» Gerekçe

Ruh sağlığı aile, işyeri ve toplumun diğer alanlarında iyi bir yaşam sürebilmenin önkoşuludur. Bozuk ruh sağlığı 50 yaş ve üzerindeki insanların çalışma hayatından ayrılmasında en sık rastlanan sebeplerden biridir. Çoğu insan yaşamlarının son anlarına kadar sağlıklı zihinsel fonksiyonlarını korudukları için, bu potansiyel her zaman fark edilmese de, topluma katılımlarını sürdürebilmektedirler. Sadece küçük bir azınlık bunamaya sebep olan, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini gerektiren, dejeneratif hastalıklardan mustariptir.

» Teknik

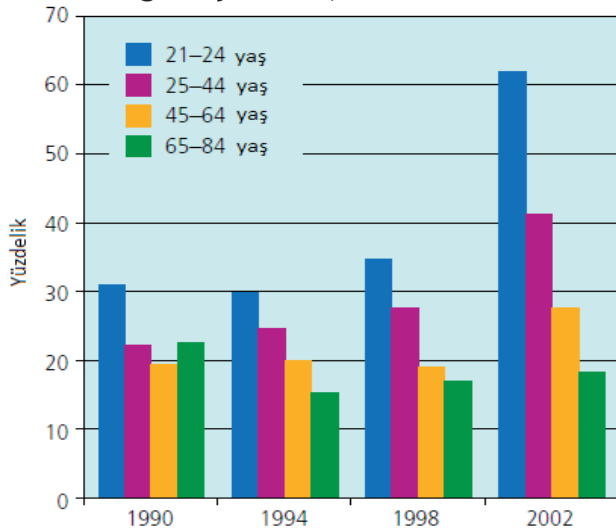
Şehirdeki ruhsal sorunların yaygınlığını tespit etmek için kullanılan birinci yaklaşım (Yaklaşım 1) tüm nüfusu temsil eden küçük çaplı anketlerin kullanılmasıdır; bu yolla

depresyon ve anksiyetenin (sık rastlanan ruhsal bozukluklar) düşük düzeyleri de, örneğin yalnızlık ya da korku hisseden kişiler, tespit edilebilir. Fakat bu pahalı olabilir veya özel tasarlanmış bir anket yoluyla ya da daha kapsamlı bir nüfus araştırmasının bir parçası olarak uygulanabilir. Standart ölçüm araçları (EQ-5D gibi, Ruh Sağlığı Envanteri (MHI-5) ya da Genel Sağlık Anketi (GHQ-12)) şehirlerarası karşılaştırmayı mümkün kılar. Öte yandan, ruh sağlığına dair veriler yerel sağlık otoriteleri tarafından rutin bir şekilde toplanır (Yaklaşım 2). Şehirlere, bunama gibi yaşlılıkta daha sık görülen dejeneratif hastalıklara odaklanmaları önerilir.

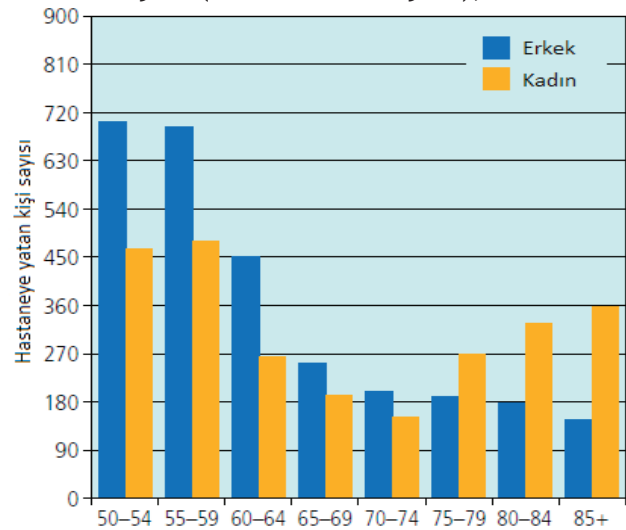
» Örnek

Stockholm, ruh sağlığı bilgileri endeksini yapılandırmak için GHQ-12'yi kullanır. Şekil 8, her dört yıllık yaş grubundaki zayıf ruh sağlığına sahip kadınların yüzdelerini gösterir. Şekil 9, ruhsal bozukluklar sebebiyle hastaneye yapılan başvuruları gösterir.

Şekil 8. Yaklaşım 1: Stockholm'da 21-84 yaş arası zayıf ruh sağlığına sahip kişilerin yaşa göre yüzdesi, 1990-2002



Şekil 9. Yaklaşım 2: Stockholm'da ruh hastalıkları sebebiyle hastaneye yatan kişi sayısı (nüfus 1.8 milyon), 2003



10. İşlev kaybı

» Gerekçe

Bu gösterge, kişisel bakımını gerçekleştirememekten, yere eğilememek ve ayakkabı bağcığı bağlayamamak gibi nispeten daha hafif işlev kayıplarına kadar uzanan geniş bir alanda çeşitlilik gösterir. 50 yaş ve üzerinde pek çok kişi engellilik sebebiyle çalışma hayatından çıkarılır (C bölümüne bakınız); ve ileri yaşlarda iş göremezlik sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinde bir talep oluşturur. Bu sebeple (1) sağlık ve sosyal hizmet desteklerinin gereklilik ölçüsünü belirlemek, adil dağıtımını planlamak ve uygulamak için yaşlılıkta bu sorunun büyüklüğü tespit etmek, (2) erken müdahaleye odaklanmak için yaşamın daha erken aşamalarında sorunun yaygınlık sıklığını belirlemek gereklidir.

» Teknik

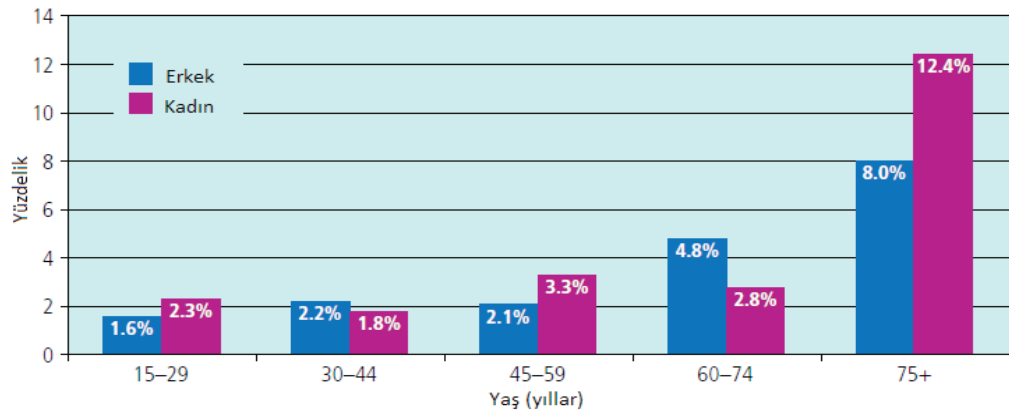
Şehirdeki işlevsellik kaybı ya da engellilik durumlarının yaygınlığını tespit etmek için iki temel yaklaşım mevcuttur: (1) tüm şehir nüfusunu temsil eden küçük örneklem gruplarına uygulanan anketler ve (2) destek hizmetlerinin kullanım kayıtları. İlk seçenek pahalı olabilir veya özel tasarlanmış bir anket yoluyla ya da daha kapsamlı bir nüfus araştırmasının bir parçası olarak uygulanabilir. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırma Envanteri gibi standart ölçüm araçları, şehirlerarasında karşılaştırmaları mümkün kılabilir. İkinci seçenek, rutin bir şekilde toplanan verilerden yararlandığı için daha az maliyetlidir; fakat otoritelere bildirilmeyen daha hafif fonksiyonel bozuklukları göstermez.

» Örnek

Yaklaşım 1 için Viyana (Şekil 10), yaklaşım 2 için ise Stockholm bir örnek sunar (Tablo 5).

Tablo 5. Stockholm Bölgesi: Yaşa göre ev yardım hizmetlerinin kullanımı

Yaş (yıllar)	Ev yardım hizmetlerinin kullanımı
65-74	2.5%
75-79	6.9%
80-84	13.6%
85-89	23.8%
90	31.3%



Şekil 10.
Viyana: Yaşa göre kişisel ihtiyaç (çamaşır yıkama ve giyinme gibi) aktiviteleri

11. Davranış

» Gerekçe

20. yüzyılda bulaşıcı hastalıklardan, günümüzde engellilik ve ölümün temel sebebi olan bulaşıcı olmayanlara epidemiyolojik bir geçiş gerçekleşmiştir. Davranış, bulaşıcı olmayan hastalıklar üzerinde yakınsak (aşağı doğru etki eden) bir ilişkiye sahiptir. Örneğin, sigara içmek, beslenme, alkol, uyuşturucu kullanımı ve yetersiz fiziksel aktivite; kansere, diyabete, kalp ve damar ile solunum hastalıklarına yol açabilir. Tüm bunlar engelliliğe, dışa bağımlılığa ve ölüme sebep olabilir. Belirlenen politikalar hem uzak (yukarı doğru etki eden)

belirleyicileri, hem de bu yakınsak etkileri kapsamalıdır.

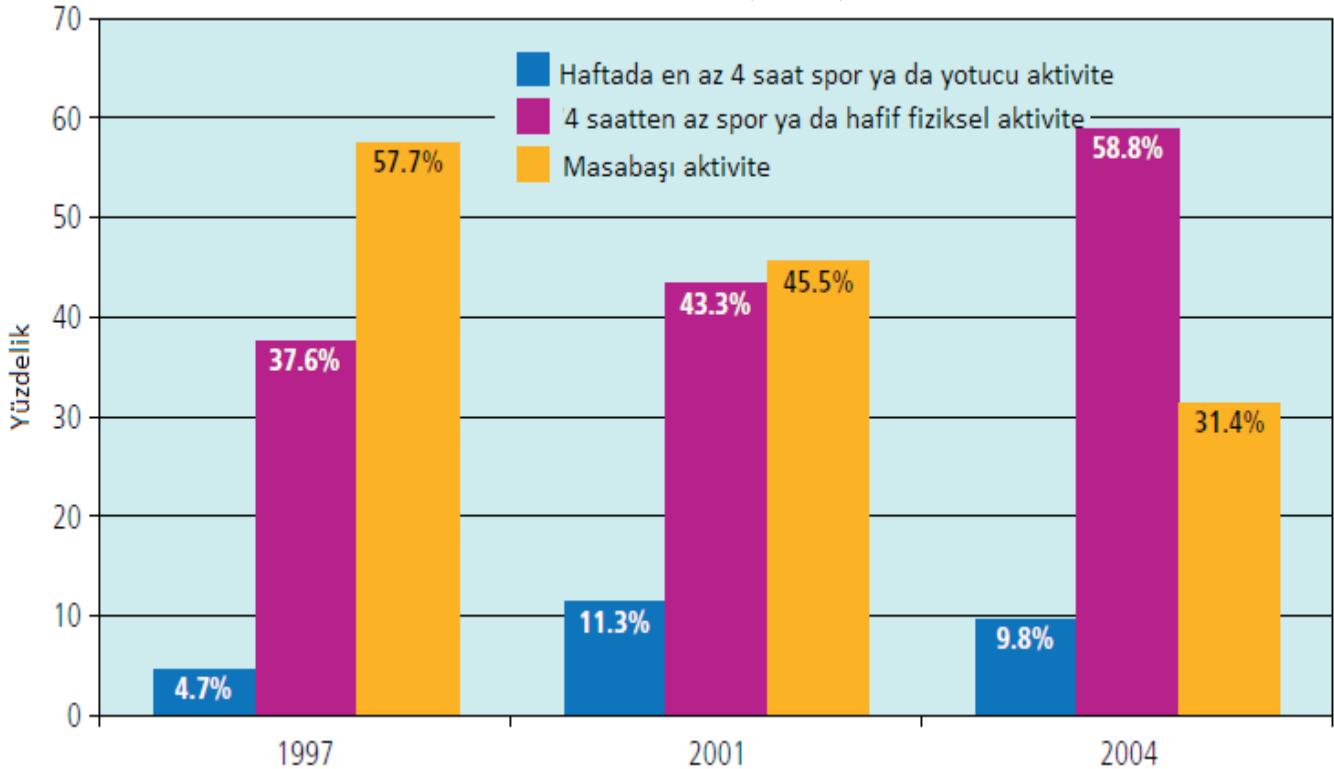
» Teknik

Yaygınlık yalnızca tüm şehir nüfusuna genellenebilen küçük örneklem gruplarına uygulanmış araştırmalarla belirlenebilir. Bu pahalı olabilir veya özel tasarlanmış bir anket yoluyla ya da daha kapsamlı bir nüfus araştırmasının bir parçası olarak uygulanabilir. Standart ölçüm araçları, şehirler arasında karşılaştırma olanağı sağlayabilir.

» Örnek

Liège örnek gösterilmektedir (Şekil 11).

Şekil 11. Liège'deki 65-74 yaşları arasındaki insanların boş zamanlarındaki fiziksel aktiviteleri. 1997, 2001, 2004

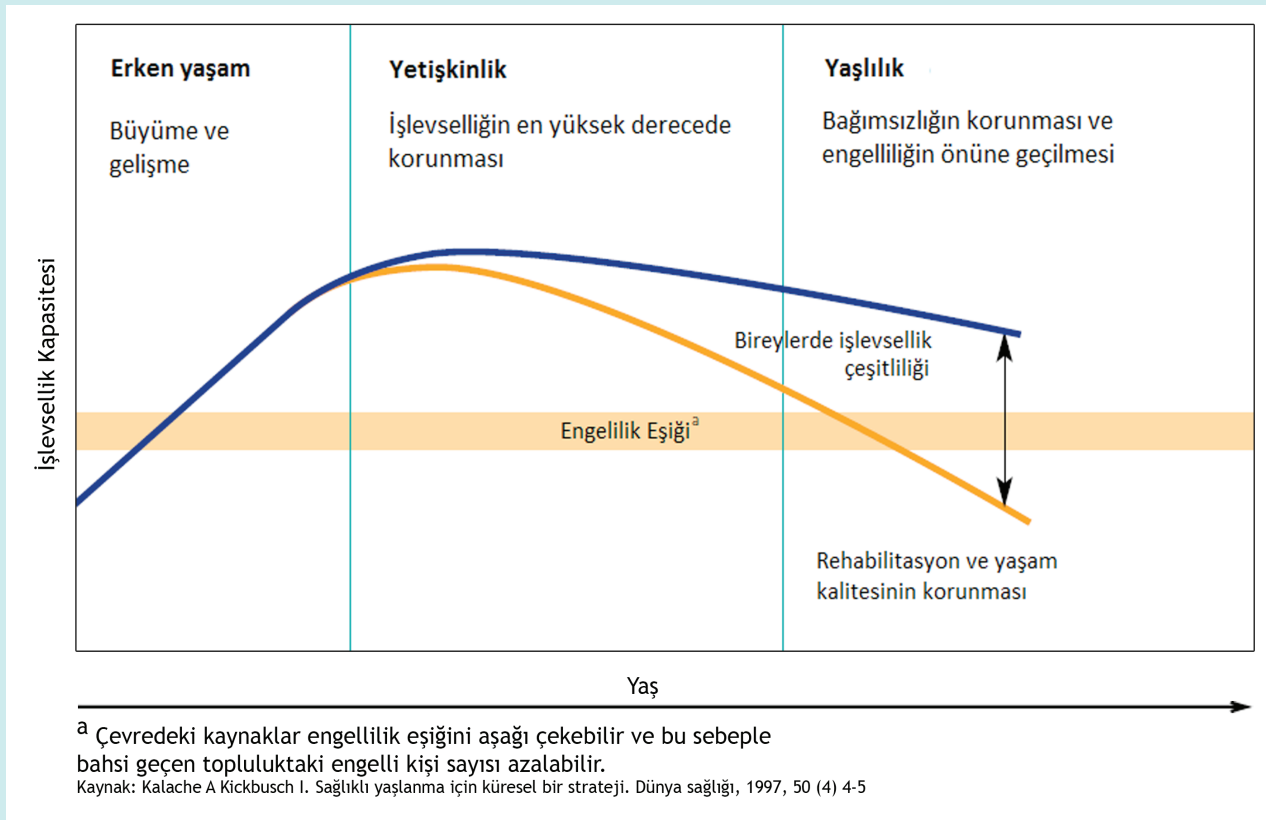


Bölüm B

Sağlık ve sosyal destek hizmetlerine ulaşılabilirlik

Alt-Ağ şehirlerinin dört hedefinden biri “ihtiyaç duyulan yerde yaşlılara bakım, aileleri ve bakıcılarına da destek temin ederek kendine bakabilirlik durumunu kolaylaştıran, ulaşılabilir sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini iyileştirmek”tir. Profilin bu bölümü işlevsellik kaybı yaşayan yaşlılara sunulan geleneksel sağlık ve sosyal hizmetleri vurgular. Aktif yaşlanma: bir politika anahattı (Şekil 12) fiziksel işlevselliğin yüksek olduğu erken yetişkinlikten itibaren işlevsellikte yaşanan gerilemenin geniş bir çeşitliliğini gösterir.

Şekil 12. Yaşam süreci boyunca işlevsellik kapasitesinin değişimi



Bölüm C Gerileme hızını yavaşlatmak için yaşam sürecinin ortasında yapılan müdahaleleri vurgular. Bölüm B (tablo 6) kapasitenin gerilemesi sonucu işlevsel yetersizlik eşiğine gelmiş olan yaşlılara odaklanır (işlevsel yetersizliğe odaklanan gösterge 10'a bakınız). 2005 Haziran'ında yapılan ilk Alt-Ağ toplantısında sağlık ve sosyal hizmet destekleri üç seviye halinde tanımlanarak farklı seviyelerdeki engellilik (işlev kaybı) durumlarıyla eşleştirildi. Bu seviyeler, Birleşik Krallık Sağlık Departmanı tarafından önerilen piramit ile (Şekil 13) ifade edilebilir.



Şekil 13. Destek sistemlerinin ulaştırılması

Bu ve benzer modeller, %70-80'i etkili bir şekilde kendi bakımlarını üstlenebilen, süreğen hastalıklardan mustarip kişileri ihtiyaç seviyelerine göre üç gruba ayırır. Bu bölümde tartışarak ulaştığımız şudur ki, ister ulusal, ister bölgesel ya da yerel yönetimler tarafından sağlanıyor olsun, her şehrin sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin tanımlanması en temel ihtiyaçtır. Bu tanımlama:

- Şehirdeki sağlık ve sosyal hizmetlerin yönelimi, hedefleri ve değerlerinin tanınımı,
- Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin temel bileşenlerinin, insan ve hizmet akışının özetlenmesi,
- Sorumlulukların belediyeler, sağlık hizmetleri ve diğer kurumlar arasında nasıl paylaşıldığının analiz edilmesini kapsar.

Tablo 6. Bölüm B: Gösterge listesi	
Bölüm B	Sağlık ve sosyal destek hizmetlerine ulaşım
12	Değerler
13	Şehir ulaştırma ve sosyal destek sistemi
14	Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu

12. Değerler

» Gerekçe

Bu gösterge, şehirdeki sağlık ve sosyal hizmetlerin yönelimini ve hedeflerini tanımlar. Bu bir amaçlılık hissi sağlar. Belirlenen tanım bir insan hakkı olarak sağlık veya kamu hizmetlerine bağımlı yaşayan yaşlı insanlara saygı ve itibar gibi evrensel değerlerle örtüşmelidir. Yaş ayrımcılığıyla mücadele etmelidir. Bu değerler sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine uygun ve adil ulaşımı hükmeder.

» Teknik

Ulaşım ve engellerin değerlendirilmesinde (1) sağlık ve sosyal bakımlara ilişkin yaş ayrımcılığı, (2) bu hizmetleri kullanmada bir engel olarak ücret ve (3) sağlık sigortası öğeleri etkili olabilir.

» Örnek

Liège örneği Tablo 7’de sigorta sistemi (3) ve ücreti (2) bir hizmete ulaşım engeli olarak sergilemektedir.

Çoğunun kabul ettiği gibi Belçika, dünyanın en ilginç sigorta sistemlerinden birine sahiptir. Çoğu ülke aynısına sahip olmak isterdi! Bu sigorta tipinde, sigorta hizmetleri, sigortalanan kişi tarafından seçilen yardım kurumu ve bir üst aşamada da Birleşmiş Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ulusal Sağlık ve Engellilik Enstitüsü (INAMI/RIZIV) tarafından yönetilir. Günümüzde kişiler (örneğin, hastanede tedavi için) tamamlayıcı sigorta satın almaya teşvik edilir.

Tablo 7. Liège’de sağlık hizmetlerini kullanmada bir engel olarak ücret: Walloon Bölgesi’nde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik - 2004

Ücret engelleri	Yaş (yıllar)				
	45-54	55-64	65-74	75+	15-75+
Aylık sağlık harcamaları (ortalama)	€89.5	€136.6	€118.5	€145.3	€109.9
Toplam bütçeye göre sağlık harcamalarının yüzdesi	5.0	8.2	8.0	12.6	6.7
Bu harcamaları zor ya da çok zor olarak değerlendiren aileler (%)	35.7	36.1	38.3	35.9	33.2
Bazı bakım unsurlarını ertelemek zorunda kalan aileler (%)	16.2	14.6	11.5	5.6	15.6

Kaynak: Bayingana K et al. Enquête de Santé par Interview Belgique 2004 - résultats. Brussels, Scientific Institute of Public Health, 2006 (<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/crospfr/hisfr/table04.htm>).

13. Şehir ulaştırma ve sosyal destek sistemi

» Gerekçe

Aktif yaşlanma: bir politika ana hattı¹ “insanlar yaşlandıkça değişen ihtiyaç ve haklarına uygun düşen, ekonomik, ulaşılabilir, yüksek kalite ve yaş-dostu sağlık ve sosyal hizmetlerin sürekliliğinin sağlanmasını” önerir. Ulaştırma ve destek sistemleri modeli (Şekil 13) farklı şiddet ve tiplerdeki ihtiyaçları karşılamak için uygun olan çeşitli derecelerdeki bakımların ayrımını yapar. Bu gösterge bir şehrin bu ihtiyaçları karşılamak için olanaklarını nasıl organize edeceğinin genel bir taslağıdır.

» Teknik

Şehirlerin, sistemlerini diyagram şeklinde ortaya koymak için, Şekil 14’te taslağı çizilen “merkezler ve insan akışı” (hubs and flows) modelini adapte ederek kullanmaları önerilir. Bu, şehirdeki hizmet ve tesislerin genel durumunu, özellikle yaşlı insanlarla ilişkilendirerek özetler. Bu diyagram modelini,

içerdiği her bir bileşenin ve kullanıcı sayısının kısa bir özeti takip etmelidir.

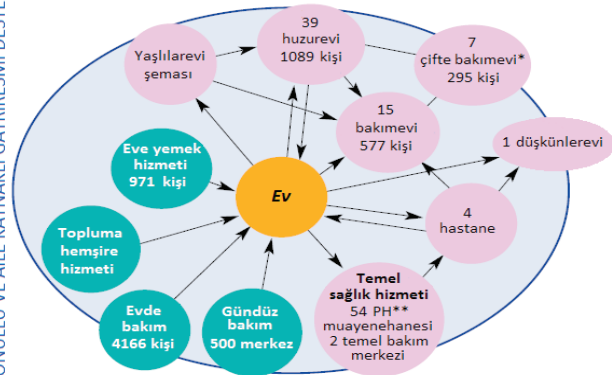
Diyagramın merkezini, evde yaşayan yaşlı insanlar oluşturur. Prensipte, bu kişiler geniş çeşitlilikte sosyal ve sağlık hizmetlerine erişim olanağına sahiptir. Bu hizmetler farklı şehirlerde, ulusal sistem ve politikaları yansıtan farklı şekillerde yapılandırılmıştır. Bazı temel unsurlar ise benzerdir. Yaşlılar rutin olarak pratisyen hekimlere ya da temel bakım sağlayan profesyonellere başvururlar. Eğer hastalıkları ya da engellilik mevcutsa kendi evlerinde ziyaret edilebilirler. Ya da (ikincil) sağlık hizmetleri için hastanede uzmana başvurabilir ve çoğunlukla evlerine dönerler. Eğer evde karşılanamayacak kişisel bakım ihtiyaçları mevcutsa, enstitü ve benzeri bir kuruma taşınabilirler. Bu kişilerin çoğu evlerine dönmeyiz çünkü engellilik durumları geri döndürülemez niteliktedir. Sağlık durumları daha da kötüleştiğinde bazıları fazladan bakım ve destek için bakım evlerine taşınırlar.

» Örnek

Şekil 14. Sunderland’teki sosyal bakım ve bakıcılık hizmetlerini gösterir (tablo 8). Kutu 1 Udine’deki sistemi gösterir.

Şekil 14. Sunderland’deki 65 yaş ve üstü kişiler için hizmet dağıtımı ve destek sistemi

GÖNÜLLÜ VE AİLE KAYNAKLI GAYRİRESMİ DESTEK



* dual care homes: hem huzurevi, hem bakımevi olarak çalışan merkezler.
** Pratisyen Hekim

1 Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002

Tablo 8. Şehir sağlık ve sosyal bakım hizmetleri bileşenleri tanımı.

Tür	Tanım
Toplum hemşireleri	Hastane dışında hizmet vermekle yükümlü hemşireler yaşlı insanları evlerinde ziyaret ederler.
Eve yemek servisi	Belediye ya da özel şirketler tarafından yaşlıların evlerine sıcak yemek servis edilir.
Temel sağlık bakımı	Yaşlılar, ilk tanı ya da sağlık kontrolleri için bir sağlık merkezinde hemşire ya da doktora başvurur.
Gündüz bakım merkezi	Yaşlının gün içerisinde boş zaman aktivitesi, sosyal destek, yemek gibi ihtiyaçlarını karşılamak için yatısız merkezleri ziyaret eder.
Yaşlılar evi	Yaşlı, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine ve ortak boş zaman aktivite alanlarına doğrudan ulaşımı mümkün olan bir grup daireden birinde bağımsız olarak yaşar.
Huzurevi	Yaşlı, olanaklarını diğer sakinleriyle paylaştığı bir tesisin kendine ayrılmış odasında bakıcıların desteğiyle yaşar.
Bakımevi	Yaşlı, olanaklarını diğer sakinleriyle paylaştığı bir tesisin kendisine ayrılmış odasında bakıcılar, hemşireler ve eğer gerekli ise bir doktorun desteğiyle yaşar.
Düşkûnlerevi	Ölümcül hastalığı olan yaşlı, saygınlıkla ölebilmesi için özel bir binada bakım desteğiyle yaşar.
Pratisyen Hekim	Yaşlı insanlar sağlık sorunlarını danışmak için her şeyden önce bir sağlık merkezinde kendi doktorlarını ziyaret ederler.
Evde bakım	Sosyal bakım asistanları günlük yaşam aktivitelerinde destek olmak için yaşlıları evlerinde ziyaret ederler.

Kutu 1. Udine'de yaşlılara destek

Şehir, üç tür günlük bakım servisinde yaşlılara destek verir. İlki kendine yeten kişiler içindir; diğerleri kısmen ya da tamamen engelli yetişkinler ve ev ortamından yeni insanlarla tanışarak, yeni beceriler edinerek, deneyimlerini paylaşarak, yalnız ve soyutlanma hislerinin üstesinden gelerek uzaklaşmaya ihtiyacı olan yaşlılardır. Merkezler bingo ve diğer kutu oyunları, seminerler, videolar ve kitap okuma gibi çeşitli eğlence aktiviteleri sağlar. Tüm aktiviteler gönüllü organizasyonların yardımıyla ve yaşlıların yakınları tarafından düzenlenir. Bu merkezler yaşlının bakımını üstlenen aile üyelerine bir dinlenme fırsatı ve destek sunar, dahası, zihinsel ve fiziksel engelleri olan yaşlılara, onları aile ve ev alışkanlıklarından mahrum etmeden terapötik destek sağlar. Kalifiye ve profesyonel eğitilmiş uzmanlar; eğlence aktiviteleri, sosyalizasyon, iyileştirici faaliyetler ve öğünlerin sağlanmasının yanında kesintisiz desteğin sağlanmasını da garanti altına alırlar.

Bakım evleri güçsüz ve engelli yaşlılara ya bakıcılık ve denetleyici bakım türlerini kullanarak, ya da sağlık ve sosyal bakım türlerini bir araya getirerek yatılı bakım sağlar; bu kurumların değişmez, tescilli ya da lisanslı, kuruma diğer katkılarının dışında kesintisiz kişisel bakım hizmetleri sağlayan ruhsatlı hemşirelerden oluşan bir çekirdek personeli mevcuttur. Yetkin bir sosyal hizmet görevlisinin hazırladığı rapor sayesinde, değerlendirme birimi, başvuran kişinin sağlık ve sosyal durumunu değerlendirir. Eğer ihtiyaç içindeki kişi finansal destek için belediye idaresine başvurursa, gelir durumu da bu değerlendirmeye dâhil edilir. Değerlendirme birimi aynı zamanda kişinin ihtiyacına göre bakımevinde kalacağı süreye de karar verir.

14. Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu

» Gerekçe

Bu gösterge, anahtar hizmetleri sunma ve olanak sağlama sorumluluğunu, sağlık sektörü ve hükümet dışı organizasyonlar da dâhil, belediye ve yardımcı kurumlar arasında paylaşır. Bu, şehirlerin başlıca masraf kaynaklarını denetleme olanağı vererek, kabul kurulları ile hizmetlerin tedarikinin entegrasyonu ile işbirliğini mümkün kılar.

» Teknik

Şehirlere, Sunderland Şehri'nin Tablo 9'da örneğini oluşturduğu basit çizelgeyi görevlendirme ve hizmetlerin doğrudan tedariki için belediyeler, sağlık otoriteleri ve/veya (diğerlerinden bağımsızsa) diğer vasıtalar arasında sorumluluğun pay ederek tamamlamaları önerilir.

Tablo 9. Sunderland'ın sağlık ve sosyal bakım sisteminde görevlendirme ve hizmet sunmada sorumluluklar

	Belediye		Sağlık otoriteleri			
	Tedarik	Görev	Tedarik	Görev	Özel sektör tedariki	Gönüllü tedariki
Huzurevi	✓	✓			✓	
Evde bakım	✓	✓			✓	✓
Gündüz bakım merkezi	✓	✓			✓	✓
Eve yemek servisi	✓	✓				
Yaşlılarevi						✓
Bakımevi			✓		✓	
Toplum hemşireleri			✓	✓		
Düşkünlerevi				✓		✓
Hastane			✓	✓		
Pratisyen Hekim			✓	✓		

BÖLÜM C

Sosyoekonomik portre: Zayıflıklar ve güçlü yanlar

Bu dinamik üçüncü bölüm, sosyal portre, sağlığın belirleyicileri ile (örneğin gelir ve sosyal konum, ikamet ve çevre) yaşam seyri yaklaşımını arasında ilişki kurar. Anahtar belirleyiciler Dallgren ve Whitehead modelinden türetilmiştir (Şekil 15).

Şehirler aynı zamanda yaşlanmanın olumlu yanlarını da ölçmelidir. Sağlık sadece faydalı bir sonuç değildir; aynı zamanda yaşlıların bir kaynak olmasını, toplumda ve aile yaşamında yer bulmasını da sağlar. Bu bölüm için sekiz gösterge seçilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Bölüm C: Gösterge listesi	
Bölüm C	Sosyoekonomik portre: zayıflıklar ve güçlü yanlar
C1	İstihdam, gelir ve sosyal konum
15	Ekonomik statü
16	Gelir
17	Eğitim
C2	Barınma ve çevre
18	Ev sahipliği
19	Evde ve muhitte emniyet ve güvence
20	Ulaşım araçlarına erişim
C3	Katılım ve Güçlendirme
21	Karar verme aşamalarına katılım
22	Toplum içindeki nüfuz



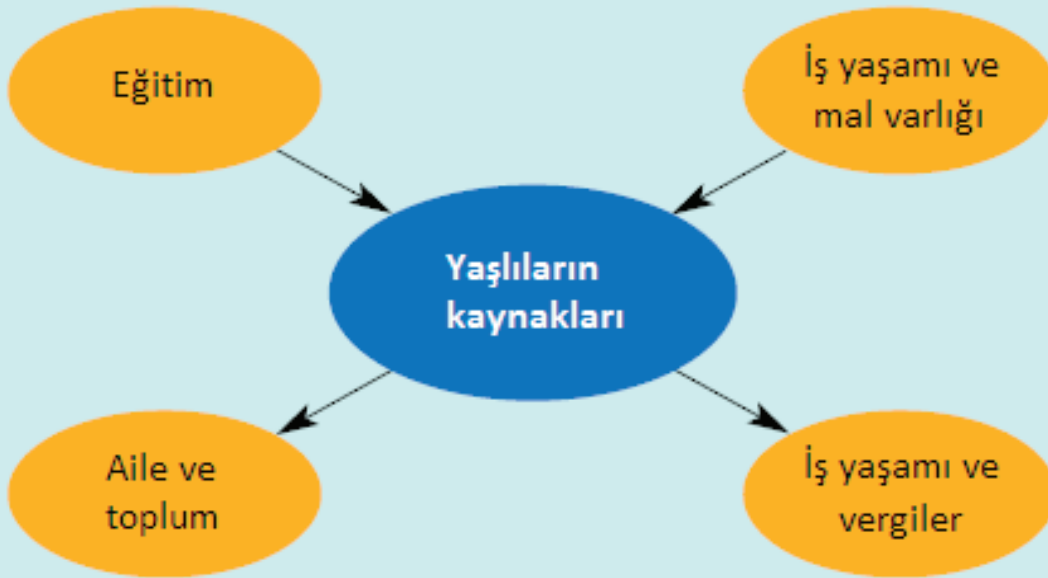
Şekil 15. Sağlığın belirleyicileri

Kaynak: Şuradan uyarlandı: Whitehead M, Dahlgren G. What can we do about inequalities in health? Lancet, 1991, 338:1059-1063.

C1. İstihdam, gelir ve sosyal konum

Bu alt bölüm, yaşlı modelini kaynaklarla ilişkilendirir (Şekil 16). Bir yaşam boyu süren eğitim ve iş hayatı sonucu yaşlılar hem insani hem de sosyal sermaye olarak kaynak biriktirmişlerdir. Bu kaynaklara sahip oluşları sonucu, pek çok yaşlı vergi ve iş hayatı açısından formel ekonomiye katkılarını sürdürmekte, ailelerine, arkadaşlarına maddi ve manevi (sosyal sermaye) kaynaklarını bağışlamaktadırlar.

Bu kaynakların topluma katılımını ölçmek oldukça zordur. Bu ölçülürken şehirlere, (ticaret dışı) aile üyelerine bakım (örneğin ebeveynler isteyken torunların bakımını üstlenme) durumları, sivil toplum örgütlerine gönüllü olarak zaman ve finansal kaynak harcanması ve şehir konseyleri gibi temsilci konumlarını dikkate almaları önerilir. Yaşlı bir insanın kaynak üretme kapasitesini ölçmede üç biçimsel ölçüm (gösterge) seçilmiştir. Bunlar iş ortamında yaş ayrımcılığının, eğitim olasılıklarının, yaşam boyu süren öğretimin, emekliliğe hazırlığın vb. nicel analizi ile tamamlanabilir.



Şekil 16. Yaşlıların kaynakları

15. Ekonomik Statü

» Gerekçe

Yaşlıların kontrolündeki finansal kaynağın derecesi esasen, iş piyasasıyla (geçmişteki ve şimdiki) ilişkileri tarafından belirlenir. Hastalık, ayrımcılık ya da tercih sebebiyle, 50 yaşın üstündeki kişiler emeklilik yaşına yaklaştıkça (genellikle 65-67 yaş) artan bir oranla iş piyasasından çekilmeye başlarlar. Avrupa’da ulusal ve şehir yönetimleri, ekonomik üretimi arttırmak ve emeklilik maaşının verilmek zorunda olduğu yılları azaltmak için vatandaşların işgücüne katılım yıllarının uzun tutulmasını cesaretlendiriyor.

» Teknik

Bu gösterge 50-70 yaşlar arasındaki beşer yıllık grupların ekonomik statüsünü dört temel kategori halinde göstermelidir. Bu kategoriler: (a) çalışan (mümkünse tam zamanlı ve yarı zamanlı işler birbirinden ayrı gösterilmeli), (b) işsiz, (c) emekli ve (d) ekonomik olarak aktif olmayan (iş piyasası dışında). İmkânlar dâhilindeyse, şehirler ekonomik aktif olmayışın sebeplerini, örneğin (a) uzun süreli hastalık ya da engellilik, (b) aile bakımı ve (c) ev ahalisinin bakımı olarak belirtmelidir.

» Örnek

Viyana, 50’den 65 yaş ve üstüne kadarki vatandaşlarının ekonomik statülerini, beşer yaşlık gruplarla ve beş kategori halinde ortaya koyan Tablo 11’de sergilemiştir.

Tablo 11. Viyana: Yaşa göre ekonomik statü

	Yaş (yıllar)				
	50 ve üstü	50-54	55-60	60-65	65 ve üstü
Erkek	Sayı				
	229 640	51 774	49 495	41 373	86 998
	%				
Çalışan (yarı zamanlı iş dahil) ^a	35.1	78.3	60.0	17.7	3.5
İşsiz ^b	6.5	12.4	14.5	3.2	0.0
Emekli aylığı ile geçinen (kendisinin, eşinin)	57.1	7.2	23.6	78.1	96.0
Diğer gelir	0.9	1.4	1.2	0.9	0.5
Ev halkı tarafından geçindirilen	0.4	0.7	0.7	0.2	0.0
Diğer	0.0	0.0	0.0	-	-
Kadın	Sayı				
	317 533	55 528	54 185	46 681	161 139
	%				
Çalışan (yarı zamanlı iş dahil) ^a	18.7	69.3	28.8	7.3	1.1
İşsiz ^b	2.4	9.8	3.6	0.3	0.0
Emekli aylığı ile geçinen (kendisinin, eşinin)	68.6	7.5	53.0	81.2	91.2
Diğer gelir	1.5	1.8	1.8	1.5	1.4
Ev halkı tarafından geçindirilen	8.8	11.5	12.8	9.7	6.3
Diğer	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

^a Çalışan, anketin yapılışından önceki hafta en geç olmak üzere, haftada en az bir saat para karşılığı çalışma (serbest meslek ve akrabalarla çalışma dahil) demektir.

^b İşsiz, sözleşmeli bir işi bulunmayan fakat iş aramakta olan kişi demektir. Acil durum tazminatı almakta olanlar bu grupta sayılmamıştır.

16. Gelir

» Gerekçe

İnsanların ortalama geliri emeklilik yaşlarına yaklaştıkça dikkate değer ölçüde azalır; çoğunlukla emeklilik maaşı çalışırken kazanılanın yarısından daha azdır. Avrupa’da emeklilik maaşlarının finansal anlamda karşılanabilirliği, kaynağı (işveren, devlet ya da özel projeler tarafından) ve nesiller arası eşitlik⁵ hakkında ciddi politik ve ilkesel tartışmalar mevcuttur.

» Teknik

Gelir açısından şehir ölçüsünde temsil edici bir veri elde etmek zor olabilir. Bazı şehir profilleri başarılı olmuştur fakat standart bir yerel kaynak mevcut değildir. Gelire ilişkin veriler, rutin olarak yörelerin alt bölgelere ayrılmasına yeterli büyüklüğe ulaşip ulaşmadığını denetlemek için yapılan ulusal araştırmalarda toplanır.

» Örnek

Stockholm Bölgesi profili farklı yaş grupları için dört tip gelir (istihdam, sermaye, emekli maaşı ve sosyal destek) ortaya koyar (Tablo 12).

Tablo 12. Stockholm bölgesindeki yaş (20 ve üzeri yaş) ve cinsiyete göre gelir kaynağı tipi yüzdeleri

Cinsiyet	Yaş (yıllar)	İstihdam	Sermaye	Emekli maaşı	Sosyal yardım	Toplam
Erkek	20-65	68	15	7	11	100
	66-69	17	12	68	3	100
	70-74	7	11	79	3	100
	75+	4	12	83	2	100
Kadın	20-65	64	14	9	13	100
	66-69	9	11	77	3	100
	70-74	2	12	82	4	100
	75+	2	13	76	8	100

5 Martin J. Live longer, work longer. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006

17. Eğitim

» Gerekçe

Resmi eğitim, daha iyi bir sağlık durumuyla ve 50 yaştan emeklilik yaşına kadar olan kişilerin çalışmayı sürdürmesi ve gelir düzeyini korumasını sağlayan kaynaklarla ilişkilidir⁶. Dahası, yaşlılar becerilerini ve deneyimlerini birer kaynak olarak toplumun kalanına sunma şansı bulurlar.

» Teknik

Bu gösterge, yaşlıların toplumdaki göreceli konumunu belirlemek için yaş gruplarının eğitim düzeylerini cinsiyete göre karşılaştırmaya olanak sağlamalı. Eğitim durumunun en az dört seviyesi tanımlanmalıdır (ilkokul ya da temel, lise, yüksekokul ya da üniversite). Böylece şehirler, eğitim seviyesini, yaşlıların geliri ve iş piyasasına katılımları ile ilişkilendirebilir.

» Örnek

Stockholm bölgesi profili, dört yaş grubunda altı eğitim seviyesini gösterir (Tablo 13).

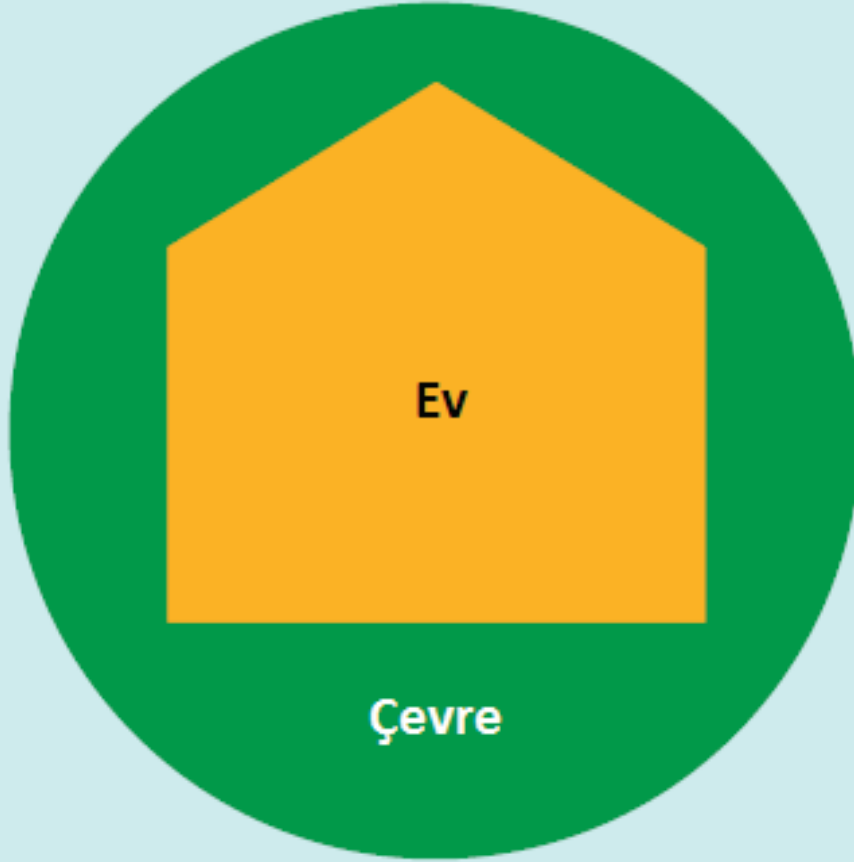
Tablo 13. Stockholm'da cinsiyet ve yaşa göre eğitim seviyesi dağılımı yüzdelikleri

Eğitim seviyesi	Erkek				Kadın			
	Yaş (yıllar)				Yaş (yıllar)			
	18-49	50-59	60-65	66-84	18-49	50-59	60-65	66-84
Dokuz yıllık zorunlu eğitim	10	22	28	36	10	22	29	49
Meslek okulu	21	17	14	16	17	14	14	11
alt orta okul	0	9	14	18	1	11	21	21
üst orta okul	27	16	13	12	26	11	7	5
Yüksek okul	41	35	30	16	46	41	29	11
Diğer	1	1	1	2	1	1	1	2
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100

C2. Barınma ve Çevre

Bu bölüm iki kısma ayrılmıştır: ev sahipliği ve barınma türleri; ve sağlıklı kentsel planlamayla geliştirilebilen fiziksel çevrenin daha geniş tanımı. Çevre ve barınma arasındaki karmaşık ilişki, yaşlıların sağlığını ve refahını etkileyen pek çok boyut içerir (Şekil 17).

Şekil 17. Ev ve çevre



İkametle ilgilenen ilk bölümde, ölçülmesi önerilen temel gösterge barınma durumudur. İkinci bölümde ise, ulaşılabilirlik ve güvenlik sorunları vurgulanır. Önerilen temel iki diğer gösterge de güvenlik ve ulaşım araçlarına erişimdir.

18. Ev sahipliği

» Gerekçe

Barınma tipi, olanakları ve ev sahibine yansıyan maliyeti doğrudan etkiler. Yüksek gelirli ülkelerdeki emeklilerin çoğu ev kredi ödemelerini (mortgage) tamamlamışlardır ki bu yolla ev bir malvarlığına dönüşerek yaşam maliyetini azaltsa da, bu durum mülkteki tamirat işlerinden onları sorumlu kılar. Yüksek gelirli ülkelerde pek çok yaşlı sosyal konut kiralır: kira ödemeye devam eder, (düşük gelirleri sebebiyle) devlet tarafından finansal olarak desteklenir ve çalışan kesimden daha fazla korunurlar. Bazı belediyeler özel ihtiyaçlar için yaşlılar evi (Gösterge B 13) hizmeti sunar.

» Teknik

Şehirlerin en az iki yaş grubu için (65'ten genç ve yaşlılar) dört tür barınma kategorisi belirlemeleri önerilir: (1) belediyeden kiralanmış, (2) başka bir ev sahibinden kiralanmış, (3) ev kredisi ile satın alınmış, (4) ev kredisiz satın alınmış. Şehirler engelli yaşlılar için özel bakımevleri dâhil diğer barınak tipleri hakkında veri ekleyebilirler.

» Örnek

Stockholm Bölgesi profili ev sahiplerini kiracılarından yaş gruplarına göre ayırır (Tablo 14).

Tablo 14. Stockholm'de konut kullanım hakkı tipleri (%)

Cinsiyet	Yaş (yıllar)	Ev sahibi	Kiracı	Bilinmeyen	Toplam
Erkek	16-24	48	48	4	100
	25-44	54	45	1	100
	45-64	63	37	1	100
	65-84	63	37	0	100
Kadın	16-24	48	49	3	100
	25-44	58	40	2	100
	45-64	68	31	1	100
	65-84	57	43	0	100

19. Evde ve muhitte emniyet ve güvence

» Gerekçe

Emniyet ve güvence yaşlılar için çok önemli meselelerdir ve yaşlıların fiziksel refah ve ruh sağlığı seviyeleri ile ilişkilidir. Kazalar ve suç korkusu kendine güvene ve benlik algısına zarar verir.

» Teknik

Şehirler evde, işte ve iş dışı aktivitelerde kaza ve suç oranlarını ortaya koyarak emniyet ve güvence konularını daha geniş açıdan ele almak isteyebilirler. Yine de, şehirlere ev kazalarına ve suç korkusuna odaklanmaları önerilir. Bir şehirdeki suç korkusunun yaygınlığını ölçmek için en temel yaklaşım, tüm şehri, mahalleyi ya da siteyi temsil eden küçük örneklem gruplarına uygulanmış anketlerdir. Standart ölçüm araçları (örneğin DSÖ LARES -Avrupa Barınma ve Sağlık Durumu

İncelemesi ve Analizi- tarafından geliştirilen ölçümler) şehirler arası karşılaştırmaya olanak sağlarlar. (Her yıl İngiliz Suç Araştırması bir nüfus örnekleme şu soruyu sorar: “Geceleri evde yalnızken kendinizi güvende hissediyor musunuz?”) Emniyet ve güvence durumunun yanında, bu ikisi arasında ilişki kurabilmek için, sağlıkla ilişkili soruların da sorulduğu düzenli tekrarlanan nüfus anketleri önerilir. Ev kazalarına ilişkin veriler, yerel sağlık otoriteleri ve diğer araçlar tarafından rutin olarak toplanır.

» Örnek

Hiçbir şehir, emniyet ve güvence algısı ile mahalle ve evde potansiyel suçla karşılaşma seviyesi arasında ilişki rapor eden bir gösterge ortaya koymadı. Viyana, kazaların mekanı ve sıklığını rapor etmek için ulusal verileri kullanır. Stockholm, son 12 ayda akşamları saldırı, soygun ve taciz korkusu sebebiyle evlerinden çıkmaktan kaçındığını söyleyen kişi sayısı üzerinden rapor oluşturur (tablo 15).

Tablo 15.
Stockholm’da son 12 ayda akşamları saldırı, soygun ve taciz korkusu sebebiyle evlerinden çıkmaktan kaçındığını söyleyen kişilerin yaşa (yıllar) ve cinsiyete göre yüzdesi, 1980, 2005.

Cinsiyet ve yaş (yıllar)	1980–1983	1990–1993	2000–2003	2000–2001	2002–2003	2004–2005	2000–2005
Erkek							
16–24	2.5	7.5	6.9	7.4	6.4	6.4	6.7
25–44	3.3	9.2	6.9	8.2	5.5	4.9	6.2
45–64	9.6	8.9	8.7	11.1	6.5	8.8	8.8
65–84	15.7	20.2	22.7	25.3	20.2	17.5	20.9
16–64	5.2	8.8	7.6	9.2	6.0	6.6	7.3
16–84	6.7	10.5	9.6	11.3	7.9	8.1	9.1
Kadın							
16–24	17.2	27.7	26.0	29.0	23.0	36.0	29.4
25–44	20.4	32.3	24.7	28.6	21.1	22.9	24.2
45–64	31.0	29.8	24.3	27.6	21.4	25.1	24.7
65–84	46.2	57.4	49.4	51.2	48.1	42.3	47.2
16–64	23.4	30.6	24.8	28.2	21.5	25.7	25.1
16–84	27.9	35.9	29.1	32.4	26.0	28.5	29.0
Erkek ve kadınlar 16–84	17.7	23.7	19.6	22.2	17.1	18.5	19.3

20. Ulaşım araçlarına erişim

» Gerekçe

“Yaşlılar için bir şehir tasarlırsan bunu herkes kullanabilir.” Yaşlılar, toplumun ekonomik, kültürel ve sosyal yaşamına katılabilmeleri ve sağlıklı, doyurucu bir yaşam sürebilmeleri için çok çeşitlilikte tesise kolay erişime ihtiyaç duyarlar.

» Teknik

Şehirler (1) yeşil alanlara, (1) kamusal binalara, (3) ulaşım araçlarına ve (4) bankalar, sağlık hizmetleri ve alışveriş merkezleri gibi hizmetlere ulaşımı konusunu daha geniş açılardan inceleyebilirler. Şehirler bu meseleleri incelerken verileri destekleyici kanıtlar sunmalıdırlar. DSÖ Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-ağı Sağlıklı Şehir Planlama Projesi ile işbirliği, ulaşım ile ilişkili daha güvenilir göstergeler sağlayacaktır. Temel göstergenin ulaşım araçlarına erişim olarak belirlenmesi önerilir: özel ve toplu taşıma araçları. Araba sahibi olma ve toplu taşıma araçlarının kullanımı standart yaş gruplarında ayrı ayrı ölçülerek kayıt altına alınmalıdır.

Yaşlıların toplu taşıma araçlarına erişimini vurgulamak için, yapılan ölçümlerle birlikte ek bilgiler verilmelidir: örneğin, otobüsleri ve tramvayları ücretsiz kullanım hakkı ve binış kolaylığı için uyarlanan basamak, alçak giriş vb.

» Örnek

Stockholm otomobil ile ulaşım olanağını incelerken (Tablo 16), Viyana toplu taşıma erişimini incelemiştir.

Viyana engelsiz bir şehir geliştirmektedir ve aşağıdakileri rapor eder:

Neredeyse tüm yer altı istasyonlarında tam ya da kısmi görme engelliler için dokunsal-sözel uyarı sistemleri olan asansörler ve tüm istasyonlarda rehber sistemi bulunur. Otobüs, tramvay ve yer altı trenlerine güvenli girişler mevcuttur. Alçak girişli otobüsler rampalıdır. Viyana’da alçak girişli tramvaylar dünya çapındaki en alçak girişlere sahiptir (19 cm ve talep üzerine 10 cm’ye kadar alçaltılabilir). Yeni yer altı trenleri engelsiz girişlere sahiptir; bu da demektir ki platform ile tren arasındaki boşluk minimuma indirilmiştir ve son vagon girişinde bu boşluğu tamamen kapatan bir rampa vardır. Wiener Linien’daki tüm yeni araçlarda durakları belirten görsel ve işitsel uyarıcılar bulunur.

Tablo 16. Stockholm’da otomobile erişimi olan bireylerin yüzdesi, 2002-2003

Cinsiyet	Yaş (yıllar)	Otomobile erişim
Erkek	16-24	%62
	25-44	%73
	45-64	%84
	65-84	%68
Kadın	16-24	%66
	25-44	%70
	45-64	%72
	65-84	%47

C3. Katılım ve güçlendirme

Bu alt bölüm yaşlıları, toplumsal hayata kattıkları beceriler, deneyimler ve sosyal sermaye açısından inceleyerek, kaynak olarak değerlendirir. Avrupa araştırmaları ve nüfus anketleri gösteriyor ki yaşlılar (75 yaşına kadar), gençlere kıyasla, toplumsal ve yurttaşlıkla ilgili aktivitelere katılmaya daha meyillidir. Bu iki göstergeye odaklanan alt bölümün amacı, bu katılımlara işaret etmek ve topluma etkiyi ölçmektir.

21. Karar verme süreçlerine katılım

» Gerekçe

Yaşlılar beceri ve deneyimlerini yerel halka ve şehir yaşamına, genelde gönüllü olarak, sunarlar. Bir organizasyonun aktivitelerine, verilen kararlara etki etmeden, katkıda bulunabilirler. Bu gösterge yaşlıların şehir düzeyindeki önemli politik, ekonomik ve sosyal konulara dair karar aşamalarındaki yerini belirlemeyi amaçlar. Bu organizasyonlar Şekil 18’de gösterilen sürecin sağıında yer alır.

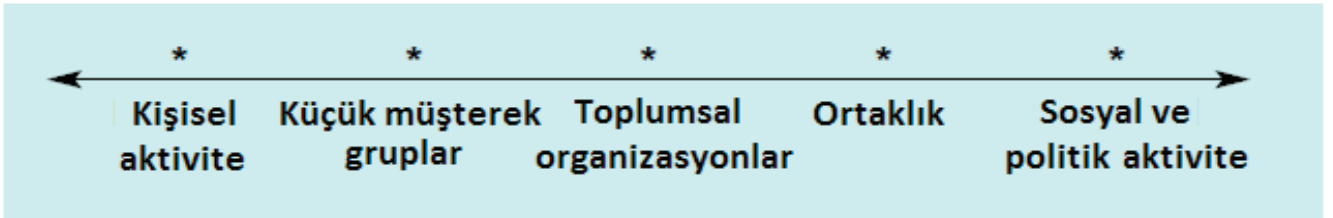
» Teknik

Şehirler genel katılım seviyelerini nüfus anketlerinden elde edilen bulgularla tanımlamayı seçebilirler. Yaşlıların hükümet dışı organizasyonlar, toplumsal hizmetler ve işletmelerin karar verme aşamalarına etkisi de incelenebilir. Önerilen temel gösterge sosyal ve politik aktivitelerde yer alan yaşlıların şehir çapında bir araya gelmesinin tanımı, artı bu görüşmelerin şehrin gelişimini ne ölçüde etkilediğinin bir değerlendirmesidir.

» Örnek

Dünya Sağlık Örgütü’nün aktif yaşlanma için küresel seferberlik amacıyla başlattığı Avrupa Tüm Nesiller Yürüyüşü (European All Generations March) 1999’dan beri her yıl Brno şehri tarafından organize etmeye devam ediyor. Program; sağlıklı besin tatma, açık havada fiziksel aktivite, tansiyon ölçümü, sağlık danışmanlığı, oyunlar ve yarışmalar gibi birçok aktivite organize ederek, tüm nesillerin beraber aktif yaşamasını desteklemeye odaklanır.

Şekil 18. Toplumsal güçlendirme süreci



Kaynak: Uyarlama: Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. London, Sage Publications, 2004.

22. Toplum içindeki etki

» Gerekçe

Belediyeler, temel hizmetleri sağlamada ve şehirlerin gelişimlerini biçimlendirmede büyük role sahiptir. Belediye meclis üyeleri esas karar mercileridir. Daha yaşlı meclis üyeleri, yaşlılara ilişkin sorunlara özel bir ilgileri olsa da, beceri ve deneyimlerini tüm şehri ilgilendiren geniş çeşitlilikteki durumlarda karar vermek için de kullanırlar.

» Teknik

Temel gösterge, her yaş grubundaki belediye meclis üyelerinin yüzdesini ve sayısını gösteren basit bir tablodur (Tablo 17). Karşılaştırma amacına uygun olması için, önerilen <20, 20-34, 35-49, 50-64 ve 65+ yaş gruplarıdır.

» Örnek

Stockholm profili şunu rapor eder:

Birden fazla araştırma gösteriyor ki, İsveç'teki yaşlılar günlük yaşamlarında ne hoş karşılanmama ne de ayrımcılık hissediyorlar. Yine de politik alana katılımı 65 yaş limiti gözlenir. Bu yaşa erişildiğinde politikacılar genellikle emekli olur ve politik konumlarından ayrılırlar. Hedef, İsveç demokrasisinin gelişimi ve güçlendirme süreçleri arasında bağlantı kurularak, seçimle belirlenen kurullarda yeterince temsil edilmeyen 65 yaş üzeri nüfusun karar verme süreçlerine katılımının artırılmasıdır (Tablo 18).

Tablo 17. Yaşa göre meclis üyelerinin sayısı (%) (Örnek)

Meclis üyesinin yaşı (yıllar)	Sayı	%
<20	A	%Y
20-34	B	%Y
35-49	C	%Y
50-64	D	%Y
65+	E	%Y
Toplam	A + B + C + D + E	%100

Tablo 18. Stockholm Bölgesi Konseyi'nde yaş gruplarına göre, seçimle gelen ve görevden ayrılan meclis üyesi sayısı

Yaş (yıllar)	Seçilen	Görevden ayrılan
18-21	1	0
22-36	23	6
37-50	58	2
51-64	72	8
65+	11	0
Toplam	165	16

Sonuç

Bu rehber kolayca elde edilebilen sadece 22 gösterge kullanılarak, şehirlerdeki yaşlıların pozitif ve dinamik bir profilinin oluşturulabileceğini gösterir. DSÖ Avrupa Sağlıklı Yaşlanma için Sağlıklı Şehirler Alt-Ağı'na üye şehirlerin yerel profil örneklerinden faydalanılarak her bir gösterge için araştırma mantığı ve araştırmanın teknik yöntemleri sunulmuştur.

Nüfus profillerini konu alan Bölüm A, çoğunlukla uluslararası standartlar, protokoller ve klasik formülasyonlardan yararlanan, bu sayede şehirler arası karşılaştırma olanakları sağlayan 11 geleneksel göstergeyi kapsar. Bölüm B'nin 3 göstergesi de şehrin sağlık ve sosyal destek sistemleri hakkında genel bir bakış açısı sunar. Bu göstergeler, kamusal sektör, özel sektör ve hükümet dışı organizasyon hizmetleri arasındaki karmaşık ilişkiyi açığa çıkarır. Bölüm C, yaşlıların sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri kapsayan 8 gösterge içerir. Bu uzak belirleyiciler sağlık üzerinde güçlü etkilere

sahiptir, fakat etkileme yolları karmaşıktır ve bazen ölçmesi zor olabilir.

22 göstergenin çoğu niceliksel ve değerlendirmelere, yönelimleri belirlemeye ve ileriye tahmin etmeye olanak sağlamak üzere, bireylerin yaşam süresi içinde çeşitli noktalarda uygulamaya konabilir. Niteliksel göstergeler, diğerleriyle karşılaştırıldığında, yerel bağlamda daha genel bir portre sunar fakat bunları ölçeklendirmek daha zordur.

Bu göstergeler seti (hem niceliksel ve hem niteliksel), daha iyi yaşam kalitesi ve daha sağlıklı yaşamayı teşvik eden hareket tarzlarını ve programları belirlemede teorik bir temel olarak şehirdeki yaşlı insanların temel bir portresini sağlayabilir. Bunun ardından göstergeler, ilerlemeyi ölçmek ve takip etmek için tekrar tekrar uygulanabilirler. Göstergelerden elde edilen gözlemler, gelişim sürecinin önemli bir bileşeni olarak düşünülmelidir.