

**DOSYA-DERLEME****SAĞLIKLI KENTLER***Banu ULUSEL\*, Serpil KOÇ\*\****GİRİŞ**

Bugün bilinen anlamdaki halk sağlığı 1840'ta Britanya'da Edwin Chadwick ile başladı. Chadwick'in geçkondu yaşayanlarının kanalizasyon, su, barınak iyileştirilmesi gibi sorunlarına bulduğu çözüm bugünkü sağlık hizmeti anlayışından çok şehir planlamasıyla ilgiliydi. Chadwick'in zamanında tıp sosyal bir bilim kabul ediliyordu ve tıbbın görevinin sosyal ve siyasi yaşama müdahale etmek olduğu düşünülüyordu.

Alman patolog ve reformcu Rudolph Virchow insanları oluşturan hücreleri incelemek kadar tüm organizmayı sosyopolitik çevresiyle incelemenin de önemli olduğuna inanıyordu. Virchow inancını "Tıp alanındaki gelişmeler sonuçta insan hayatını uzatacak... sosyal koşulların iyileştirilmesi bu sonuca daha hızlı ve başarıyla ulaştıracak." şeklinde ifade ediyordu. Buna paralel olarak 1848'de Yukarı Silezia'daki bir tifüs epidemisi incelemesi antropolojik ve sosyo-ekolojik yapıdaydı.

Bu sosyo-medikal örnek şehir planlamasındaki sosyo-kültürel yaklaşıma paraleldi. Aslında şehir planlamasının kökleri 19. Yüzyıl ortalarındaki halk sağlığı hareketine dayanır ve bu iki meslek arasında her zaman sıkı bağlar olmuştur.

Halk sağlığı hareketi 1875'te Chadwick'in öğrencilerinden Sir Benjamin Ward Richardson'ın "Hygeia: Bir Sağlık Kenti" görüşünü Brighton Sosyal Bilimler Birliği'ne sunduğunda en yüksek noktasına ulaştı. Ward Richardson'ın öne sürdüğü ütopyik kent temiz hava, toplum taşımacılığı, küçük topluma dayalı hastaneler, yaşlılar ve ruh hastaları için evler, alkol ve sigara kullanılmaması, iş sağlığı ve güvenliği gibi kavramlardan oluşuyordu. Bu düşünceleri kabul gördü ve özellikle Ebenezer Havard bundan yola çıkarak 1890'larda "Bahçe Şehirler"'i ilk öneren ve geliştiren oldu.

\* Dr., DEÜTF Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi, Aile Hekimliği Uzmanı  
\*\* Dr., DEÜTF Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi

Ward Richardson'ın ütopyasının açıklanmasından bir yıl sonra Pasteur ve Koch'un sağlığa mekanistik bio-medikal yaklaşımı getiren buluşları ilan edildi. Bu oldukça güçlü tıbbi model hastalığın tek bir nedenden kaynaklanan çizgisel bir süreç olduğu ve uygun tıbbi girişimlerin sorunu çözeceği veya önleyeceği varsayımına dayanıyordu. Halk sağlığı yaklaşımının idealizmi ve gelecek vaadi 1920'ler boyunca kentler üzerindeki etkisini sürdürürken bio-medikal yaklaşım da hız kazandı. Şehir planlamasında da buna paralel olarak sosyo-kültürel modelden fiziksel modele doğru bir kayış oldu. Endüstrileşmiş dünyadaki şehir planlamacılar gözlerini eski endüstri kentlerindeki geçkondu'lara çevirdiler ve pek çoğu traşlanıp yeni çok katlı yapılara dönüştürüldü. Bu değişimin önericileri geçkondu yaşayanlarını olumsuz fiziksel ortamlarından uzaklaştırarak sağlıklarını düzeltereklerini umuyorlardı. Fakat kısa zamanda anlaşıldı ki fiziksel çevrenin düzeltilmesi yeni binalara yerleştirilen bu insanların sağlığını düzeltmek için yeterli değildi. Gerçekte komşuluğun ve iyi gelişmiş topluluk ve sistemlerin bozulması zararlıydı ve çok katlı yapıların kendileri zararlı etkilere sahipti.

Son yıllarda sosyal yapının ve toplum örgütlenmesinin doğa ve insan ekosistemi ile birlikte öneminin farkına varılmıştır. Bu da şehir planlamasında ekolojik veya sosyo-ekolojik yaklaşımı geliştirmiştir. Aynı zamanda sağlık alanında da ekolojik veya sosyo-ekolojik model gelişmiştir. Sonuç olarak hem halk sağlığı hem de şehir planlamasında tam bir daire çizilerek başlanan noktaya gelinmiştir (Hancock T., Duhl J.L.; 1986:10-2).

Kentleşme çağında yaşamaktayız. 1850'de hiçbir toplum için kentleşmiş denilemezdi. 1925'te ise Avrupa nüfusunun %48'i, Kuzey Amerika nüfusunun %54'ü kentlerde yaşamaktaydı. 1975'te bu oran sırasıyla %67 ve %77'ye ulaştı. 2025'te Avrupa'nın %88'inin ve Kuzey Amerika'nın %93'ünün kentlerde yaşayacağı öngörülmüyor (Hancock T., Duhl J. L.; 1986:13).

Türkiye'de ise kentleşme göstergesi (kent yüzdesi)

1950'lerde hızla tırmanmaya başlamış ve günümüze kadar da bu tırmanışını devam ettirmiştir. 1950'de %18.1 olan kent yüzdesi, 1970'te %35.8'e, 1990'da ise %56.3'e kadar yükselmiştir (T.C. Başbakanlık D.İ.E; 1995:44).

### DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ SAĞLIKLI KENTLER PROJESİ

Yüzyılın sonunda gelişen dünyanın nüfusunun yarısından fazlası kentlerde yaşamakta ve büyük sağlık sorunlarına maruz olacaktır. 1990'da gelişmekte olan ülkelerin kentlerinde yaşayan en az 600 milyon insan mevcuttu (Nakajima H.; 1996:3). Kentlerde yaşayanlar, özellikle de yoksul ve yeni göç etmiş olanlar, bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon, ruhsal hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi çok çeşitli sağlık sorunlarına neden olan etkenler ve koşullarla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlıksız koşullara yoksulluk, uygun olmayan besin ve barınak, iş güvenliği olmaması, kalabalık, atıkların sağlıksız toplanması, güvenli iş ortamı, yerel yönetim hizmetlerinin yetersizliği, sağlığa zararlı madde kullanımı ve çevre kirliliği dahildir (Goldstein G., Kickbusch I; 1996:4-7).

Bütün bu sorunlar nedeniyle şehir planlaması ve yönetimindeki çevresel konular daha fazla dikkat gerektirir. Bunların ihmal edilmesi sağlık ve sosyal hayata olumsuz etkiler yanında doğal kaynakların tahrip edilmesi veya uygunsuz kullanımı nedeniyle kent verimliliğinin zayıflamasına ve gelecekteki seçeneklerin sınırlandırılmasına yol açabilir (Goldstein G., Kickbusch I; 1996:4-7).

Endüstrileşmiş dünyada insan sağlığını ve refahını iyileştirmekle ilgilenen herkesin kentler ve kent nüfusunun sağlık durumu ile ilgili olması gerektiği görüşüyle ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Sağlıklı Kentler Projesi oluşturuldu.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Kentler Projesi, sağlığı Avrupa kentlerindeki yetkililerin gündeminde en üst sıraya yerleştirmeyi ve yerel düzeyde halk sağlığı konusunda güçlü bir lobi oluşturmayı hedefleyen uzun soluklu bir geliştirme projesidir. Proje, Avrupa kentlerinde yaşayan ve çalışan insanların fiziksel, mental, sosyal ve çevresel esenliklerini yükseltmeyi amaçlamaktadır (WHO Regional Office for Europe 1990; 11).

D.S.Ö.'nün 'sağlığın, hastalığın olmaması halinden çok daha fazlası olduğu' yönündeki sağlık fikrini genişleten görüşü, 1977'deki Dünya Sağlık Asamblesi'nde onaylandı. Daha sonra, 1978'deki Alma-Ata Bildirgesinde hedefleri belirlenen '2000 Yılında Herkes İçin Sağlık' çağrısı benimsendi. Avrupa'daki sağlığın ve sağlık sorunlarının geniş bir incelemesine dayalı olarak, 1980'de üye devletler tarafından benimsenen Herkes İçin Sağlık için Avrupa stratejisinin desteğinde, 1984'te, üye ülkeler 38 bölgeye özgün hedef saptadılar. Bu hedefler, eşitlik, hastalığın önlenmesi, sağlığa uygun yaşam şekilleri oluşturulması, destekleyici çevre ve sağlık bakım servisleri gibi alanlarda harekete bir çatı sağlamaktaydı. Bu yeni halk sağlığı yaklaşımının

belkemiğini oluşturan 'sağlığın geliştirilmesi' kavramı, Herkes İçin Sağlık stratejilerinde de bir anahtar kavramdır (WHO Regional Office for Europe 1990; 18).

1986'daki Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ottawa Sözleşmesi ile, 'sağlığın geliştirilmesi' politika ve strateji terimleri ile tanımlandı. Ottawa Sözleşmesi'nde şunlar kabul edildi:

- Sağlığa asıl katkısı sağlıktan başka alanlardaki politik kararlar yapmaktadır;

- Destekleyici fizik ve sosyal çevreler, sağlık için gerekli koşulları ve sağlık davranışı için gerekli parametreleri saptamada önemlidir;

- Toplum, üstlenilen etkinlikler içinde can alıcı bir rol oynayabilir ve oynamalıdır;

- Sağlık için bireysel becerilerin geniş bir alanda geliştirilmiş olmasına gereksinim duyulur;

- Varolan sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi gereklidir (WHO Regional Office for Europe 1990; 18).

Bu ilkelerin yaşama geçirilmesinde toplum katılımının şart olduğu, ayrıca ilkelerin sürengelik kazanması açısından da toplum tarafından üstlenilmesi gerektiği fikri kabul gördü ve pratikte uygulanabilirlik için yerel hedefler seçilmesi gerekliliği benimsendi.

Sağlıklı Kentler Projesi böylece, 'herkes için sağlık' ve 'sağlığın geliştirilmesi' çatısı altında 1985 yılında D.S.Ö. Avrupa Bölge Ofisinde başlatıldı ve bu, bir ölçüde soyut ve küresel kavramlar olan 'herkes için sağlık' ve 'sağlığın geliştirilmesi' kavramlarının kolayca somutlanabildiği yerel düzeyde, bu yeni halk sağlığı yaklaşımlarının uygulanması ve geliştirilmesi için bir deney alanı oldu.

D.S.Ö, Sağlıklı Kent'i birçok şekilde tanımlamıştır. Ancak, bu tanımlar içinde en kapsamlı olanı şudur: Sağlıklı Kent, sürekli olarak yaratıcı olan, fizik ve sosyal çevreyi geliştiren, insanların, yaşamın tüm işlevlerini sağlamalarında ve kendilerini potansiyellerinin en üst noktasına kadar geliştirmelerinde yardım eden, toplum kaynaklarını sürekli arttıran kenttir (WHO 1986; 9).

D.S.Ö sağlıklı bir kentin özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

1. Yüksek kaliteli, temiz ve güvenli bir fizik ortam (barınak kalitesini de içerir);

2. Şu anda bozulmamış ve uzun dönemde de sürdürülebilecek bir ekosistem ;

3. Güçlü, dayanışmacı ve sömürülmeye kapalı bir toplum;

4. Kendi yaşamlarını, sağlıklarını ve refahlarını ilgilendiren kararlarda yüksek düzeyde bir toplumsal katılım ve kontrol;

5. Tüm kent halkının temel gereksinimlerinin (yiyecek, su, barınak, gelir, güvenlik, iş) karşılanması;
6. Çoğul ilişkilerin, iletişim ve etkileşimin getirdiği olanaklar ile çok çeşitli deneyim ve kaynaklara açık olunması;
7. Çeşitlilik gösteren, canlı ve yenilikçi bir ekonomi;
8. Kent halkının tarihi ile, kültürel ve biyolojik miras ile ve diğer gurup ve bireylerle olan bağlarının desteklenmesi;
9. Yukarıdaki özelliklerle uyumlu ve bunları destekleyen bir kent yapısı;
10. En üst düzeyde bir halk sağlığı ve herkes için erişilebilir hasta bakım hizmetleri;
11. Yüksek sağlık düzeyi (yüksek pozitif sağlık ve düşük negatif sağlık) (WHO Regional Office for Europe 1990; 20).

Bu nitelikleri sağlamaya çalışan bir kentin değerlendirilmesi içinse, daha sonra bu tabloya eklemeler yapılmış olmakla birlikte, kabaca şöyle bir göstergeler tablosu önerilmiştir:

Bu arada 5-6 Nisan 1990'da, D.S.Ö. Sağlıklı Kentler ağından belediye başkanları ve üst düzey politik temsilciler Milano'da toplandılar ve bu toplantının sonunda bir deklarasyon yayınladılar. Milano Deklarasyonu'nun içeriği iki ana başlık altında toplanıyordu:

1. Sağlığın iyileştirilmesinde Kentlerin Rolü
  - Sağlık
  - Herkes İçin Sağlık Politikaları
  - Süreklilik
  - Eşitlik (ekonomik, sosyal, eğitimsel)
  - Sektörlerarası işbirliği
  - Uluslararası boyutlar (dünya barışı)
2. Sağlıklı Kentler Hareketi
  - Sektörlerarası mekanizmaların oluşturulması
  - Kent sağlık planı ve sektörlerarası strateji geliştirilmesi
  - Personel donanımı sağlanmış bir Sağlıklı Kent organizasyonu
  - Toplumun sorumluluk aldığı mekanizmalar oluşturulması
  - Toplum katılımı (WHO Regional Office for Europe 1990; 13).

Katılımcılar, sürekli olarak, proje süreci içerisinde önceliklerin değişebileceğini, hatta yeni etkinlik alanlarının gündeme gelebileceğini, bu nedenle projede daima yeni koşullar için açık uçlar bırakılması gerektiğini vurguluyor-

lardı. Gerçekten de kimi önceliklerin zaman içinde projenin çehresini değiştirecek kadar farklılaştığını görüyoruz. Örneğin, Milano'da Sağlıklı Kentler'in ağırlıklı önceliği eğitimken, 8 yıl sonra Atina'da farklı öncelikler belirlenmiştir.

Projenin hızlı yayılımı bu projenin kentler için önemini vurgulayan bir göstergedir: 1985'te Avrupa'da 30 kent projeye katılmıştı ve 17 ağı kurulmuştu. 1990'da Avrupa, Kuzey Amerika ve Avustralya'da 400'den fazla kentin katıldığı uluslararası bir hareket haline geldi. 1996'da ise Avrupa'da 550'den, dünyada 1000'den fazla kent ve ayrıca "Sağlıklı Adalar", "Sağlıklı Köyler", "Sağlıklı Okullar" ve sadece sloganı kullanan birimler ile oldukça yaygınlaştı (WHO Regional Office for Europe; 1990:40).

Sağlıklı Kentler Projesi zamanla, projeye resmen katılan ve katılmayan pek çok kentte bir kent hareketinin oluşmasını da beraberinde getirmiştir. Bunda kuşkusuz ki birçok etken rol oynamıştır. Ancak en önemlilerinden birisi, olmazsa olmaz koşul olarak aktif toplum katılımını ve sektörlerarası işbirliğini öngören yaklaşımdır. Bir diğeri ise, D.S.Ö'nün bu projesinin, Birleşmiş Milletler'in daha sonraki yıllarda harekete geçirdiği başka projelerle çalışması, hatta örtüşmesidir. Birleşmiş Milletler son 10 yıl içinde iki büyük konferans gerçekleştirmiştir: 1992'de Çevre İçin Rio Konferansı ve 1996'da İstanbul'da Habitat II İnsan Yerleşimleri Konferansı. Rio Zirvesi'nde, hem karara bağlanan konuların yaşama geçirilmesi, hem de Habitat için gerekli ön çalışmaların yapılabilmesi amacıyla 'Yerel Gündem 21' etkinliği benimsenmiştir ve yerel yönetimlere, katılımcı bir anlayış içinde, Yerel Gündem 21 olarak adlandırılan 'Kentler için Eylem Planı' hazırlama sorumluluğu verilmiştir.

Yerel Gündem 21, Uluslararası Belediyeler Birliği (IULA)'nin çevre kolu işlevini gören ve 250'den fazla üye kent, ilçe ve bölge ile ağı içeren Uluslararası Yerel Yönetimler Çevre Ajansı (ICLEI)'nin bir organizasyonudur.

Yerel Gündem 21 (gelişimin desteklenmesinde Birleşmiş Milletler aksiyon programı), ekonomik, çevresel, sosyodemografik ve sağlıkla ilgili faktörleri kendi iskeleti içerisinde biraraya getirir. Yerel düzeydeki hareket Jakarta Deklarasyonu'nun belirlediği şartlar içerisinde özellikle önemlidir ve kentler bunları desteklemek doğrultusunda, uygulama ve geliştirme için uzun süreli eylem planlarına gereksinim duyarlar.

1997 tarihli 21. Yüzyılda Sağlığın İyileştirilmesi İçin Jakarta Deklarasyonu'nun belirlediği beş öncelik şunlardır:

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun geliştirilmesi;
2. Sağlığın geliştirilmesi için yatırımların artırılması;
3. Sağlık için işbirliğinin genişletilmesi ve pekiştirilmesi;
4. Toplum kapasitesinin yükseltilmesi ve bireylere yetki verilmesi;
5. Sağlığın iyileştirilmesi için bir altyapı sağlanması (WHO Regional Office for Europe 1997; 5).

Tablo 1: Bir Sağlıklı Kentin Olası Göstergeleri

Parametre	Olası Gösterge
<b>1.Fiziksel çevre</b>	
-Kalite	-Ayrıntılı indeks
-Kirlilik	-Hava, su kirliliği indeksi
-Kent planı	-% yeşil alan
-Barınma	-Ulusal/uluslararası standartaltı konut
<b>2.Ekosistem sürekliliği</b>	
-Kalıcılık	-Riskli türlerin bölgede yaşamını sürdürebilmesi
-Süreçgenlik	-Yenilenemez enerji dışalım / yerel yenilenemez enerji üretimi
<b>3.Toplumsal güç</b>	
-Dayanışma	-Tutarlılık (Antonovsky, 1979)
	-Özsaygı-
	Görünür sosyal destek
<b>4.Katılım ve kontrol</b>	
	-Yerel yönetim demokrasi indeksi (Morris, 1982)
<b>5.Temel gereksinimler</b>	
-Besin ve su	-Poliindeks
-Barınak	-% açlar
-Gelir	-% evsizler
	-% yoksulluk sınırı altındaki nüfus
	-Gelirin göreceli dağılımı
	-% çalışanlar (kayıtlı ve kayıtdışı)
	-Şiddet suçu oranı
-İş	
-Güvenlik	
<b>6.Çokrenklilik</b>	
-Açıklık	
-Değişiklik	
-Deneyimler	
-Kaynaklar	
-İlişki ve etkileşim	
<b>7.Farklı kent ekonomisi</b>	
-Çeşitlilik	
-Yatırımın tipi	
-Yatırımın büyüklüğü	
-Yenilik	
-Varlık düzeyi	
-Varlığın dağılımı	
<b>8.Bağlılık duygusu</b>	
-Tarih	
-Kültür	
-Diğer insanlar	
-Doğa, biyoloji	
<b>9.Kent yapısı</b>	
-Elverişlilik	
<b>10.En uygun halk sağlığı ve hasta bakım hizmetleri</b>	
-Uygunluk	
-Ulaşılabilirlik	
-Sağlığı koruyucu yasalar	
<b>11.Yüksek sağlık düzeyi</b>	
a)Yüksek pozitif sağlık	
-Önleyici davranışlar	
-Refahın algılanması	
b)Düşük negatif sağlık	
-Risk davranışları	
-Hastalık	
-Ölüm	
	-Müzeler
	-Kütüphaneler, tiyatrolar, festival ve fuarlar
	-Sosyal bağlar, ağlar
	-Stabilite ve uyarlanabilirlik
	-Birincil bakım ve evde bakımın artırılması
	-% sağlık güvencesi olmayanlar
	-Sigarayla yasaklayan yasalar
	-Toplum koruma indeksi (Irvine)
	-Diyet ve egzersiz
	-Mutluluk ve sağlık durumundan hoşnutluk
	-% sigara içenler
	-Bildirilen işgöremezlik süresi
	-40 yaşta beklenen yaşam süresi

Yerel Gündem 21'in etkinlik alanındaki yaklaşık 30 ana başlığın hemen tümü sağlıkla dolaylı olarak ilgili olmakla birlikte, bazı maddeler direkt olarak sağlıkla ilgili hedefler içermektedir. Yerel Gündem 21'in konuları en kaba hatlarıyla şunlardır:

#### A-Sosyoekonomik Boyutlu Çalışmalar

##### 1. Kalkınma için işbirliği

- Ticaret
- Ticaret ve çevre
- Finansman
- Uygun ekonomik politikaların desteklenmesi

##### 2. Yoksullukla mücadele

##### 3. Tüketim kalıplarının değiştirilmesi

##### 4. Nüfus(demografik hareketler) ve sürdürülebilirlik

5. İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi/geliştirilmesi, başta kırsal alanlar olmak üzere temel sağlık gereksinimlerinin karşılanması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, hassas gurupların korunması, belde sağlığı, çevre kirlenmesinden doğan sağlık risklerinin azaltılması.

##### 6. İnsan yerleşimlerinin geliştirilmesi

##### 7. Çevre ve kalkınmanın entegrasyonu

#### B-Kalkınma İçin Kaynakların Korunması ve Yönetimi

##### 1. Atmosferin korunması

##### 2. Arazi kaynaklarının yönetimi

##### 3. Ormanlar

##### 4. Hassas ekosistemler

##### 5. Tarım

##### 6. Biyolojik çeşitlilik

##### 7. Biyoteknolojinin yönetimi

##### 8. Denizler ve kıyı alanları

##### 9. Tatlısu kaynakları

##### 10. Toksik kimyasallar ve tehlikeli atıkların yönetimi

##### 11. Katı atıklar ve kanalizasyon

##### 12. Radyoaktif atıklar

##### 13. Kalkınmada kadınların rolü

##### 14. Gençler ve çocukların rolü

##### 15. Yerli halkların rolleri

##### 16. Hükümet dışı örgütlerin güçlendirilmesi

##### 17. Yerel otoritelerin katılımı ve işbirliği

##### 18. İşçilerin ve bağlı oldukları birliklerin rolü

##### 19. İşletme ve endüstri çevrelerinin rolü

##### 20. Bilim ve teknoloji topluluklarının rolü

21. Çiftçilerin rolü (İzmir Yerel Gündem 21 Yürütme Kurulu 1998; 7-9).

#### SAĞLIKLI KENTLER PROJESİNDE SON DURUM

1986'da DSÖ'nün başa çıkabileceğinden çok fazla kent projeye ilgilendi. Bu nedenle kentler DSÖ projesine benzer şekilde aktiviteleri ülkeler düzeyinde ele aldı. Projenin bir amacı da bürokratik engelleri kaldırmak, süreçleri yukarıdan aşağı doğru değil aşağıdan yukarı doğru başlatmaktır. Sağlığa bu yeni yaklaşım, katılımcıların farklılığı ve coğrafi koşullar esnek ve nispeten yeni bir yapılanmayı gerektirdi. Bu nedenle ağların sağlıklı kent aktivite ve süreçlerini en iyi yönlendireceğine karar verildi. Ulusal, bölgesel ve dilsel (linguistik) ağlar sadece Avrupa'da kurulmakla kalmayıp dünyanın diğer yerlerinde de: Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, A.B.D. (Kaliforniya ve İndiyana) ve Kuzey Afrika'da kuruldu.

Projenin katılımcıları ağı bilgi, bilim ve beceri alışverişi için kullanmaktadır. Yerel düzeyde her kentin kuruluşlar, kurumlar, bireyler, belediye yöneticileri ve hizmet birimlerinden oluşan kendi ağı vardır. Uluslararası düzeyde ise DSÖ Avrupa Bölge Bürosu ve EURONET mevcuttur (WHO Regional Office for Europe; 1992:1-3).

Sağlıklı Kentler projesinin ilk iki fazının uygulanması tamamlanmıştır. Faz I (1987-1992) süresince 35 kent DSÖ proje ağına dahil oldu. Bu dönemde, ağırlıklı olarak, değişim görevi yapacak yeni yapıların oluşturulması ve kentlerde sağlık için yeni çalışma yöntemlerinin başlatılması üzerinde çalışıldı. Faz II (1993-1997) süresince Faz I'de yer almamış 13 kent ile birlikte 39 kent DSÖ proje kentleri arasında yer aldı. Bu dönemde daha çok sağlıklı toplum politikaları ve ayrıntılı kent sağlığı planlamaları üzerinde yoğunlaşıldı (WHO Regional Office for Europe ;1997:4).

1998-2002 yıllarını kapsayacak olan Faz III DSÖ proje kentleri ağı, yenilikçi ve süregen politikalarla kentlerde ve dolayısıyla dünyada sağlığın iyileştirilmesi hareketlerinin geliştirilmesinde rol oynayacaktır. Bu dönemde üç stratejik öncelik vurgulanmaktadır: Eşitlik, sosyal gelişim ve süregenlik. Öncelikli hareket alanları ise sağlığı ve yüksek yaşam kalitesini sağlayacak kent planlamaları, yaşam koşulları ve yoksulluk, yaşlılar ve gençlerin gereksinimleri, sosyal destek, ekoloji yönetimi, trafik, kirlilik, güç kazandırma, sağlık için yatırım ve sağlıktan sorumluluk olacaktır. Bu yeni ağı çalışmalarını uluslararası politikalarındaki gelişmeleri (özellikle 21. Yüzyılda HİS ve Yerel Gündem 21'i) yansıtması ve ilk 2 dönemin deneyim ve başarıları üzerine yapılması planlanmıştır (WHO Regional Office for Europe;1997:29).

Katılım için gereken süreç iki aşamalıdır. İlk aşamada kentlerin ağa katılmak için uygun koşullara sahip olup olmadığı değerlendirilecektir. İkinci aşama ise daha fazla siyasi katılımı gerektirmektedir. Bu aşamada uygun bulunan kentler Faz III şartlarını nasıl yerine getireceklerine dair ayrıntılı bir proje taslağı sunacaktır. Bu proje taslağı DSÖ'nün ağa atanacak kentleri seçiminde etkili olacaktır. Faz III'ün ilk 2 yılı içinde 3 kez seçim işlemi yapılacaktır. (WHO Regional Office for Europe; 1996:6).



### Faz III için Uygunluk

Faz III Sağlıklı kentler ağında yer almak isteyen tüm Avrupalı kentler uygunlukları değerlendirilmek üzere başvuruda bulunmaya çağırılmışlardır. Kentler, Faz III'ün beklentileri ve zorluklarını karşılayabilmek için dört önkoşulu yerine getirebilmelidir. Uygunluk başvurusunda şu konular yer almalıdır:

1) Kentler, belediyelerin süregen desteğine ve diğer kilit karar mercilerinin desteğine, Sağlıklı Kentler projesinin prensip ve hedeflerinin kent içinde yerine getirilmesi için, sahip olmalı ve Herkes İçin Sağlık stratejisinin değerleri, prensipleri ve amaçlarına bağlılıklarını ifade etmelidir.

Kentler, yukarıda belirtilen koşulları içeren ve Vali (veya eşdeğeri bir yetkili siyasetçi) tarafından imzalanmış bir rapor hazırlamalıdır. Raporla kentlin Sağlıklı Kentler projesine siyasi bağlılığı ve Herkes İçin Sağlık (HİS) stratejisinin yerel düzeyde uygulanmasının kabulü ifade edilmiş olmalıdır. Arzu edilen raporun aynı zamanda projenin gerçekleşmesi için kesinleşmiş finansman ve kentteki çeşitli sektörlerin karar mercilerince onay ve destek beyanlarını da içermesidir.

2) Kentler, yerel sağlık gereksinimleri ve sorunlarının (sağlık profili) değerlendirilmesine ve sağlıklı kentler politikası çerçevesine dayandırılmış bir sağlıklı kent planı (veya eşdeğeri) hazırladıklarını belgelemelidirler. Bu plan bir veya birçok belgeden oluşabilir. Her şekilde Herkes İçin Sağlık temelinde kent sağlığının koordine olarak planlandığını (idare, strateji ve uygulama yönünden) belgelemelidir. Sağlık planı henüz hazırlanmamışsa tamamlanması olası tarih belirtilmelidir.

3) Kentler Faz III için gerekli uygulama programını gerçekleştirecek temel yapıların var olduğunu belgelemelidir. Bunlar tam gün çalışan ve iyi derecede İngilizce bilen bir proje koordinatörü, projeye uygun yönetsel ve teknik destek ve yetkili karar mercilerinden oluşmuş bir sektörler arası yürütme kuruludur.

Projenin yapılarını ve karar mercii mekanizmaları belirten bir yapısal şema (organigram) hazırlanmalıdır. Bu şema proje bürosu personeli ile yürütme kurulunun yapısı ve rolünü açıkça belirtmelidir.

4) Kentler diğer Sağlıklı Kentler ile işbirliği ve ağ iletişimine hazır olmalıdır. Bu, bilgi paylaşımını, birlikte sorun çözümünü ve hem benzer gelişim aşamasında hem de erken aşamadaki kentlere destek sağlanmasını garantiler.

Kentler mevcut ağ aktiviteleri ile birlikte Sağlıklı Kentler ile ilişkili ulusal ve Avrupa ağlarına nasıl katkıda bulunacaklarını bildiren bir rapor da hazırlamalıdır. Geçmişteki ve şu andaki ağ işbirliklerini nitelik ve nicelik yönünden tanımlamalıdır.

Belirtilen uygunluk önkoşullarını sağlayamayan kentlerin sonucusu Haziran 1999'da gerçekleşecek 3 değerlendirme sürecine katılmaları olasıdır. Önkoşulları karşılayarak DSÖ tarafından Faz III Sağlıklı Kentler ağına katılma-

ya uygun bulunan kentler ise Faz III süresince bazı şartları yerine getirmekle yükümlüdür (WHO Regional Office for Europe ;1996:10-1).

### DSÖ SAĞLIKLIL KENTLER PROJESİ FAZ III (1998-2002) ŞARTNAMESİ (WHO Regional Office for Europe ;1996:15-29)

#### A. İLKELER VE STRATEJİNİN KABULÜ

A1. Kentler yerel yönetimin ve diğer sektörlerdeki karar mercilerinin projenin ilkeleri ve hedeflerine süregen desteğini sağlamış olmalıdır.

- Başarılı projeler için yerel siyasetçilerin ve kentteki diğer önemli karar mercilerinin yüksek düzeyde katılımı gereklidir. Bu nedenle, Faz III süresince siyasetçilerin ve diğer karar mercii idarecilerin katkı ve desteğinin sürekliliğini sağlamak için çaba harcanmalıdır.

A2. Kentler sağlık planlamasına bütünsel yaklaşımı, sağlık stratejileri ile diğer önemli stratejileri ve Gündem 21 ile bağlantılı olarak gerçekleştirecek mekanizmalara sahip olmalıdır.

- Kentlerde sağlığın iyileştirilmesi çabaları yaşam kalitesine doğrudan veya dolaylı etkisi olan diğer kent stratejilerinden ayrı tutulamaz. Farklı stratejiler arasında bağ kurulması kararların tutarlılığı ve karşılıklı etkileşimi sağlayarak işlerin duplikasyonunu engelleyeceği gibi diğer konularda politika belirlerken sağlığa ilgili çıktılarının da fark edilmesini sağlar.

İnsan sağlığı ve süregen gelişim de ayrılmaz bir ikilidir. Birleşmiş Milletler'in süregen gelişim için hareket programı olan Gündem 21, ekonomik, çevresel, sosyodemografik ve sağlık etkenleri konularında süregen gelişimi içeren bir programdır. Avrupa'da Herkes İçin Sağlık stratejisi de Gündem 21'in önemli ilkelerini paylaşır. Kentlerin görevi diğer politikalar ve Gündem 21 ile bağlantılı politika ve planlar geliştirmek ve yerel yönetimlerin Gündem 21'i uygulamasını kolaylaştırmaktır

A3. Kentler 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık ilkelerini temel alan politika ve stratejiler geliştirmelidir. Üç konuya önem verilmelidir: Sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması, sosyal gelişimin sağlanması ve süregen gelişime bağlılık.

A4. Kentler 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık ilkelerinden yerel önemi olan en az bir ek hedef belirlemelidir. Bu hedeflerlerken dikkatli izlem yapılmalıdır.

- Belirtilen 3 konu Sağlıklı Kentler ağının bütün olarak önceliğidir. Yerel düzeyde HİS hedeflerinin tamamına uyum sağlanmalı fakat kentlin koşullarına göre öncelikler de belirlenmelidir.

Kent politikalarının HİS ilkelerine uygunluğu araştırılmalı ve uyumlu olmayanlar değiştirilmelidir. Tüm çalışmalar izlenmeli ve yerel öncelikli olarak belirlenen hedefe sağlıklı kentler projesinin katkısına dair bir olgu çalışması

yapılmalıdır. Bu çalışma halkın görüşleri, basında yer alması, örneklem gibi unsurları içermeli ve bu aktivitelerin seçilen hedef üzerindeki etkilerini açıklayıcı olmalıdır.

### B. PROJE ALTYAPISININ KURULMASI

**B1.** Kentlerde siyasi/idari düzeyde karar mercilerini içeren bir sektörler arası yönetim grubu kurulmalıdır.

**B2.** Kentlerde tam gün çalışmak üzere atanmış ve iyi derecede İngilizce bilen bir koordinatör veya eşdeğeri ve yönetsel ve teknik proje desteği olmalıdır.

**B3.** Kentler Faz III stratejileri ve hareket planlarını gerçekleştirmek için gereken kaynak paketini belirlemiş ve onaylamış olmalıdır.

- Kentlerin prensiplere uyması yeterli değildir. Bir projenin amacına ulaşması için kaynak sağlanmış olmalıdır. Bunlar finans kaynakları, personel giderleri ve genel giderlerden oluşur. Pratikte Sağlıklı Kentler projeleri pek de kaynağa yoğunlaşmış (resource-intensive değildir) ve çoğu kent tarafından "harcanan paraya değer" olarak değerlendirilmektedir.

**B4.** Kentler, proje idare süreçlerini gözden geçirmeli ve saptanan zayıf yönleri için bir hareket planı hazırlamalıdır.

**B5.** Kentler, kent sağlığını etkileyen süreçlerin karar aşamasında toplum katılımının artışı ve dolayısıyla halkın yetkilendirildiğini göstermek zorundadır.

- Sağlıklı Kentler projesinin önemli bir özelliği sağlığın iyileştirilmesi hareketlerinin halk ile birlikte ve halk tarafından yürütülmesidir. Sağlığın iyileştirilmesinin etkinliği için kişilerin katılımının artması ve toplumlar/toplulukların sağlığı belirleyen etkenlere etki yapması gerekir. Toplum kapasitesini artırmanın yolları eğitim ve kaynaklara ulaşmaktır. Kişilere, süregen ve güvenilir tarzda karar aşamalarına katılım ve değişikliği yaratmak için gereken bilgi ve beceri sunulmalıdır. Toplumların sosyal ve kültürel kaynaklarını da kullanabilmek için yeni yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Faz III'ün sonunda toplum katılımı mekanizmalarında gösterilebilir güçlenme ve kentlerde sağlıkla ilgili karar aşamalarına katılımın açık örnekleri olmalıdır. Çoğunluk topluluklar kadar marjinal toplulukların da katılımı sağlanmalıdır.

**B6.** Kentler politikaların belirlenmesi ve uygulanması evrelerinde iş çevrelerini de sağlık için yerel hareketin içine çekecek yöntemler geliştirmelidir.

**B7a.** Kentler çeşitli iletişim mekanizmalarından oluşan bir iletişim stratejisi meydana getirmeli ve kentte sağlık konularına şeffaflık getirerek halk sağlığı tartışmasını kolaylaştırmalıdır. Bu strateji etkisi yönünden değerlendirilmelidir.

- Başarılı sektörler arası çalışma ve toplum katılımı için sağlığın, belirleyicilerinin ve kentlerdeki etkin sağlığın iyi-

leştirilmesi stratejilerinin toplumca iyice anlaşılması gereklidir.

**B7b.** Kentler sağlığı ve sağlıklı toplum politikalarını geliştirmek için sürekli eğitici ve kapasite-arttırıcı çalışmalar düzenlemelidir. Bu programın iki özelliği olmalıdır. Kentteki çeşitli sektörler karar aşamasına katılmalı ve yerel toplumları ve farklı görüşlerden liderleri içermelidir. Bu programın sonuçları değerlendirilmelidir.

- Proje bürosu ve yönetim kurulunun dışında da çok sayıda insanın katılımı Sağlıklı Kentler projesinin başarısı için gereklidir. Bu katılımın kalitesi için yatırımlar yapılmalıdır. Kapasite arttırma proje altyapısını bilgi, beceri, eğitim ve bilinç yönünden geliştirme ve yatırım yapma anlamına gelir.

### C. ÖZGÜN HEDEFLERE, ÜRETİMLERE VE ÇIKTILARA BAĞLILIK

**C1.** Kentler Faz III süresince, daha önceki bütünsel kent sağlığı planlarını geliştiren, 21. Yüzyılda HİS ve Yerel Cündem 21'in ilke ve hedeflerini yansıtan bir kent sağlığı geliştirme planı, uygun ulusal sağlık stratejileri ve kente özel yerel öncelikler belirlemeli ve gerçekleştirmelidir. Bu plan kısa ve uzun vadeli açıkça belirtilmiş amaç ve hedefleri ve kentin bu hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını nasıl belirleyeceğine dair bir sistemi (göstergeler ve değerlendirme şeması) içermelidir.

- Başlangıçtan itibaren tüm sektörler biraraya gelerek sağlığın iyileştirilmesi için kaynaklarını seferber etmelidir. Konuya geniş bir açıdan bakarak farklı sektörlerde, farklı düzeylerde ve farklı kişilerce yapılan işlerin birbiriyle uyumlu bütünsel bir sağlık ve gelişim yaklaşımını oluşturması gerekmektedir. Böylece integrasyon ve toplumun tüm kaynaklarının sağlığın geliştirilmesine seferber edilmesi sağlanır. Yapılan planlar insana odaklı ve sağlığın belirleyicileri ile ilgili olmalıdır.

**C2.** Kentler kent sağlığını geliştirme programı ile bağlantılı bir sağlık izlem ve değerlendirme programı başlatarak politikaların kentteki sağlık ve çevre üzerindeki ve sosyal etkilerini değerlendirmelidir.

- İzlem ve değerlendirme programı kent sağlığını geliştirme programı ile bağlantılı olup yerel öncelikli konulara yönelik olmalıdır. Hareket programı açıkça sağlık ve yaşam kalitesi çıktıları ile ilişkili olmalıdır fakat çalışmalar ile nihai çıktıları arasında bir dizi ara gösterge belirlenmesi da önerilmektedir. Temel sağlıklı kent göstergelerine ek olarak DSÖ Sağlıklı Kentler Teknik göstergeler Grubu 1998'de bir grup ana gösterge belirlemiş olacaktır ve kentlerden bunları planlarına eklemeleri istenecektir.

Kentler yıllık raporlarında çalışmalarının sağlık ve yaşam kalitesine etkisini bildirecektir. Beş yıllık dönemin başında ara göstergeler, dönemin sonunda da nihai çıktıları dair veriler ağırlıklı olacaktır. Ayrıca, DSÖ Sağlıklı Kentler Proje Bürosu'nca başlatılan ağ içi herhangi bir değeri-

dirme sürecinde de yer almakla yükümlüdürler.

Büro Faz III değerlendirmeleri için bir çerçeve hazırlamaktadır.

**C3.** Kentler, kendi içlerindeki sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yönelik bir program geliştirmelidir .

**C4.** Kentler sağlıklı ve süregen şehir planlaması politikaları hazırlayarak çalışma programı dahilinde kentte uygulamalıdır.

- Kent sorunları, kent bileşenlerinin birbiriyle bağlantıları nedeniyle karmaşıktır. Şehir planlaması arazinin toplam yararına kullanılmasını düzenlemek anlamındadır. Uygulama ve süreçlerin planlanması yeni bir bilinci yansıtmalı ve 21. Yüzyılda sağlıkla ilgili, çevresel, ekonomik ve sosyal konuları bütün olarak ele almalıdır.

**C5.** Kentler, DSÖ'nün stratejik öncelik olarak belirlediği üzere bir bütün kontrolü stratejisi geliştirmeli ve uygulamalıdır.

- Faz III süresince proje kentleri kentlerinde bütün kullanımını kontrol altına alacak bir strateji geliştirmeli ve uygulamalıdır. Buna bütünün pazarlanması ve tanıtılması, bütün ve ürünlerinin ulaşılabilirliği ve satışı, tüm ortamlarda temiz hava sağlanması, sigara kullanılmasını önleme ve bırakılmasını destekleme programları dahildir. Örnek politikalar DSÖ Sağlıkla Kentler Proje Bürosu'nda mevcuttur.

**C6.** Kentler belirlenen konulardan en az biri için bir çalışma programını yaşama geçirmeli ve değerlendirmelidir. Bu konular: sosyal dışlanma, sağlıklı ortamlar, sağlıklı taşımacılık, çocuklar, yaşlılar, bağımlılıklar, sokak ve ev içi şiddeti ve kazalardır.

- Bu konular Faz III ağlarda ortaya çıkan önceliklerden alınmıştır. Seçilen konunun gerekçesi-ölçülen gereksinim, konunun kent için önemi, gelecekte beklenen bir sağlık sorununun önlenmesi veya bir başka açıklama-belirtilmelidir.

Hareket planının etkisini değerlendirme amaçlı bir yöntem geliştirilmeli ve dönem sonunda olgu çalışması şeklinde program çalışmalarını ve sonuçlarını içeren bir rapor DSÖ'ne sunulmalıdır.

#### D. RESMİ VE RESMİ OLMAYAN AĞLAR VE İŞBİRLİKLERİNDE TEMSİL EDİLME

**D1.** Kentler proje koordinatörü ve seçilmiş siyasetçilerin DSÖ resmi toplantı ve sempozyumlarına katılımı konusunda idari ve siyasi kararlar almış olmalıdır. Her toplantıda kent en az koordinatör ve lider siyasetçi (vali) tarafından temsil edilmelidir.

**D2.** Kentin valisi dönemin başlangıcında (1998) ve ortasında (2000) yapılacak valiler toplantısına katılmalıdır.

- Tüm kentler için önemli ortak konuların görüşüldü-

ğü resmi toplantılarda her kentin projesinin yürütme ve siyasi yönünden sorumlu kişilerce temsil edilmesi önemlidir. Her yıl 1 veya 2 toplantı düzenlenecektir, bunlardan biri elektronik iletişim yöntemleri ile olabilir.

**D3.** Kentler internet ve elektronik postaya bağlı olmalıdır; ideali video-konferans olanaklarına sahip olmalıdır.

- Etkin ağ sürekli etkin iletişim ile sağlanır. Avrupa ağındaki kentlerin coğrafi uzaklığı yüz yüze iletişimi sınırlamaktadır. Bu nedenle elektronik iletişim çok gereklidir.

**D4.** Kentler dönem süresince farklı ağ aktivitelerinde (tematik, alt-bölgesel, stratejik, eşleşme, dil v.b.) aktif rol almalı, ulusal ağlarla yakın bağlantılar kurmalıdır. Kentler dönem boyunca bu ağlara pratik katkılarda bulunmalıdır.

- Avrupa Sağlıkla Kentleri arasında ulusal, alt-bölgesel ağlar ve çok kentli hareket planlama grupları (MCAP) mevcuttur. Faz III kentlerinden beklenen HİS stratejileri geliştiren kentlere öneri ve destek sağlamaları, proje oluşturma, başarı için ipuçları verme, kaynak paylaşımı, eğitim, veri toplama vb. konularda destek olmalarıdır. Ortak ilgi ve sorunları olan kentler eşleşebilir. Faz III kentleri Henüz ağa katılmamış programın erken evresindeki kentlere öneri ve destek sağlayabilir. Tüm bu ağ çalışmaları yıllık raporda belirtilmelidir.

#### KAYNAKLAR

**Hancock T., Duhl J.L.,** (1986), Healthy cities: Promoting Health in the Urban Context. A Background working paper for the "Healthy Cities Project" ,Lisbon, 10-2.

**Goldstein G., Kickbusch I.,** (1996), A " Healthy city" is a better city.,World Health,Jan.-Feb.,v 49 n 1 p 4(3).

**İzmir Yerel Gündem 21 Yürütme Kurulu,** (1998), Yerel Gündem 21 Rehberi, İzmir, 7-9.

**Nakajima H.,** (1996), World Health Day 1996: healthy cities for better life.,World Health, Jan.-Feb.,v49 n1p 3(1).

**T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü,** (1996), Türkiye Nüfusu, 1923-1994 Demografi yapısı ve Gelişimi, Ankara, Tablo 5-1,44.

**WHO,** (1986), Healthy Cities:Promoting Health In The Urban Context, Lizbon, 9,38.

**WHO Regional Office for Europe,** (1990), WHO Healthy Cities Project: A project becomes a movement Review of progress 1987 to 1990,Milan, 11,13,18,20,40.

**WHO Regional Office for Europe,** (1992), National Healthy Cities Networks in Europe, Kopenhag,1-3.

**WHO Regional Office for Europe,** (1997), WHO Healthy Cities Project Phase III, www.who.dk /tech/hcp/phaselll.htm, 4,10-1,15-29.

**WHO,** (1998), Athens Declaration For Healthy Cities, http://www.who.dk/healthy-cities/athensE.htm.