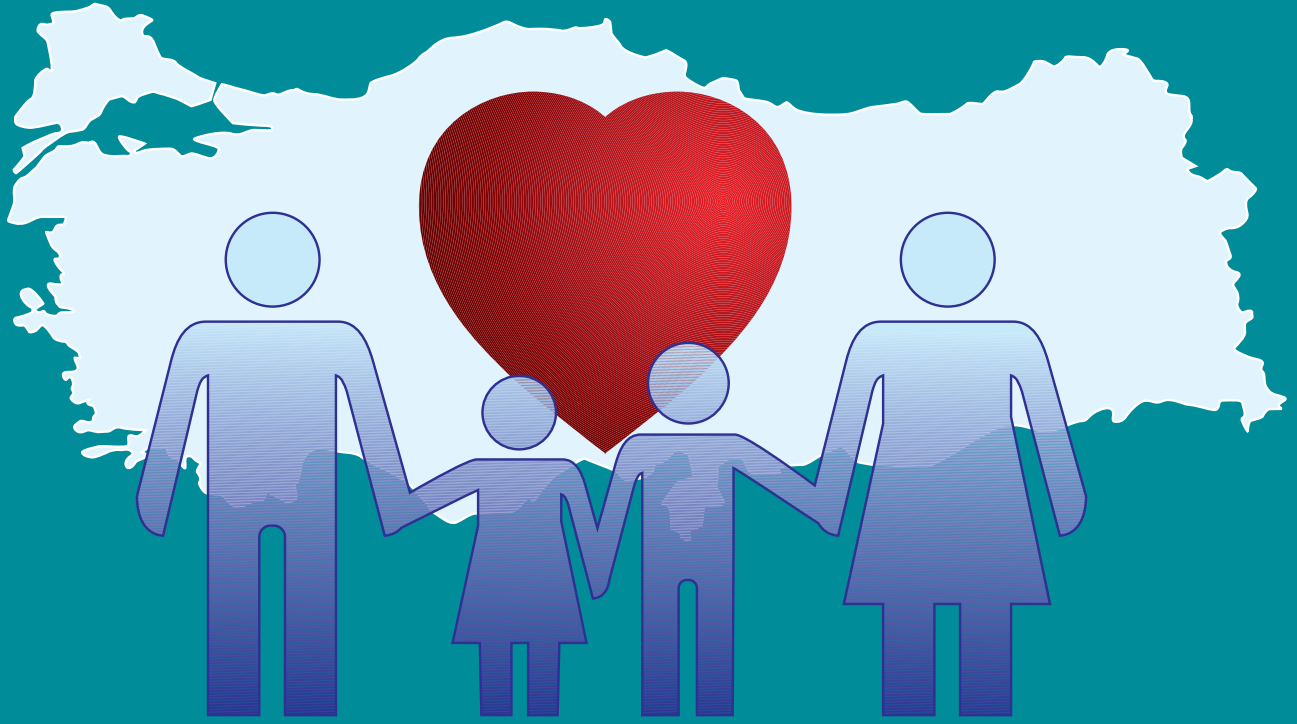




**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI**

**TÜRKİYE  
KALP VE DAMAR HASTALIKLARINI  
ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI**



**Risk Faktörlerine Yönelik  
Stratejik Plan ve Eylem Planı**

**Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

© Bu yayının tüm hakları

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼'ne aittir.

Kaynak g¼sterilmeksizin alıntı yapılamaz.

Alıntı yapıldığında kaynak g¼sterimi "SB,TSHGM,yayın no ve tarihi"şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼'n¼n onayı olmaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz.

ISBN : 978-975-590-259-3

Sağlık Bakanlığı Yayın No : 743

Ayrıntılı bilgi için: T.C. Sağlık Bakanlığı, Mithatpaşaa Caddesi No: 3, Sıhhiye 06430, Ankara,  
T¼rkiye (Tel: (312) 585 10 00 (50 Hat); e-posta: [saglik@saglik.gov.tr](mailto:saglik@saglik.gov.tr))

**Renk Ayrımı** : Repro C  
**Baskı** : Anıl Matbacılık Ltd. Şti.  
Özveren Sokak 25/2 Kızılay / Ankara  
Tel: (0312) 229 37 41 - 42



**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

**TÜRKİYE  
KALP VE DAMAR HASTALIKLARINI  
ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI**

**Risk Faktörlerine Yönelik  
Stratejik Plan ve Eylem Planı**

**ANKARA  
2008**



## KATKI SAĞLAYAN KURUM, KURULUŞ VE KİŞİLER

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Uzm. Dr. Orhan F.GÜMRÜKÇÜOĞLU | Sağlık Bakanlığı, Müsteşar                                |
| Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR       | Sağlık Bakanlığı, önceki Müsteşar                         |
| Uzm. Dr. Turan BUZGAN         | Sağlık Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı                     |
| Uzm.Dr. İsmail DEMİRTAŞ       | Sağlık Bakanlığı ,Müsteşar Yardımcısı                     |
| Dr. Seraceddin ÇOM            | Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü                      |
| Doç.Dr. Öner ODABAŞ           | Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü                            |
| Doç.Dr. Sinan YOL             | Sağlık Eğitimi Genel Müdürü                               |
| Dr. Mahmut TOKAÇ              | İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü                            |
| Uzm. Dr. Birol CİVELEK        | Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yrd.                           |
| Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ    | Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yrd.                  |
| Dr. Hasan BAĞCI               | İzleme ve Değerlendirme Koordinatörü                      |
| Uzm Gıda Müh. Cengiz KESICI   | Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanı            |
| Dr. Salih MOLLAHALILOĞLU      | Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü                                |
| Prof. Dr. Çetin EROL          | Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı                          |
| Prof. Dr. Ömer KOZAN          | Türk Kardiyoloji Derneği G. Sekreteri                     |
| Prof. Dr. Eyüp Sabri UÇAN     | Türk Toraks Derneği Başkanı                               |
| Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU   | Türk Toraks Derneği                                       |
| Prof. Dr. Göksun AYVAZ        | Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği              |
| Doç. Dr. Ayhan KARAKOÇ        | Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği              |
| Uzm. Dr. Erdal ESKİOĞLU       | Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği                     |
| Doç. Dr. Bülent YALÇIN        | Tıbbi Onkoloji Derneği                                    |
| Doç. Dr. Mustafa ERMAN        | Tıbbi Onkoloji Derneği                                    |
| Doç. Dr. Çiğdem AYDEMİR       | Türkiye Psikiyatri Derneği                                |
| Doç. Dr. Şerefnur ÖZTÜRK      | Türk Nöroloji Derneği                                     |
| Doç. Dr. Göksel BAKAÇ         | Türk Nöroloji Derneği                                     |
| Doç. Dr. Betül YALÇINER       | Türk Nöroloji Derneği                                     |
| Doç. Dr. Serdar GÜLER         | Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi               |
| Uzm. Dr.Tuncay DELİBAŞ        | Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi               |
| Dr. Dyt. Biriz ÇAKIR          | Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| Uzm. Dr. Nazan YARDIM         | Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| Uzm. Dr. Sibel GÖGEN          | Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| Uzm. Dr. A.Refik İMAMECİOĞLU  | Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| Dyt.Ceyhan VARDAR             | Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| Dr. Mustafa BULUN             | Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı          |
| Zahide ŞENALP                 | Sağlık Bakanlığı, Müsteşarlık Makamı                      |
| Dr. Ömer EYİCİL               | Sağlık Bakanlığı, Müsteşarlık Makamı                      |
| Dt. Kemal Özgür DEMİRALP      | Sağlık Bakanlığı, Müsteşarlık Makamı                      |
| Durmuş AKALIN                 | Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü          |
| Ertuğrul GÖKTAŞ               | Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü          |
| Nevin ÇOBANOĞLU               | Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü          |

## TEKNİK ÇALIŞMA GRUBU

Uzm. Dr. Nazan YARDIM

Dr. Süleyman Can NUMANOĞLU

Doç. Dr. Osman KARAKAYA

Osman KARA

Dr. Toker ERGÜDER

Dr. Sedef OĞUZ

Dr. Elif EKMEKÇİ BOR

Uzm. Dr. Sibel GÖGEN

Uzm. Dr. A.Refik İMAMECİOĞLU

Dyt.Ceyhan VARDAR

# İÇİNDEKİLER

|  |           |
|--|-----------|
| ÖN SÖZ.....  | VII       |
| TEŞEKKÜR .....   | IX        |
| TABLolar DİZİNİ .....  | XI        |
| ŞEKİLLER DİZİNİ.....   | XII       |
| KISALTMALAR.....   | XIII      |
| <b>1. GİRİŞ.....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>2. PLANIN AMACI, KAPSAMI VE HEDEFİ .....</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1. Planın Amacı .....  | 3         |
| 2.2. Planın Kapsamı.....   | 3         |
| 2.3. Planın Hedefi .....   | 3         |
| <b>3. MEVCUT DURUM.....</b>  | <b>5</b>  |
| 3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları ve Türkiye’deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Profili .....                       | 5         |
| 3.1.1. Giriş.....  | 5         |
| 3.1.2. Projeksiyonlar.....   | 12        |
| 3.1.3. Risk Faktörleri.....  | 18        |
| <b>4. HEDEFLER VE STRATEJİLER.....</b>   | <b>27</b> |
| 4.1. Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Kontrol.....   | 27        |
| 4.2. Sağlıklı Beslenme.....  | 30        |
| 4.3. Fiziksel Hareketlilik .....   | 33        |
| <b>5. UYGULAMA.....</b>  | <b>35</b> |
| 5.1. Görev Organizasyonu.....  | 35        |
| 5.2. Eylem Planı .....   | 35        |
| <b>6. İZLEME VE DEĞERLENDİRME .....</b>  | <b>37</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b>   | <b>39</b> |
| <b>8. EKLER.....</b>   | <b>41</b> |
| 8.1. EK A : Eylem Planı .....  | 43        |
| 8.2. EK B: Kapsamlı Bir Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı İçin Önemli Diğer Hususlar ..... | 69        |
| 8.3. EK C : Avrupa Obezite İle Mücadale Şartı .....  | 71        |
| 8.4. EK D: Lüksemburg Deklarasyonu .....   | 77        |
| 8.5. EK E: Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun .....    | 79        |
| 8.6. EK F : Ulusal Kalp Sağlığı Politikası.....  | 85        |
| 8.7. EK G: Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi .....  | 89        |





## ÖN SÖZ

Geçtiğimiz yüzyıl, tüm dünya için bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilen bir sağlık savaşı olmuştur. Yaşadığımız yüzyıl ise insan ömrünün uzaması, tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların en önemli mortalite ve morbidite sebebi olması nedeniyle, sağlık alanında yeni yaklaşımlar geliştirilmesini gerektirmiştir.

Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun vadeli stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin yaygınlaştırılması, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektiren önemli koruyucu faktörlerdir. Dolayısıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında bütün sektörlerin rol ve sorumluluğu bulunmaktadır.

Ülkemizde 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı bugüne kadar yapılmış bütün çalışmaları dikkate alan katılımcı ve demokratik karar süreçleri ile en uygun çözümler üretmeyi amaçlayan kapsamlı bir programdır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ana-çocuk sağlığı, aşılama faaliyetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi konularda çok önemli mesafeler kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı İkinci Beş Yıllık Eylem Planı'nda sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi için sağlığın teşviki çalışmalarına ağırlık verilerek, bilgilendirme kadar bilinçlendirme, farkındalık oluşturma ve sağlığı olumlu yönde etkileyecek davranış değişikliklerinin oluşturulması faaliyetleri yürütülecektir.

Herkese eşit, adil, kaliteli, çağdaş ve sürdürülebilir sağlık hizmeti ilkesi ile yürütülecek sağlık politikaları ve stratejilerine katkı sağlayacak olan bu çalışmada emeği geçen herkese teşekkür eder, başarılı çalışmalarının devamını dilerim.

**Prof. Dr. Recep AKDAĞ**  
**Sağlık Bakanı**



## TEŞEKKÜR

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nın hazırlanmasında ve yararlanılan kaynaklardan Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı'nın hazırlanarak gerekli yasal düzenlemelerin neticelendirilmesinde her türlü desteği sağlayan Sayın Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ başta olmak üzere, Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Komisyonu Başkanı Sayın Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Türkiye Büyük Millet Meclisi 23. Dönem Milletvekili ve Sağlık Bakanlığı önceki Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Uzm.Dr. Orhan Fevzi Gümürkçüoğlu, Müsteşar Yardımcısı Uzm. Dr. Turan Buzgan, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Dr. Seraceddin Çom'a,

Hazırlık sürecinde yapılan çalışmalardaki katkı ve desteklerinden dolayı başta Türk Kardiyoloji Derneği olmak üzere, Türk Kardiyoloji Derneği önceki Başkanı Prof.Dr. Ali Oto, Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı Prof. Dr. Çetin Erol ve Genel Sekreteri Prof. Dr. Ömer Kozan'a, Türk Toraks Derneği Başkanı Prof. Dr. Eyüp Sabri Uçan, Türk Toraks Derneği'nden Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nden Prof.Dr.Göksun Ayvaz , Doç.Dr.Ayhan Karakoç, Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'nden Uzm.Dr.Erdal Eskioğlu, Tıbbi Onkoloji Derneği'nden Doç.Dr.Bülent Yalçın, Doç.Dr.Mustafa Erman, Türkiye Psikiyatri Derneği'nden Doç.Dr.Çiğdem Aydemir, Türk Nöroloji Derneği'nden Doç.Dr. Şerefür Öztürk, Doç.Dr.Göksel Bakaç, Doç.Dr.Betül Yalçın, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Doç.Dr.Serdar Güler, Uzm.Dr.Tuncay Delibaş'a,

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yrd. Uzm.Dr. İsmail Demirtaş, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü Doç. Dr. Öner Odabaş, Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Doç.Dr.Sinan Yol, Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yardımcısı Uzm.Dr.Birol Civelek, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Dr.Mahmut Tokaç, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü Dr.Salih Mollahaliloğlu, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Uzm. Dr. Bekir Keskinliç, İzleme ve Değerlendirme Koordinatörü Dr. Hasan Bağcı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden Dr. Sedef Oğuz, Sağlık Bakanlığı'ndan Dr. Süleyman Can Numanoğlu, Dr. Toker Ergüder, Zahide Şenalp, Dr. Elif Ekmekçi Bor, Dr. Ömer Eyicil, Dt. Kemal Özgür Demiralp, Osman Kara, Dr. Mustafa Bulun, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nden Doç. Dr. Osman Karakaya, Durmuş Akalın, Ertuğrul Göktaş, Tıbbi Teknolog Nevin Çobanoğlu, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı'ndan Uzm. Gıda Müh. Cengiz Kesici, Dr. Dyt. Biriz Çakır'a,

Kitabın hazırlanması ve yayımlanması aşamasında yoğun olarak çalışan başta Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı Daire Başkanı Uzm. Dr. Nazan Yardım olmak üzere, Uzm. Dr. Sibel Gögen, Dyt.Ceyhan Vardar, Uzm. Dr. A. Refik İmamecioğlu ve Uzm. Dr. Serap Çetin Çoban' a teşekkür ederiz.

**Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**



## TABLolar DİZİNİ

|         |   |    |
|---------|---|----|
| Tablo 1 | : Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete .....   | 11 |
| Tablo 2 | : Seçilmiş Risk Faktörlerinin Önlenmesi İle Cinsiyete Göre Türkiye Genelinde<br>Önlenebilecek Ölüm ve DALY Sayıları ..... | 18 |
| Tablo 3 | : Sigara Kullanma Durumuna Atfedilebilir Hastalık Yükü ve Ölüm Sayılarının<br>Hastalıklara Göre Dağılımı.....             | 20 |
| Tablo 4 | : Yüksek Beden Kitle İndeksine Atfedilebilir Hastalık Yükünün ve Ölüm Sayılarının<br>Nedenlere Göre Dağılımı .....        | 24 |
| Tablo 5 | : Fiziksel Hareketsizliğe Atfedilebilir Hastalık Yükü ve Ölüm Sayılarının<br>Nedenlere Göre Dağılımı .....                | 25 |

## ŞEKİLLER DİZİNİ

|          |   |    |
|----------|---|----|
| Şekil 1  | : 2005 Yılı Küresel Ölüm Nedenleri Dağılımı .....   | 5  |
| Şekil 2  | : 2000 Yılı Ölüm Sayılarının Hastalık Nedenlerine Göre Dağılımı .....   | 7  |
| Şekil 3  | : Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüm Neden Olan Hastalıkların Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişen Ülkelere Göre Karşılaştırması.....  | 8  |
| Şekil 4  | : Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüm Neden Olan İlk On Hastalığın % Dağılımı .....   | 8  |
| Şekil 5  | : Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı .....  | 9  |
| Şekil 6  | : Türkiye Ulusal Düzeyde DALY’e Neden Olan İlk On Hastalığın % Dağılımı .....   | 9  |
| Şekil 7  | : Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı.....  | 10 |
| Şekil 8  | : 2000 Yılında Türkiye’de Erkeklerde Ölüm Sayılarının Yaş Gruplarına Göre 2010, 2020 ve 2030 Yılı Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye).....   | 12 |
| Şekil 9  | : 2000 Yılında Türkiye’de Kadınlarda Ölüm Sayılarının Yaş Gruplarına Göre 2010, 2020 ve 2030 Yılı Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye).....   | 13 |
| Şekil 10 | : Türkiye Genelinde 2000 Yılında Erkeklerde Kalp-Damar (Kardiovasküler) Hastalıklarına Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye) ..... | 14 |
| Şekil 11 | : Türkiye Genelinde 2000 Yılında Kadınlarda Kalp-damar (Kardiovasküler) Hastalıklarına Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye) ..... | 15 |
| Şekil 12 | : Türkiye Genelinde 2000 Yılında Erkeklerde Şeker Hastalığına (Diabetes Mellitus) Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye) .....      | 16 |
| Şekil 13 | : Türkiye Genelinde 2000 Yılında Kadınlarda Şeker Hastalığına (Diabetes Mellitus) Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye) .....      | 17 |
| Şekil 14 | : Türkiye’de 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Kullanım Prevalansı .....   | 19 |
| Şekil 15 | : Türkiye’de Yıllara Göre Sigara Tüketimi (Bin ton).....  | 20 |

## KISALTMALAR

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>SGK:</b>     | Sosyal Güvenlik Kurumu   |
| <b>TSK:</b>     | Türk Silahlı Kuvvetleri  |
| <b>TSHGM:</b>   | Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü                                  |
| <b>TAPDK:</b>   | Tütün, Tütün Mamülleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu      |
| <b>BKİ:</b>     | Beden Kitle İndeksi (BMI – Body Mass Index)                              |
| <b>BOH:</b>     | Bulaşıcı Olmayan (Kronik) Hastalıklar                                    |
| <b>DSÖ:</b>     | Dünya Sağlık Örgütü  |
| <b>DALY:</b>    | Disability Adjusted Life Year (Sakatlığa Bağlı Kayıp Yaşam Yılı)         |
| <b>YLL:</b>     | Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılı)                               |
| <b>YLD:</b>     | Years Lost with Disability (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)            |
| <b>TRT:</b>     | Türkiye Radyo Televizyon Kurumu  |
| <b>RTÜK:</b>    | Radyo ve Televizyon Üst Kurulu   |
| <b>YÖK:</b>     | Yükseköğretim Kurulu   |
| <b>STK:</b>     | Sivil Toplum Kuruluşu  |
| <b>TTB:</b>     | Türk Tabipleri Birliği   |
| <b>TUİK:</b>    | Türkiye İstatistik Kurumu  |
| <b>CDC:</b>     | Centers for Disease Control and Prevention                               |
| <b>DPT:</b>     | Devlet Planlama Teşkilatı  |
| <b>AB:</b>      | Avrupa Birliği   |
| <b>TÜBİTAK:</b> | Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu                          |
| <b>TOBB:</b>    | Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği                                       |
| <b>SSUK:</b>    | Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi   |
| <b>UNICEF:</b>  | United Nations Children’s Fund-Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu |
| <b>SHÇEK:</b>   | Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu                                |
| <b>GATA:</b>    | Gülhane Askeri Tıp Akademisi   |





# 1. GİRİŞ

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış içinde olması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru kaymasına yol açmıştır.

Yapılan çalışmalar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıkların günden güne arttığı konusunda alarm vermektedir. Dünyada her yıl hayatını kaybeden 57 milyon kişiden 33,4 milyonunun ölüm nedeni kronik hastalıklardır.

Ülkemizin nüfus yapısı halen genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelere benzerdir. Ülkemizde son yıllarda ana-çocuk sağlığı, aşılama ve bulaşıcı hastalıklar alanında önemli başarılar meydana gelmiştir. Artık ölüm sebepleri bakımından gelişmiş toplumlardakine benzer biçimde ülkemizde de kronik hastalıklar öne çıkmaktadır. Bu gidiş kontrol altına alınmadığı takdirde, 10 yıl sonra nüfusumuzda yaşlıların oranı arttığında bulaşıcı olmayan hastalıklar ve buna bağlı ölüm ve iş görmezlik oranları hayli yüksek seyredecektir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlık sistemine olumsuz etkileri de sürekli bir şekilde artmakta ve sosyo-ekonomik gelişmeyi tehdit etmektedir. Bu hastalıklar ülkemizin sağlık kaynaklarının önemli bir kısmını tüketmektedir.

Genellikle, bulaşıcı olmayan hastalıkların yaşlanmanın doğal ve kaçınılmaz sonucu olduğu, bulaşıcı hastalıklardan daha az önemli ve kontrol edilemez olduklarına inanılmaktadır. Oysa bu hastalıklar yaşamın kaçınılmaz bir gerçeği olmadıkları gibi çoğunlukla önlenbilir hastalıklardır.

Bu hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörleri ve korunma stratejileri ortaktır. Tüm bu risk faktörleri ekonomik, sosyal ve politik çevreden, cinsiyet ile davranışlardan etkilenmektedir. Bu yüzden de önerilerde bulunmak kolay, fakat önerilerin bir yaşam biçimi haline getirilmesi ise çok kolay değildir. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel hareketlilik, sigara kullanımını terk etmek gibi davranışlar doğruluğuna inanılsa da, değiştirilmesi zor alışkanlıklar arasındadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı etkili bir yaklaşımdır. Örnek olarak, sigaranın bırakılmasından iki yıl sonra kalp ve damar hastalığı riski %50 azalmaktadır. Yine sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, tuz tüketiminin azaltılması gibi önlemlerle yüksek kan basıncı ve kolesterol yüksekliği önlenmektedir.

Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleri ile mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar toplumun tüm katmanlarının gündeminde yer almalıdır. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin yaygınlaştırılması, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektiren önemli koruyucu faktörlerdir. Dolayısıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında bütün sektörlerin rol ve sorumluluğu bulunmaktadır.

Kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam tarzını değiştirmeye yönelik koruyucu programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve diğer temel önlemlerle hastaneye yatış, pahalı tedavi edici ve cerrahi işlem gerektiren hastalıkların azalması ve bu hastalıklara bağlı işgücü kayıpları ve ölümlerin de azalması ile ekonomik yük de azalacaktır.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde önemli bir payı olan kalp ve damar hastalıkları açısından olumlu olan husus “önlenebilir” olmalarıdır. Dünya Sağlık Örgütü kan basıncı, obezite, kolesterol ve sigara içiminin kontrolü ile kalp ve damar hastalığı görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir.

Öte yandan kalp ve damar hastalıklarından ölümler gelişmiş batılı ülkelerde azalma eğilimi gösterirken gelişmekte olan ülkelerde artmaktadır. Ancak toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresinde görülen uzama ile ileri ülkelerde kalp ve damar hastalığı sayısı artmakta ve bunlara bağlı yük ise azalmamaktadır.

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler “değiştirilemez etkenler” grubuna girerken, sigara ve diğer tütün ürünleri, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği “düzeltiler risk faktörleri” grubundadır.

Bu çerçevede yapılması gereken; hasta olanlar için tedavi imkânları sağlamanın yanısıra, “önlenebilir” nitelikteki kalp ve damar hastalıklarından korunma stratejilerini geliştirmek, birey ve toplum için planlar yapmaktır.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nın hazırlanmasında; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası dokümanı, DSÖ Genel Sekreterliği'nce hazırlanan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü: Küresel Stratejilerin Uygulanması (Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy) 2008 Raporu, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı, Obezite ile Mücadele Ulusal Eylem Planı Taslağı 2008-2012 ve T.C. Sağlık Bakanlığı 2009-2013 Stratejik Planı göz önünde bulundurulmuş ve ilgili dökümanlarla uyumlu olması sağlanmıştır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi faaliyetlerine T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2009-2013 yıllarını içeren İkinci Beş Yıllık Eylem Planı'nda geniş yer verilerek, Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde “Halkımızın sağlığına yönelik tehditleri azaltmak ve sağlığı geliştirmek” Stratejik Amaç olarak belirlenmiş ve “*Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programlarına tüm halkımızın erişimini sağlamak*” hedefine geniş yer verilmiştir.

Bu amaçla; Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 18.01.2008 ve 00708 sayılı Makam Onayı ile “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” ve “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır.

## 2. PLANIN AMACI, KAPSAMI VE HEDEFİ

### 2.1. Planın Amacı

Bu planın amacı, daha sağlıklı bir Türkiye için, kalp ve damar hastalıkları ile mücadelede başlıca risk faktörlerinin azaltılması yolu ile kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi ve bu alanda kontrolün sağlanmasıdır.

### 2.2. Planın Kapsamı

Kalp ve damar hastalıklarına yönelik bir önleme ve kontrol programının önemli bir bileşeni kronik hastalıkların önlenmesine dair entegre toplum tabanlı programlardır. Bu programlar aracılığı ile önde gelen kalp ve damar hastalığı risk faktörlerini ve sosyal ve ekonomik belirleyicileri azaltmak, planın kapsamında en önemli unsurdur.

Kapsamlı bir eylem yaklaşımının, yüksek risk altında olan veya yerleşmiş hastalığı bulunan bireyleri hedefleyen stratejilerle, tüm toplum katmanlarında riskleri azaltmaya çalışan yaklaşımların tümünü biraraya getirmesi gerekmektedir.

Entegre yaklaşımlar ise kalp ve damar hastalıkları, diyabet ve kanserler gibi bir dizi kronik hastalığın önde gelen ortak risk faktörleri üzerine odaklanan yaklaşımlardır.

Kalp hastalıkları ve inme sebepli erken ölümlerin en az %80'i, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve tütün dumanından kaçınma yoluyla önlenebilmektedir.

Bireyler kendi kalp ve damar hastalığı risklerini düzenli fiziksel aktivite yaparak, tütün kullanımından ve pasif içicilikten kaçınarak, meyve ve sebzeden zengin bir diyet seçerek, yağ, tuz ve şekerden zengin gıdalardan kaçınarak ve sağlıklı bir vücut ağırlığını muhafaza ederek azaltabilirler.

Buradan hareketle bu planın kapsamı, Türkiye'de kalp ve damar hastalıkları için başlıca risk faktörlerini önlemeye yönelik olarak;

- Sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması,
- Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve şişmanlığın (obezitenin) önlenmesi
- Fiziksel hareketsizliğin giderilmesi çerçevesinde geliştirilmiştir.

Kalp ve Damar Hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik (insangücü, teknoloji, ilaç, finansman dahil) diğer yaklaşımlar ayrıca geliştirilecek ve ulusal programa dahil edilecektir.

### 2.3. Planın Hedefi

Bu planın hedefi, kalp ve damar hastalıkları konusunda toplumu bilgilendirmek, toplumsal farkındalığı arttırmak, başlıca risk faktörleri konusunda olumlu ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmak suretiyle insanların sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.



## 3. MEVCUT DURUM

### 3.1. Kalp ve Damar Hastalıkları ve Türkiye'deki Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Profili

#### 3.1.1. Giriş

Düşük ve orta gelirli çoğu ülkede kronik hastalıkların etkisi yıldan yıla giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların insan sağlığına etkilerinin öngörülmesi, anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi hayati önem taşır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık çalışanlarından başlayarak toplumun tüm katmanlarına en doğru ve güncel bilgi ile haberlerin iletilmesi, sağlık okur-yazarlığının yükseltilmesi ve sağlıklı yaşamının teşvik edilmesi (health promotion) faaliyetleri ön planda olmalıdır.

Kronik Hastalıklarla ilgili olarak şu hususlar ortaya konmuştur:

- Hemen bütün ülkelerde en önemli ölüm sebeplerindendirler.
- En yoksul ülkeler en çok etkilenirler.
- Risk faktörlerinden etkilenme çok yaygındır.
- Oluşturdukları tehdit giderek büyümektedir.
- Mevcut küresel tepki ve toplumların konuyu algılayışı yetersizdir.

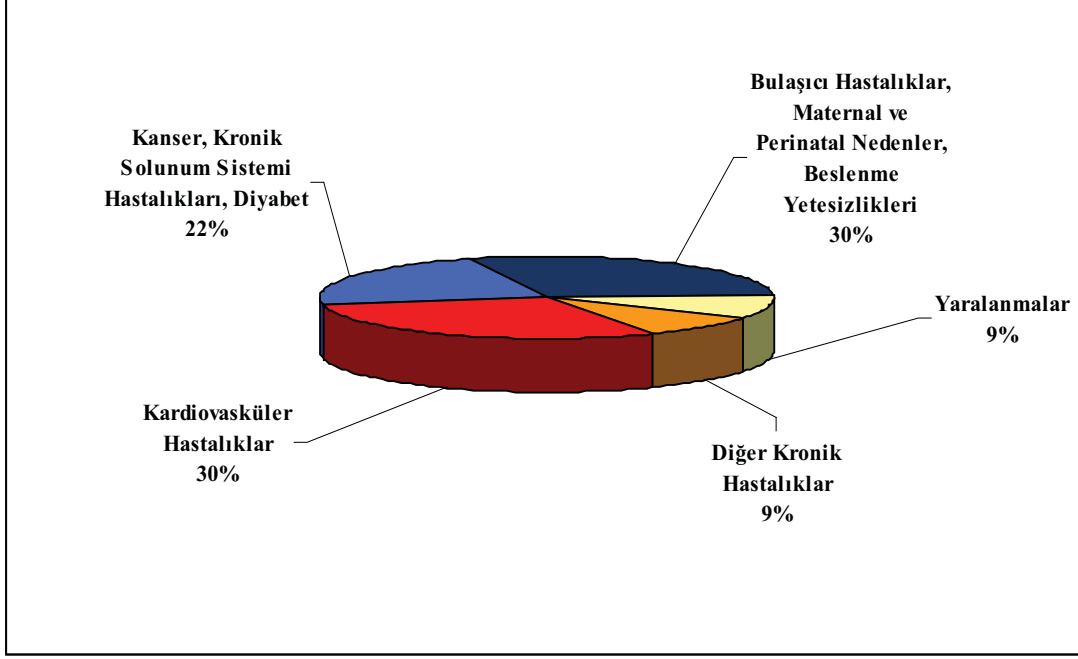
Dünyada 2005 yılında 35 milyon kişi kronik hastalıklardan hayatını kaybetmiştir. Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklardan meydana gelmektedir. Harekete geçilmezse gelecek 10 yıl içinde 388 milyon kişi kronik hastalıklar sebebiyle ölecektir. Bu ölümlerin çoğu beklenen yaşam süresinin altında olacak, aileler ve toplumlar olumsuz bir şekilde etkilenecektir (1).

#### Kalp ve Damar Hastalıkları

Kalp ve damar hastalıkları; Koroner kalp hastalığı (kalp krizleri), serebrovasküler hastalıklar, yüksek kan basıncı (hipertansiyon), periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomyopati'dir. Kalp ve damar hastalıklarının başlıca sebepleri ise tütün kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıksız bir diyetdir.

Kalp ve damar hastalıkları, küresel ölçekte ölüm sebebidir ve uzun bir süre daha bir numaralı ölüm sebebi olarak devam edeceği tahmin edilmektedir. 2005 yılında tahminen 17,5 milyon insan kalp ve damar hastalıkları sebebiyle ölmüştür ve bu küresel ölümlerin %30'unu teşkil etmektedir (bakınız Şekil 1). Bu ölümlerin 7,6 milyonu kalp krizlerine, 5,7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Eğer uygun önlemler alınmazsa 2015 yılına kadar tahminen 20 milyon insan daha her yıl kalp ve damar hastalıklarından özellikle de kalp krizleri ve inmelerden ölecektir (2).

**Şekil 1 : 2005 Yılı Küresel Ölüm Nedenleri Dağılımı**



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2006

### **Gelişmekte Olan Ülkelerde Kalp ve Damar Hastalıkları**

Ekonomik dönüşüm, kentleşme, endüstrileşme ve küreselleşme, kalp hastalıklarını arttıran yaşam tarzı değişikliklerini de beraberinde getirmektedir. Bu risk faktörleri arasında tütün kullanımı, fiziksel inaktivite ve sağlıksız diyet yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşam beklentisi hızla yükselmekte ve insanlar bu risk faktörlerine daha uzun sürelerle maruz kalmaktadırlar. Düşük doğum ağırlığı, folat eksikliği ve enfeksiyonlar gibi risk faktörleri ise, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki en fakir nüfuslar arasında daha sık görülmektedir (2).

### **Kalp ve Damar Hastalıklarının Sosyal ve Ekonomik Sonuçları**

Kalp ve damar hastalıklarının klinik tedavisi maliyetli ve uzundur. Kalp ve damar hastalıkları, bireyleri yaşam yıllarının orta döneminde etkilemekte ve onlara bağlı olan ailelerinin geleceğini altüst etmekte, böylece ülkelerin gelişimine, en verimli yıllarında bulunan değerli insan kaynaklarından yoksun bırakarak zarar vermektedir. Gelişmiş ülkelerde, daha alt sosyoekonomik grupların risk faktörleri prevalansı, hastalık insidansı ve mortalitesi daha büyüktür. Gelişmekte olan ülkelerde de kalp ve damar hastalıkları epidemisi olgunlaştıkça yük, daha düşük sosyoekonomik gruplara doğru kaymaktadır (2).

### **Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kalp ve damar hastalıkları konusundaki çalışmaları, Kronik Hastalıklar ve Sağlığın Teşvik Edilmesi Departmanı'nın genel çerçevesi içerisinde entegre durumdadır. Bu departmanın stratejik amaçları:

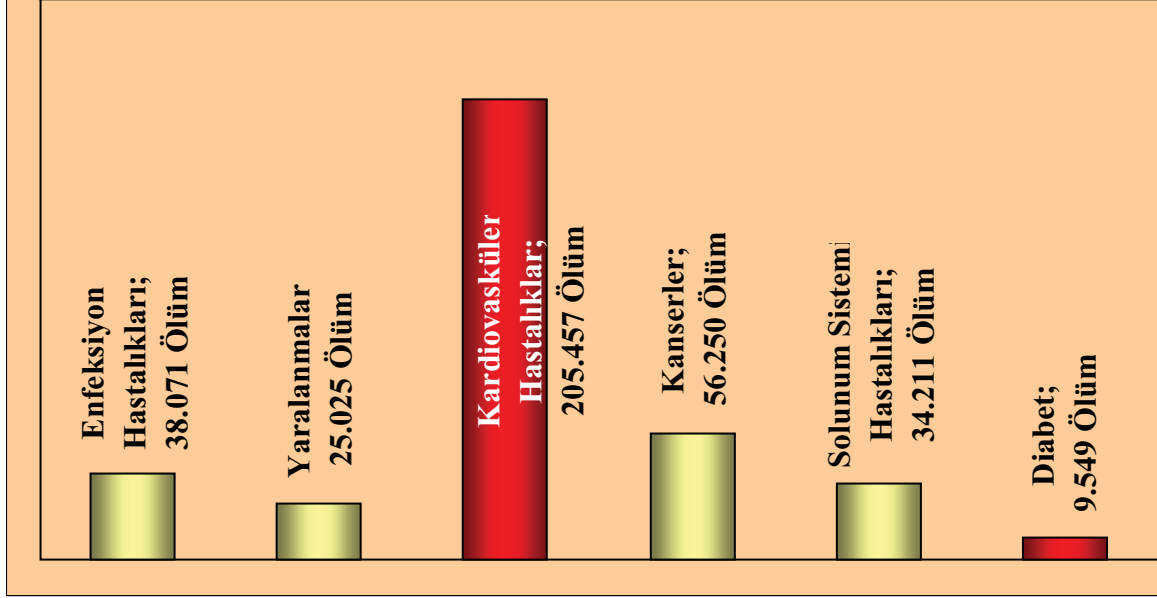
- Küresel kronik hastalıklar epidemisi hakkında farkındalığı arttırmak,
- Başta yoksul ve dezavantajlı topluluklar olmak üzere toplum için sağlıklı çevreler oluşturmak,
- Sağlıksız diyet ve fiziksel inaktivite gibi ortak kronik hastalık risk faktörlerindeki eğilimleri yavaşlatmak ve tersine çevirmek,

- Önde gelen kronik hastalıklar sebebiyle erken ölümler ve kaçınılmaz engellilik hallerini önlemektir (2).

### Ülkemizde Kronik Hastalıklar – Mevcut Durum

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Tüm Türkiye’de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün 305.467’si (%71) kronik hastalıklar nedeniyledir (Şekil 2).

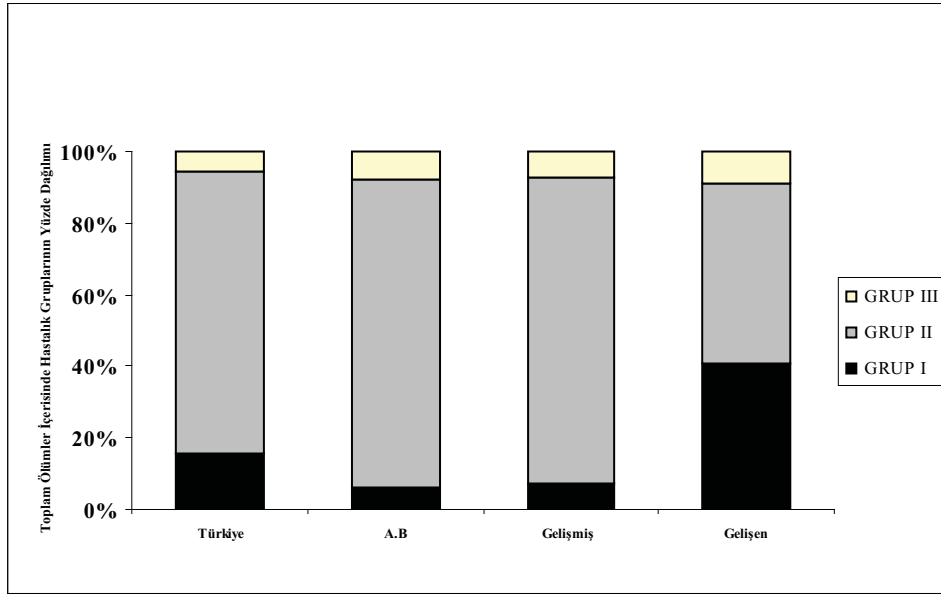
Şekil 2 : 2000 Yılı Ölüm Sayılarının Hastalık Nedenlerine Göre Dağılımı



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye

Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan Hastalıkların yüzde dağılımı, Avrupa Birliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’de birinci grup hastalıklar (Bulaşıcı Hastalıklar, Maternal ve Perinatal Nedenler ve Beslenme Yetersizliğine Bağlı Hastalıklar) AB ve gelişmiş ülkelerden yüksektir. Ancak kronik hastalıkların yer aldığı ikinci grup (Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları) açısından bakıldığında tablo gelişmekte olan ülkelere benzemektedir ki, bu durum yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalıkların yükselmekte olduğunu ifade etmektedir (Şekil 3).

**Şekil 3 : Türkiye’de Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan Hastalıkların Yüzde Dağılımının Avrupa Birliği, Gelişmiş ve Gelişen Ülkelere Göre Karşılaştırılması**



**Grup I:** Bulaşıcı hastalıklar, maternal ve perinatal nedenler ve beslenme yetersizliğine bağlı ortaya çıkan hastalıklar.

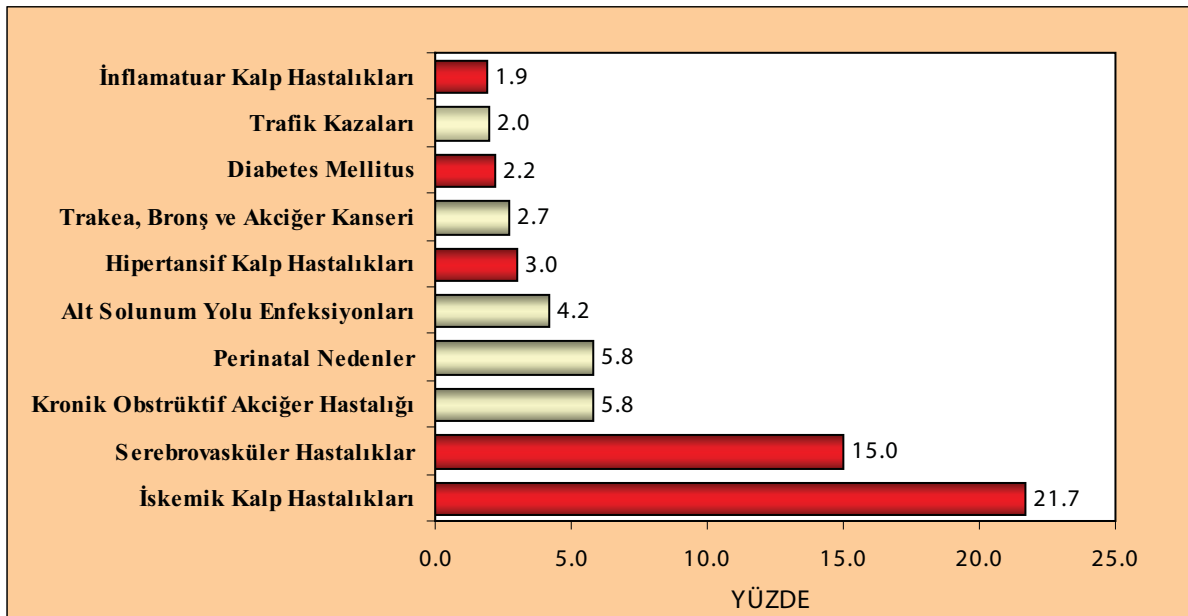
**Grup II:** Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Kalp Damar Sistemi Hastalıkları, Solunum Sistemi Hastalıkları, Sindirim Sistemi Hastalıkları, Endokrin, Nutrisyonel Hastalıklar, Duyu Organ Bozuklukları, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Malign Neoplazmalar, Kas, İskelet Sistemi ve Nörolojik Bozukluklar, Nöropsikiyatrik Bozukluklar ve Ağız ve Diş Sağlığı bozuklukları.

**Grup III:** İstemli ve İstemsiz Yaralanmalar.

**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde ve temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri sıralamasında kronik hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır (Şekil 4 ve 5).

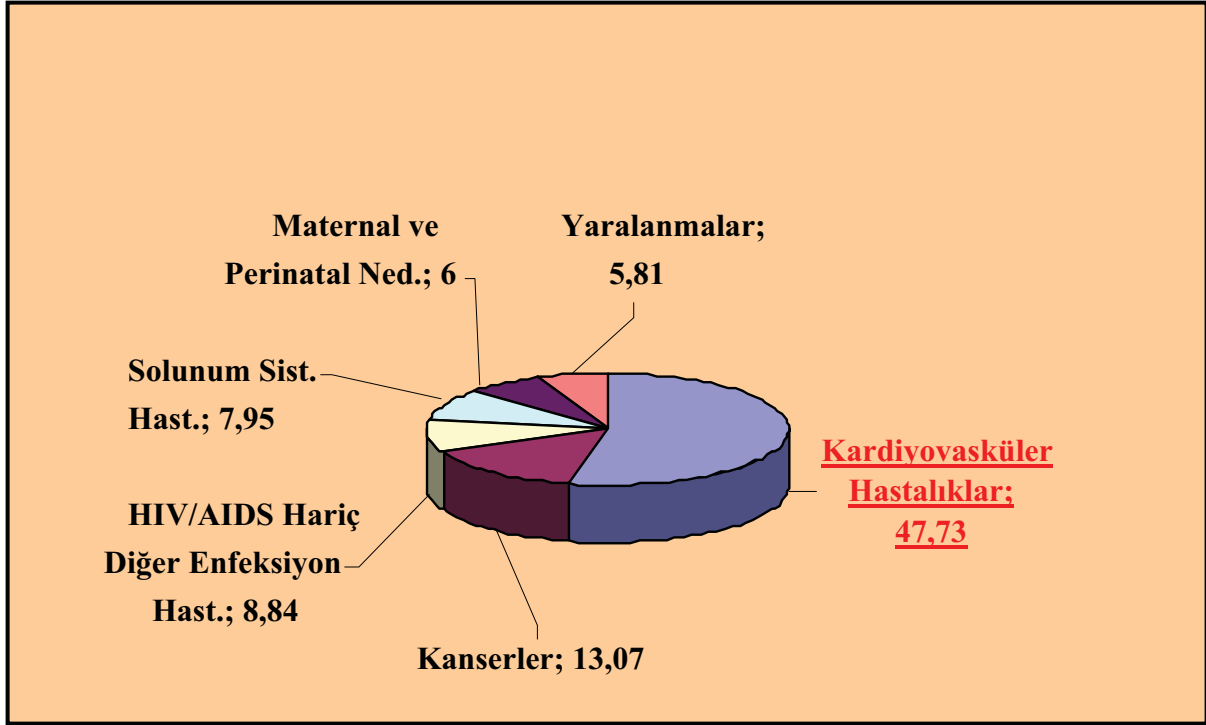
**Şekil 4 : Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk On Hastalığın % Dağılımı**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye



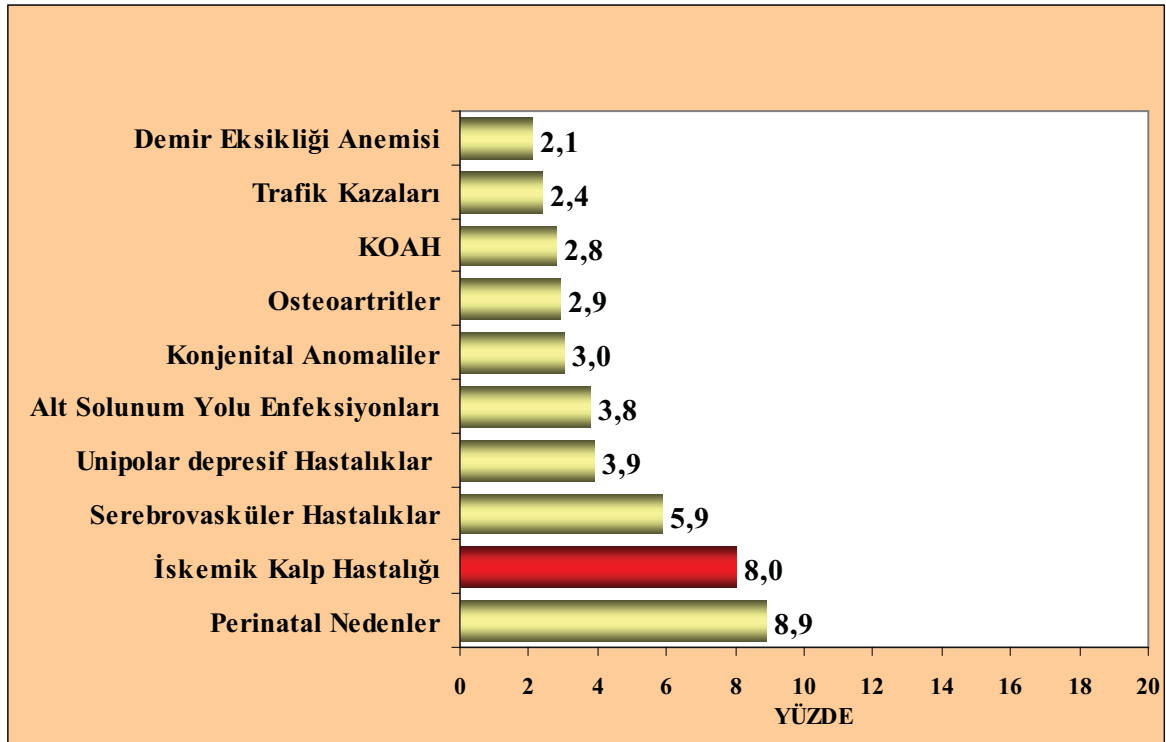
Şekil 5 : Ulusal Düzeyde Ölüm Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye

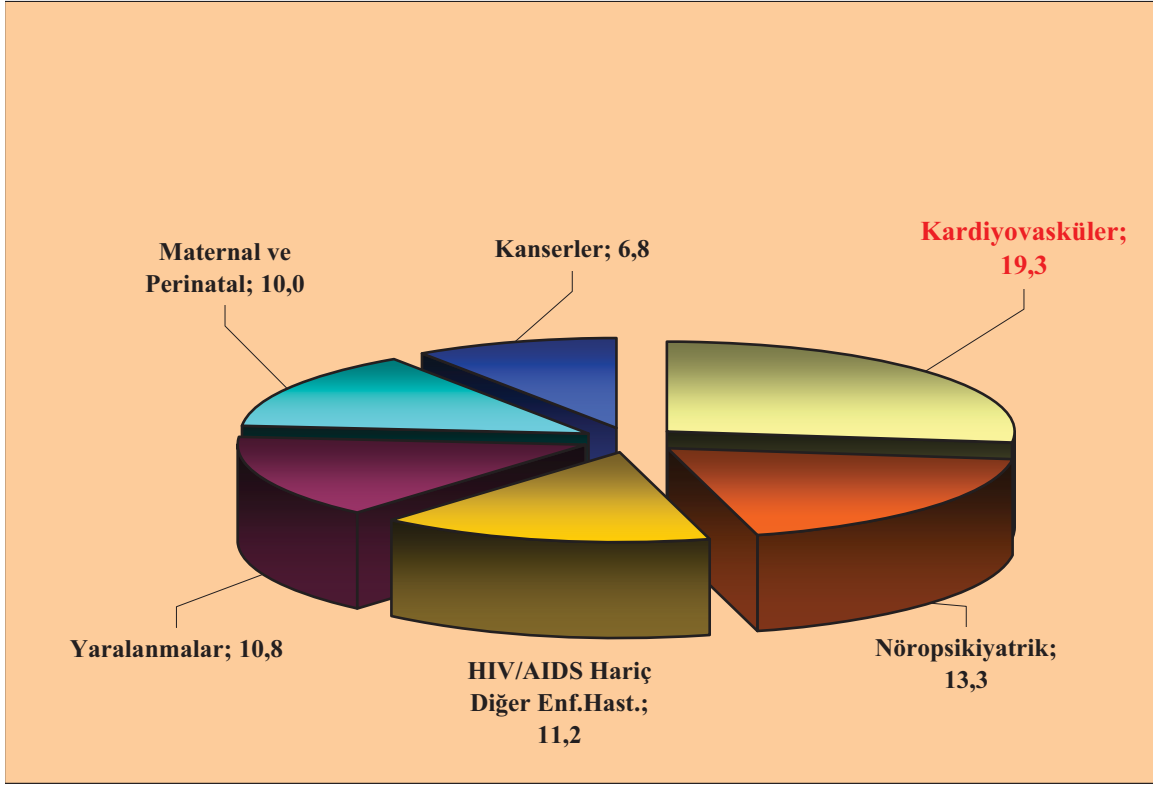
Ulusal hastalık yükü açısından bakıldığında kronik hastalıklar, ilk on hastalık yükü sıralamasında 2. ve 3. sırada, temel hastalık grupları açısından ilk iki sırada yer almaktadır. İskemik kalp hastalığı ise %8 ile ikinci sıradadır (Şekil 6 ve 7).

Şekil 6 : Türkiye Ulusal Düzeyde DALY'e Neden Olan İlk On Hastalığın % Dağılımı



Kaynak: UHY-ME Çalışması, Türkiye

**Şekil 7 : Türkiye’de Ulusal Düzeyde DALY Nedenlerinin Temel Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Ülkemizde diyabet sıklığı çeşitli araştırmalarda %4,75 ile 11,9 arasında değişmektedir (3,4,5).

Ulusal Hanehalkı Araştırması'na (2003) göre; 18 yaş ve üstü cevaplayıcıların;

- %5,56' sının (erkekler %5,36; kadınlar %5,73) angina pektoris ya da göğüs ağrısı,
- %13,67' sinin (erkekler %7,57, kadınlar %18,25) hipertansiyon,
- %1,68' inin (erkekler %1,52; kadınlarda %1,80) inme ya da felç tanısı (bir hekim tarafından) aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 1 : Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 20 Hastalığın Cinsiyete Göre % Dağılımı**

|    | Erkekler                         | %    | Kadınlar                        | %    | Tüm Nüfus                           | Toplam ölümler (%) |
|----|----------------------------------|------|---------------------------------|------|-------------------------------------|--------------------|
| 1  | İskemik Kalp Hastalığı           | 20,7 | İskemik Kalp Hastalığı          | 22,9 | İskemik Kalp Hastalığı              | 21,7               |
| 2  | Serebrovasküler Hastalıklar      | 14,5 | Serebrovasküler Hastalıklar     | 15,7 | Serebrovasküler Hastalıklar         | 15,0               |
| 3  | KOAH                             | 7,8  | Perinatal Nedenler              | 5,9  | Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı | 5,8                |
| 4  | Perinatal Nedenler               | 5,6  | Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları | 4,5  | Perinatal Nedenler                  | 5,8                |
| 5  | Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri | 4,4  | KOAH                            | 3,5  | Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları     | 4,2                |
| 6  | Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları  | 4,0  | Hipertansif Kalp Hastalığı      | 3,3  | Hipertansif Kalp Hastalıkları       | 3,0                |
| 7  | Hipertansif Kalp Hastalığı       | 2,7  | Diabetes Mellitus               | 2,9  | Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri    | 2,7                |
| 8  | Trafik Kazaları                  | 2,6  | Meme Kanseri                    | 2,1  | Diabetes Mellitus                   | 2,2                |
| 9  | İnflamatuvar Kalp Hastalığı      | 1,8  | İnflamatuvar Kalp Hastalığı     | 2,0  | Trafik Kazaları                     | 2,0                |
| 10 | Konjenital Anomaliler            | 1,6  | İshalle Seyreden Hastalıklar    | 1,6  | İnflamatuvar Kalp Hastalıkları      | 1,9                |
| 11 | Diabetes Mellitus                | 1,6  | Konjenital Anomaliler           | 1,5  | Konjenital Anomaliler               | 1,6                |
| 12 | İshalle Seyreden Hastalıklar     | 1,4  | Nefrit ve Nefrozlar             | 1,4  | İshalle Seyreden Hastalıklar        | 1,5                |
| 13 | Mide Kanseri                     | 1,4  | Romatizmal Kalp Hastalıkları    | 1,3  | Mide Kanseri                        | 1,3                |
| 14 | Lösemi                           | 1,2  | Trafik Kazaları                 | 1,2  | Nefrit ve Nefrozlar                 | 1,1                |
| 15 | Mesane Kanseri                   | 1,1  | Mide Kanseri                    | 1,2  | Lösemiler                           | 1,0                |
| 16 | Tüberküloz                       | 1,0  | Lenfomalar ve Multiple Myeloma  | 0,9  | Romatizmal Kalp Hastalıkları        | 0,9                |
| 17 | Kolon ve Rektum Kanseri          | 1,0  | Düşmeler                        | 0,9  | Meme Kanseri                        | 0,9                |
| 18 | Peptik Ülser                     | 1,0  | Peptik Ülser                    | 0,9  | Peptik Ülser                        | 0,9                |
| 19 | Lenfomalar ve Multiple Myeloma   | 1,0  | Over Kanseri                    | 0,8  | Lenfoma ve Multiple Myeloma         | 0,9                |
| 20 | Düşmeler                         | 0,9  | Kolon ve Rektum Kanseri         | 0,8  | Düşmeler                            | 0,9                |

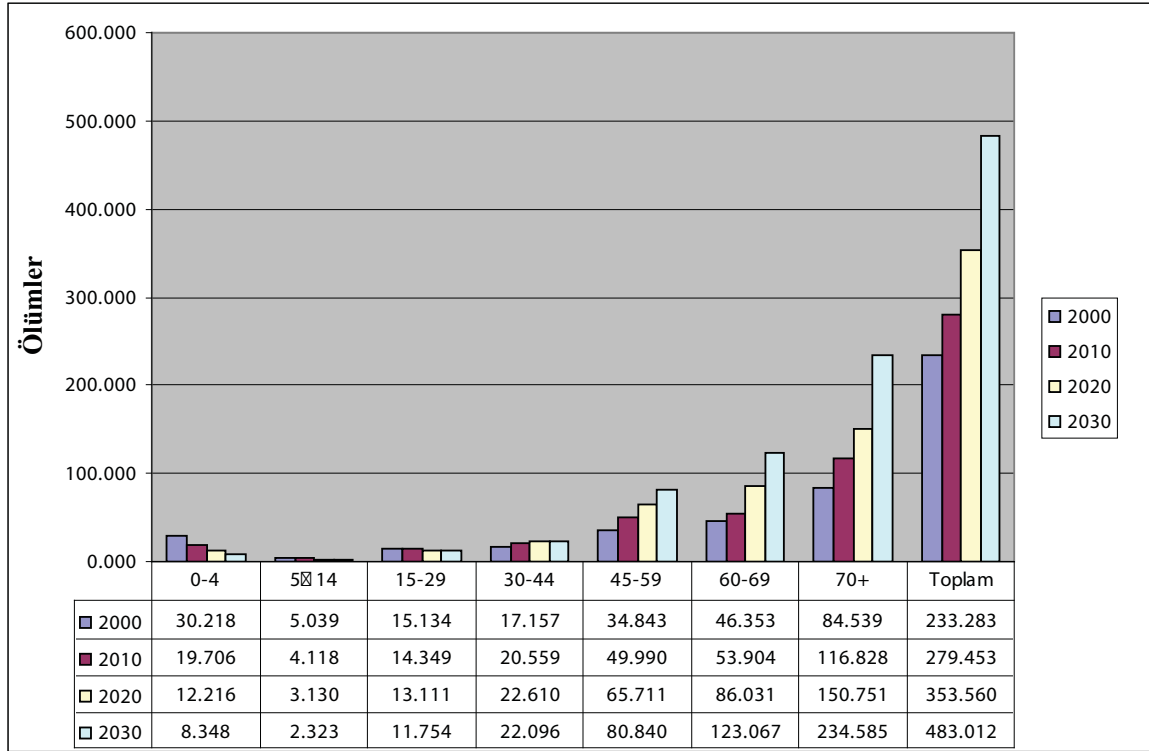
**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Tablo 1’de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalığın cinsiyete göre yüzde dağılımı görülmektedir.

### 3.1.2. Projeksiyonlar

Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkilik Çalışması kapsamında 2000, 2010, 2020 ve 2030 yılları için belirlenen toplam ölüm sayıları ve kalp-damar hastalıkları ile Diabetes Mellitus'a bağı erkek ve kadınlarda beklenen ölüm sayıları aşağıda sunulmaktadır.

**Şekil 8 : 2000 Yılında Türkiye’de Erkeklerde Ölüm Sayılarının Yaş Gruplarına Göre 2010, 2020 ve 2030 Yılı Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**



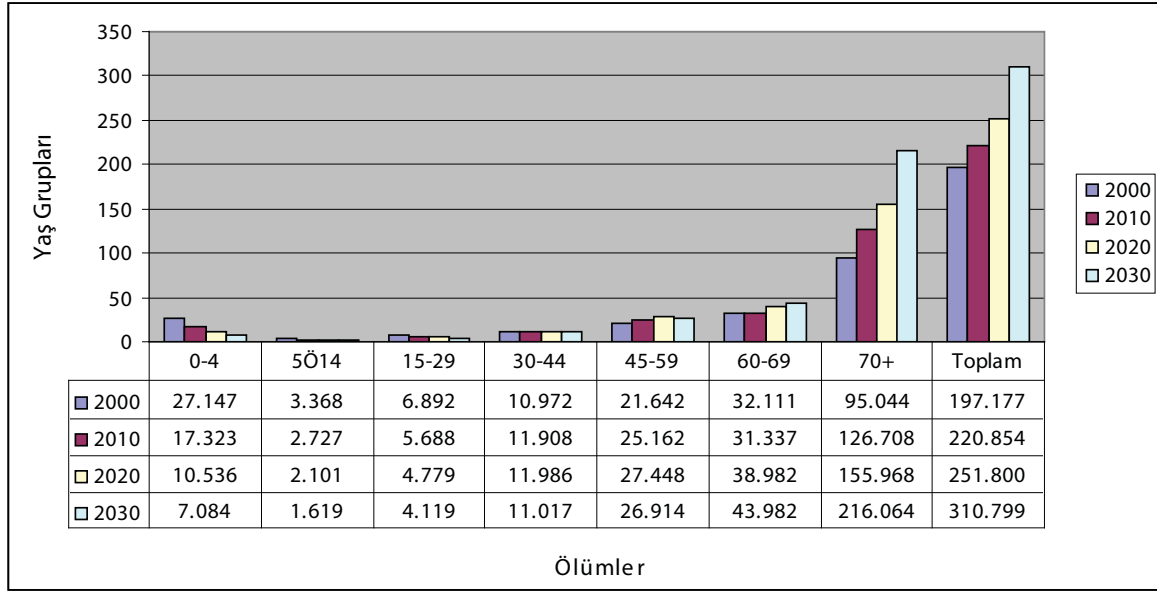
**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Şekil 8’de görüldüğü gibi 2000 yılında erkeklerde Türkiye genelinde saptanan toplam ölüm sayısı 233.283’ tür. Yaş, cinsiyet ve nedene özel ölüm sayılarının projeksiyonunda kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hâsıla, zaman, teknolojik ilerlemeler, okullaşma oranı gibi insan kaynağı faktörleri dikkate alınarak regresyon modelleri uygulanmıştır. Bu uygulamalar sonrası erkeklerde beklenen ölüm sayısı 2010 yılında 279.453, 2020 yılında 353.560 ve 2030 yılında ise 483.012’ dir. Buna göre 2030 yılına kadar erkeklerde ölüm sayılarında 2000 yılına göre 2,07 kat artış beklenmektedir. Yıllar içerisindeki ölüm sayılarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde ise; 0-4 yaş grubunda 2000 yılında toplam 30.218 ölüm saptandığı görülmektedir. Bu yaş grubunda perinatal nedenler ve enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar en sık görülen ölüm nedenleri arasındadır.

Projeksiyonlar sonucu 2010 yılında bu yaş grubunda beklenen ölüm sayısının 19.706’ya, 2020 yılında 12.216’ ya, 2030 yılında ise 8.348’ e düşeceği belirlenmiştir. Aynı azalma eğilimi 5-14 ve 15-29 yaş gruplarında da gözlenirken yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan kronik hastalıklardaki artışa paralel olarak 30-44 yaş grubundan sonra ölüm sayılarında artış gözlenmektedir. 30-44 yaş grubunda 2000 yılında 17.157 olarak saptanan ölüm sayısı, 2010 yılında 20.559, 2020 yılında 22.610, 2030 yılında ise 22.096 olarak hesaplanmıştır. 45-59 yaş grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 34.843’ dür.

Bu sayının 2010 yılında 49.990' a, 2020 yılında 65.711' e ve 2030 yılında ise 80.840' a ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yıllar içerisinde 60–69 yaş grubundaki ölüm sayılarındaki değişim ise sırasıyla 46.353, 53.904, 86.031 ve 123.067 olarak bulunmuştur. 70 ve üzeri yaş grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 84.539 iken bu sayının 2010 yılında 116.828' e, 2020 yılında 150.751' e ve 2030 yılında ise 234.585' e ulaşacağı görülmektedir.

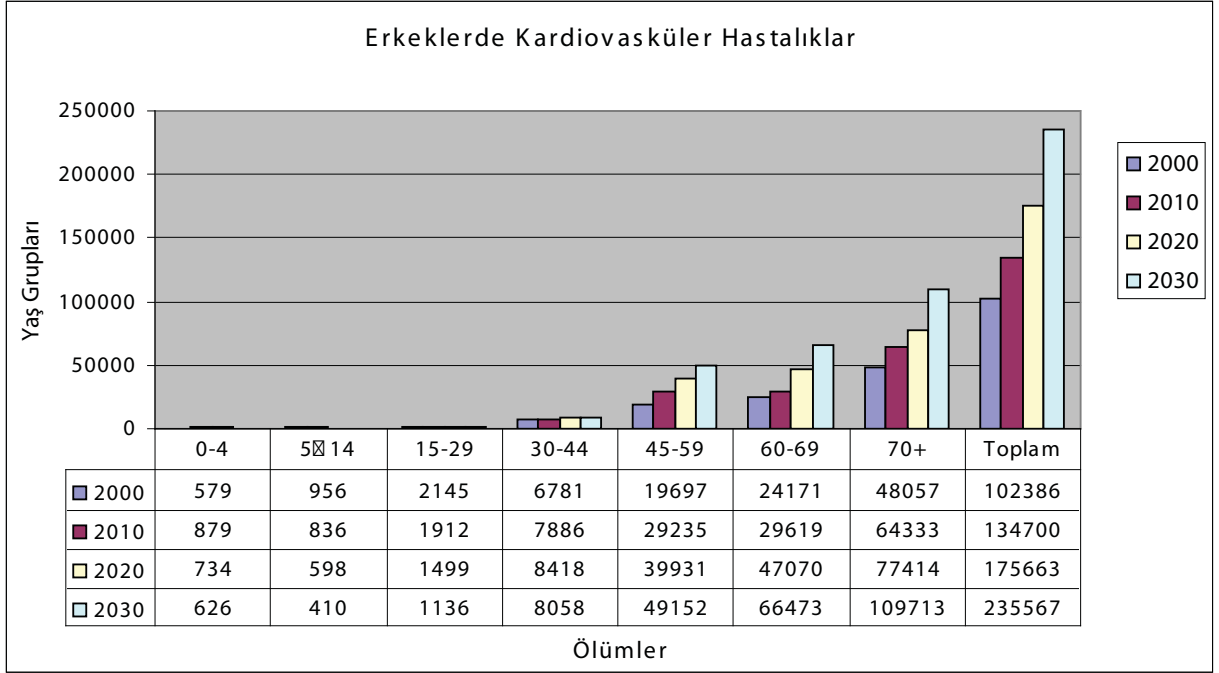
**Şekil 9 : 2000 Yılında Türkiye’de Kadınlarda Ölüm Sayılarının Yaş Gruplarına Göre 2010, 2020 ve 2030 Yılı Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Şekil 9’da görüldüğü gibi 2000 yılında kadınlarda Türkiye genelinde saptanan toplam ölüm sayısı 197.177’ dir. Projeksiyonlar sonrası beklenen ölüm sayısı 2010 yılında 220.854, 2020 yılında 251.800, 2030 yılında ise 310.799 bulunmuştur. 2030 yılına kadar kadınlar arasındaki ölüm sayılarında 2000 yılındaki ölüm sayısına göre 1,58 kat artış beklenmektedir. Yıllar içerisindeki ölüm sayılarının yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde ise; 0-4 yaş grubunda 2000 yılında toplam 27.147 ölüm saptandığı görülmektedir. 2010 yılında beklenen ölüm sayısının 17.323’ e, 2020 yılında 10.536’ ya, 2030 yılında ise 7.084’ e düşeceği hesaplanmıştır. Ölüm sayılarındaki azalma eğilimi, aynen erkeklerde olduğu gibi, 5-14 ve 15-29 yaş gruplarında da gözlenirken 30-44 yaş grubundan sonra ölüm sayılarında artış beklenmektedir. 30-44 yaş grubunda 2000 yılında 10.972 olarak saptanan ölüm sayısı, 2010 yılında 11.908, 2020 yılında 11.986, 2030 yılında ise 11.017 olarak hesaplanmıştır. 45-59 yaş grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 21.642’ dir. Bu sayının 2010 yılında 25.162’ ye, 2020 yılında 27.448’ e ve 2030 yılında ise 26.914’ e ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yıllar içerisinde 60-69 yaş grubundaki ölüm sayılarındaki değişim ise sırasıyla 32.111, 31.337, 38.982 ve 43.982 olarak bulunmuştur. 70 yaş üstü grubunda 2000 yılında saptanan ölüm sayısı 95.044 iken bu sayının 2010 yılında 126.708’ e, 2020 yılında 155.968’ e ve 2030 yılında ise 216,064’ e ulaştığı gözlenmektedir.

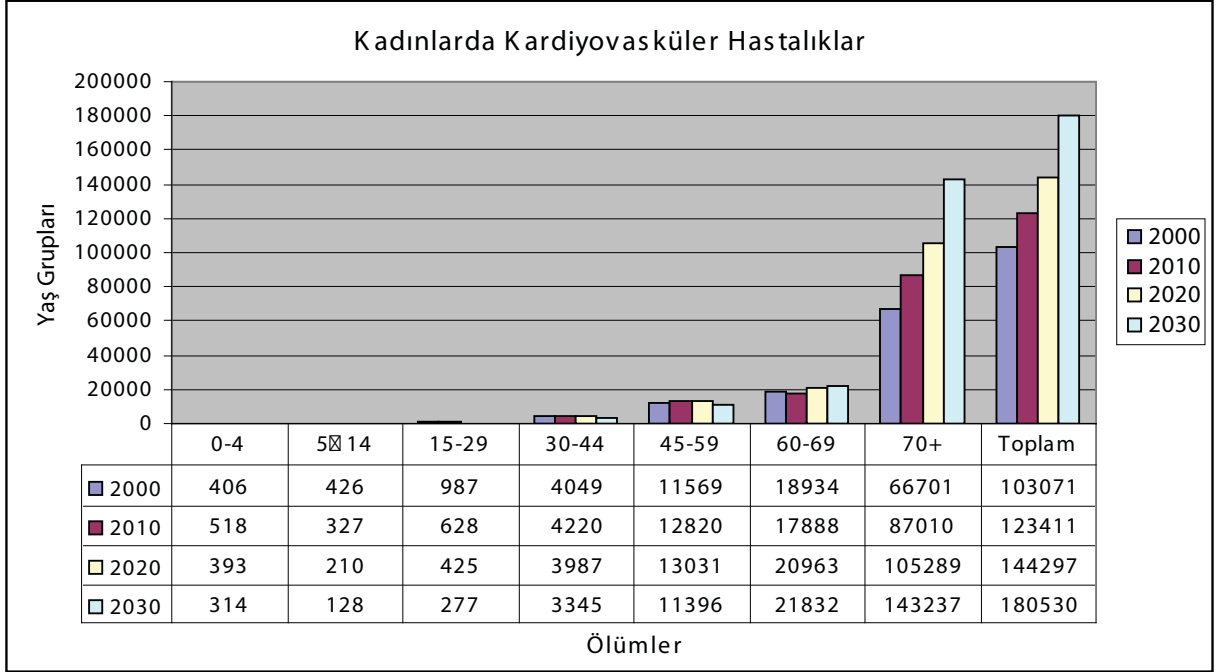
**Şekil 10 : Türkiye Geneline 2000 Yılında Erkeklerde Kalp-Damar (Kardiovasküler) Hastalıklarına Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Erkeklerde 2000 yılında kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 102.386' dır. Bu sayının 2010 yılında 134.700' e, 2020 yılında ise 175.663' e, 2030 yılında ise 235.567' ye ulaşacağı beklenmektedir. 30 yıllık sürede erkeklerde kalp-damar hastalıklarına bağlı nedenlerle oluşacak ölüm sayılarının 2,3 kat artış göstereceği hesaplanmaktadır.

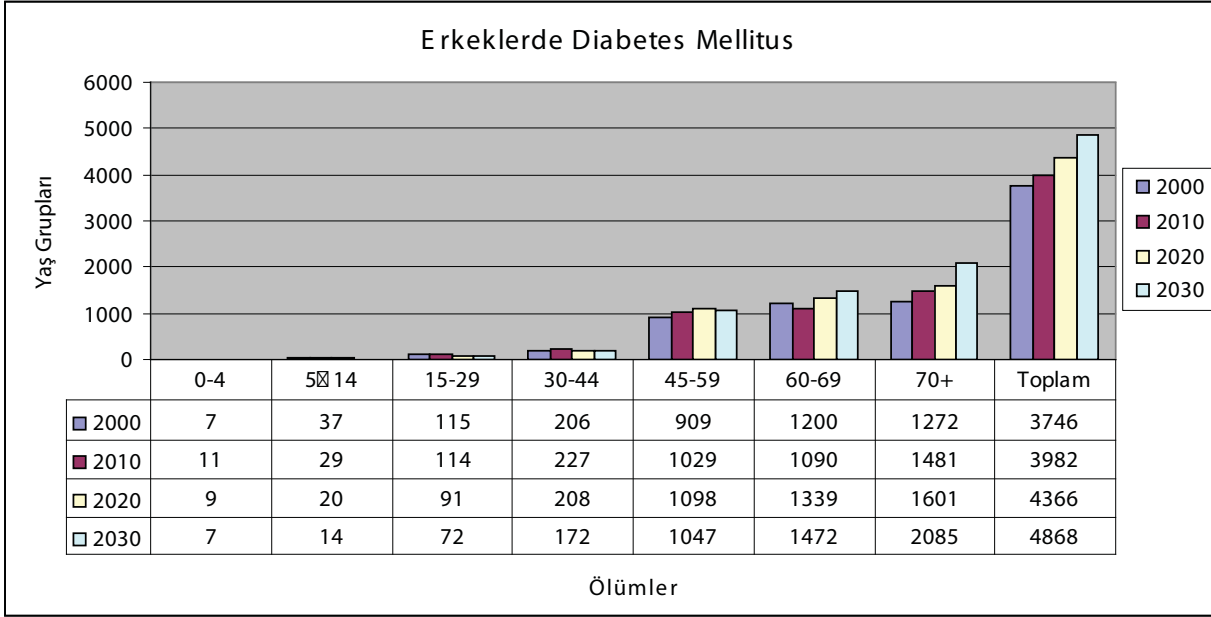
**Şekil 11 : Türkiye Geneline 2000 Yılında Kadınlarda Kalp-damar (Kardiyovasküler) Hastalıklarına Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

2000 yılında Türkiye’de kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşen ölüm sayısının 103.071 olduğu, bu sayının 2010 yılında 123.411, 2020 yılında 144.297 ve 2030 yılında 180.530’ a çıkacağı hesaplanmaktadır. 30 yıllık sürede kadınlarda kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerin 1,8 kat artış göstereceği tahmin edilmektedir.

**Şekil 12: Türkiye Genelinde 2000 Yılında Erkeklerde Şeker Hastalığına (Diabetes Mellitus) Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**

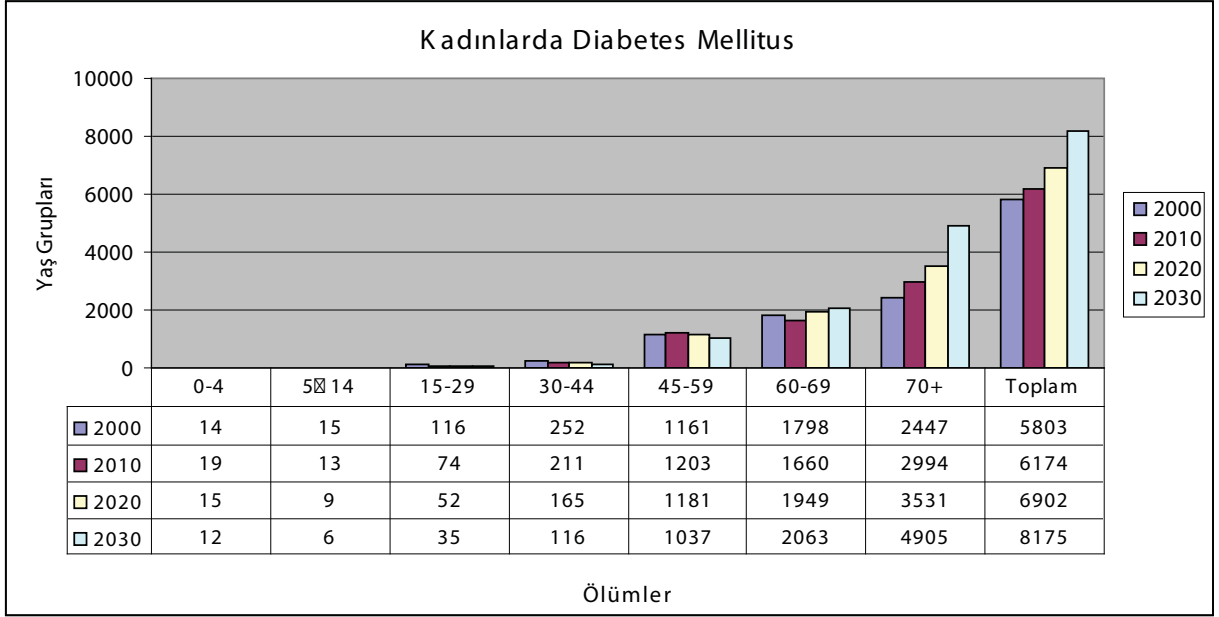


**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Erkeklerde 2000 yılında Diabetes Mellitus'a bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 3,746'dır. Bu sayının 2010 yılında 3,982'e, 2020 yılında 4,366'a, 2030 yılında ise 4,868'e ulaşacağı beklenmektedir. Buna göre 30 yıllık sürede erkeklerde Diabetes Mellitus nedeniyle oluşacak ölüm sayılarında 1,3 kat artış olacağı tahmin edilmektedir.



**Şekil 13 : Türkiye Genelinde 2000 Yılında Kadınlarda Şeker Hastalığına (Diabetes Mellitus) Bağlı Ölüm Sayılarının 2010, 2020 ve 2030 Yılında Beklenen Ölüm Sayıları İle Karşılaştırılması (UHY-ME Çalışması, Türkiye)**



**Kaynak:** UHY-ME Çalışması, Türkiye

Kadınlarda 2000 yılında Diabetes Mellitus'a bağlı nedenlerle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 5,803'tür. Bu sayının 2010 yılında 6,174'e, 2020 yılında 6,902'ye, 2030 yılında ise 8,175'e ulaşacağı beklenmektedir. Buna göre 30 yıllık sürede kadınlarda Diabetes Mellitus nedeniyle oluşacak ölüm sayılarında 1,4 kat artış olacağı tahmin edilmektedir.

### 3.1.3. Risk Faktörleri

Tansiyon yüksekliği, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, obezite gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı olan:

- 860.083 DALY yükünün 772.814' sinin önlenebileceği ve
- 300.000' den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır (6).

**Tablo 2 : Seçilmiş Risk Faktörlerinin Önlenmesi İle Cinsiyete Göre Türkiye Geneline Önlenebilecek Ölüm ve DALY Sayıları**

| <i>Risk faktörleri</i>                           | <b>Önlenen Ölümler</b> |              |                    |
|--|------------------------|--------------|--------------------|
|  | <i>Erkek</i>           | <i>Kadın</i> | <i>Erkek+Kadın</i> |
| <b>Obezite (&gt;30, Vücut Kitle İndeksi)</b>     | 26.006                 | 31.136       | 57.143             |
| <b>Sigara İçme</b>                               | 52.905                 | 1.794        | 54.699             |
| <b>Fiziksel aktivitenin yetersiz olma durumu</b> | 22.515                 | 22.605       | 45.120             |
| <b>Düşük düzeyde meyve ve sebze tüketimi</b>     | 21.668                 | 17.066       | 38.734             |
| <b>Önlenen DALY'ler</b>                          |                        |              |                    |
| <i>Risk faktörleri</i>                           | <i>Erkek</i>           | <i>Kadın</i> | <i>Erkek+Kadın</i> |
| <b>Obezite (&gt;30, Vücut Kitle İndeksi)</b>     | 379.980                | 407.203      | 787.183            |
| <b>Sigara İçme</b>                               | 870.603                | 61.306       | 787.183            |
| <b>Fiziksel aktivitenin yetersiz olma durumu</b> | 254.555                | 210.072      | 464.627            |
| <b>Düşük düzeyde meyve ve sebze tüketimi</b>     | 250.660                | 166.216      | 416.876            |

**Kaynak:** Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004

Tablo 2 değerlendirildiğinde, obezitenin önlenmesi ile 57.143, sigara içmenin önlenmesi ile 54.699 ölümün önlenebileceği görülmektedir.

Fiziksel hareketliliğin artırılması ile 45.120, meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile ise 38.734 ölümün önlenebileceği tahmin edilmektedir.

Obezitenin önlenmesi ile 787.183, sigara içmenin önlenmesi ile 787.183 DALY kazanılacağı hesaplanmaktadır.

Fiziksel hareketliliğin artırılması ile 464.627, meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile ise 416.876 DALY kazanılacağı hesaplanmaktadır.

#### 3.1.3.1. Sigara ve Diğer Tütün Ürünlerinin Kontrolü

Sigara kullanımı, halk sağlığı bakımından ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Bütün dünyada sigara ve diğer tütün ürünlerinin üretimi ve tüketimindeki artış, hanehalkı ve ulusal sağlık sistemleri üzerine ciddi yükler getirmektedir. Sigara tüketiminin ve sigara dumanına maruz kalmanın ölüme, hastalıklara ve sakatlıklara neden olduğu, yüksek düzeyde bağımlılık yapan tütün ürünlerinin farmakolojik olarak aktif, zehirli ve kanserojen oldukları bilimsel gerçektir.

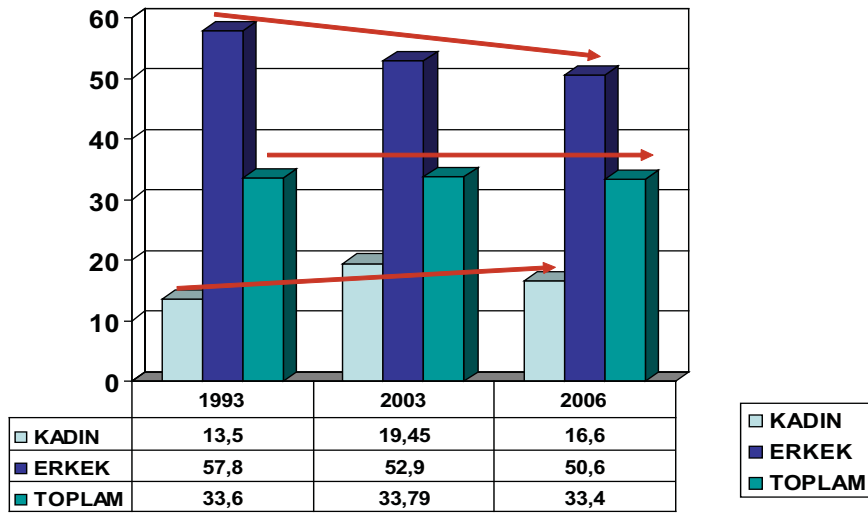
Ülkemizde de sigara içme alışkanlığı yaygın olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye, Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde üçüncü sırada, dünya ülkeleri arasında ise yedinci sıradadır (7).

Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 33,4' ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 50,6 iken, kadınlarda % 16,6' dır (8).

13 -15 yaş grubunda yapılan 'Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre her üç çocuktan biri sigarayı denemiş, üçte biri de sigaraya 10 yaşından önce başlamıştır.

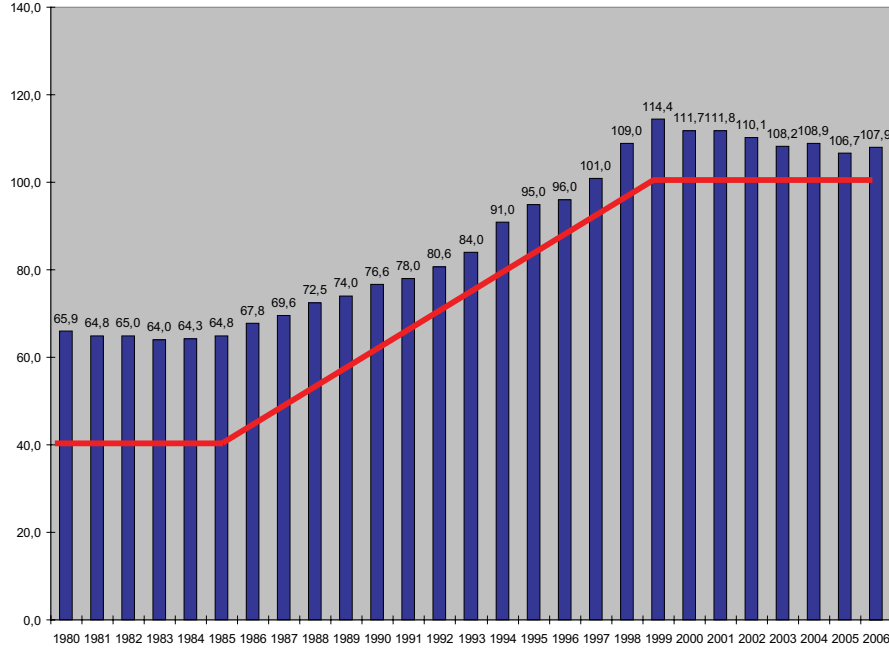
Araştırmaya katılanların % 89' u evde, % 90' ı halka açık alanlarda pasif maruziyete uğramaktadır (9).

**Şekil 14 : Türkiye'de 18 ve Üzeri Yaş Nüfusta Sigara Kullanım Prevalansı**



**Kaynaklar:** 1993 Sağlık Bakanlığı Araştırması, 2003 Sağlık Bakanlığı Ulusal Hanehalkı Araştırması, 2006 Aile Araştırma Kurumu ve TÜİK Aile Yapısı Araştırması.

Şekil 15 : Türkiye’de Yıllara Göre Sigara Tüketimi (Bin ton)



**Kaynaklar:** Tekel ve TAPDK, 2006 Verileri

2005 Eurobarometer çalışmasına göre, Türk halkının % 80’ i sigara dumanından pasif olarak etkilenmektedir ve bunların % 50’ si maruz kaldığı sigara dumanı kaynaklı zararlarının farkındadır.

Ulusal Hanehalkı Araştırması 2003’e göre 18 yaş üzeri kişilerde sigara ve diğer tütün ürünlerini kullanmaya başlama yaşı 19,2 , bir günde içilen sigara adedi 17’ dir. Yanında başkaları tarafından sigara içilmesi nedeniyle, sigara dumanına maruz kalma oranı % 54,51, sık bulunulan ortamlarda sigara dumanına maruz kalma oranı ise % 55,64’ tür (3).

Sigara kullanma durumuna atfedilebilir hastalık yükü ve ölüm sayılarının hastalıklara göre dağılımı, Tablo 3’ te sunulmuştur.

**Tablo 3 : Sigara Kullanma Durumuna Atfedilebilir Hastalık Yükü ve Ölüm Sayılarının Hastalıklara Göre Dağılımı**

| Hastalık                             | Atfedilebilir Ölümler | Atfedilebilir YLL | Atfedilebilir DALY | Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|---|
| Trakea, bronş ve akciğer kanserleri  | 10.510                | 107.075           | 112.634            | 1,0   |
| Üst solunum-sindirim yolu kanserleri | 1.340                 | 15.593            | 16.469             | 0,2   |
| Diğer kanserler                      | 3.341                 | 43.163            | 45.833             | 0,4   |
| Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı  | 12.902                | 72.689            | 150.406            | 1,4   |
| Diğer solunum hastalıkları           | 2.105                 | 33.387            | 58.377             | 0,5   |
| <b>Kardiyovasküler hastalıklar</b>   | <b>21.317</b>         | <b>274.770</b>    | <b>321.237</b>     | <b>3,0</b>                                    |
| Seçilmiş diğer tıbbi nedenler        | 3.185                 | 50.006            | 226.953            | 2,1   |
| <b>Tüm nedenler</b>                  | <b>54.699</b>         | <b>596.684</b>    | <b>931.909</b>     | <b>8,6</b>                                    |

**Kaynak:** Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004

Görüldüğü gibi sigara kullanımı, ilişkili olan hastalıklara bağlı hastalık yükünün % 8,6' sını gibi büyük bir kısma sebep olabilmektedir. Sigara kullanımı ile ilişkili hastalıklardan kalp ve damar hastalıkları toplam DALY'nin %3 'ünden sorumludur.

Sigara kullanımının önlenmesi ile kalp-damar hastalıkları kaynaklı önlenebilir ölüm sayısının 21.317 olacağı hesaplanmaktadır ki, bu da tüm ölümlerin % 5' idir (6).

Dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan "Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi-WHO-FCTC Framework Convention on Tobacco Control", 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre'de Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir. Bu sözleşme 25 Kasım 2004 tarihinde TBMM'ce kabul edilerek 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak Türkiye'de de yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı'nca 2006 - 2010 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanan "Ulusal Tütün Kontrol Programı" 7 Ekim 2006 da 26312 Nolu Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın oluşturulmasını takiben, 5727 sayılı "Tütün Mamüllerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" 03.01.2008 tarihinde TBMM'de kabul edilerek 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Ek- F).

Bu eylem planında Kalp ve Damar Hastalıkları'nın önlenmesi ile ilgili olan; Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim, Sigarayı Bırakma, Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi ve Gençlerin Tütün Mamüllerine Ulaşabilirliğinin Engellenmesi ile ilgili kısımlarına yer verilmiştir. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı'nın ana başlıkları aşağıda sıralanmıştır:

## **Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2008 - 2012)**

### **A. Tütün Ürünlerine Olan Talebin Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

1. Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim
2. Sigarayı Bırakma
3. Fiyat ve Vergilendirme
4. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi
5. Reklâm, Promosyon ve Sponsorluk
6. Ürün Kontrolü ve Tüketicinin Bilgilendirilmesi

### **B. Tütün Ürünlerine Olan Arzın Azaltılmasına Yönelik Önlemler**

1. Yasa dışı Ticaret
2. Gençlerin Ulaşabilirliği
3. Tütün Üretimi ve Alternatif Politikalar

### **C. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programının İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması**

1. Tütün Kullanımı ve Ulusal Tütün Kontrol Programı'nın İzlenmesi, Değerlendirmesi ve Raporlanması

### 3.1.3.2. Sağlıksız Beslenme

Her yıl dünyada en az 2,6 milyon kişi aşırı kilo veya şişmanlık sonucunda hayatını kaybetmektedir (1). Avrupa ülkelerinde yaklaşık 400 milyon yetişkinin fazla kilolu olduğu, bunların 130 milyonunun ise obez oldukları bildirilmektedir (10). Şişmanlık dünya genelinde epidemik hızlara ulaşmış durumdadır (11).

Gittikçe ilerleyen bu küresel tehdide karşı DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından üye ülkelerin en üst düzeyde önlemler almasını hedefleyen bir “Bakanlar Konferansı” tertip edilmiştir. Konferans Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ev sahipliği ile 15-17 Kasım 2006 tarihlerinde İstanbul’da düzenlenmiştir (12).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Profesör Dr. Recep AKDAĞ ve DSÖ Avrupa Bölgesi Direktörü Dr. Marc DANZON tarafından Ek-C’de yer alan Obezite ile Mücadele konulu Avrupa Şartı imzalanmıştır.

Bu alanda türünün ilk örneği olan Avrupa Obeziteye Karşı Koyma Beratı, 20 Şubat 2007 günü Kopenhag’da başlatılmıştır.

Avrupa Obeziteye Karşı Koyma Beratı’nın amacı net bir şekilde belirlenmiştir: “Ülkelerin büyük çoğunluğunda önümüzdeki 4-5 yıl içerisinde, özellikle çocuk ve adolesanlarla ilgili olmak üzere, gözle görülebilir bir ilerleme başarılabilir olmalıdır. En geç 2015’e kadar bu eğilimin tersine çevrilmesi mümkün olmalıdır.” Bu amaca ulaşmak, birçok sektörde spesifik ve hedeflenmiş eylemi gerektirmektedir. Berat’ın başlatılması, gelecek adımlar üzerinde odaklanmak üzere organize edilmiştir. Berat şu önemli faaliyet alanlarını tanımlamaktadır: özellikle de çocuklara yönelik olan, pazarlama baskısını azaltmak; anne sütü ile beslemeyi özendirmek; işlem görmüş ürünlerdeki özel olarak eklenmiş serbest şekerleri, yağ ve tuzu azaltmak; gıdaların besin etiketlemesinin yeterliliği; daha iyi kent tasarımı ve ulaşım politikaları ile bisiklet sürme ve yürümenin teşvik edilmesi.

2007-2012 yılları arası İkinci Avrupa Gıda ve Beslenme Politikası Eylem Planı DSÖ Avrupa Bölgesi 57. Bölgesel Komite toplantısında kabul edilmiştir.

Ülkemizde şişmanlık prevalansı 1990 yılından bu yana hızlı bir artış göstermektedir. 1990 yılı taramalarında şişman kişi sayısı erkeklerde 1,5 milyon, kadınlarda 4 milyon civarında iken, bugün yaklaşık 2,63 milyon erkek ve 5,46 milyon kadının şişman olduğu tahmin edilmektedir. Bu da şişman kişi sayısında, kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında bir artışı göstermektedir (13).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3.681 kişiyi kapsayan Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında Beden Kitle İndeksi’nin (BKİ) 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olması şişmanlık (obezite) olarak tanımlanmış ve 1990 yılı kohortunda obezite prevalansı % 16,4 (kadınlarda %24 erkeklerde %9) bulunmuştur. Aynı çalışmanın 1997–98 kohortunda bu rakam %28,6’ya (kadınlarda %38,8, erkeklerde % 18,7) yükselmiştir. Buna göre geçen 8 yıl içinde şişmanlık sıklığı kadınlarda %50 ve erkeklerde %65 artmıştır. 2000 yılı değerlendirmesinde ise şişmanlık sıklığının kadınlarda %43, erkeklerde %21,1’e yükseldiği bildirilmiştir.

1999-2000 yılları arasında yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA)'nda ise; Erişkin yaşta 23.888 kişide şişmanlık bakımından kaba prevalans %26,8 bulunmuştur. Kadın nüfusunun yarısı, erkeklerin %40' ı ve genel erişkinlerin %44,4' ü normal kilonun üzerinde bulunmuştur.

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP), 20 yaş üzerinde 24.788 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma, ülkemizde erişkin yaştakilerin ancak %40 kadarının Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenen normal Beden Kitle İndeksi (BKİ)' ne sahip olduğunu, toplumun yarısından fazlasının fazla kilo problemi bulunduğunu ortaya koymuştur. TURDEP çalışmasında genel şişmanlık prevalansı (BKİ  $\geq$  30 kg/ m<sup>2</sup>) kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak bulunmuştur. “Santral obezite” açısından DSÖ'nün tanımı çerçevesinde (bel çevresi kadında  $\geq$  88 cm, erkekte  $\geq$  102 cm), genel obezite prevalansı %34,3 (kadınlarda %48,4 ve erkeklerde %16,9) bulunmuştur. Türk kadınlarında “santral obezite” sıklığının bu denli yüksek olması, kadın nüfusun başta kalp damar hastalıkları ve diabetes mellitus olmak üzere gelecekte karşılaşılabileceği önemli sağlık sorunlarına işaret etmektedir.

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan ve 15-49 yaş grubu kadınları çalışma kapsamına alan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde ise kadın nüfusta şişmanlığın gittikçe arttığı görülmektedir. Bu çalışmada BKİ 25,0 ile 29,9 kg/m<sup>2</sup> arasında olanlar “hafif obez”, BKİ  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> olanlar “obez” olarak tanımlanmıştır. 1998 ve 2003 yılında yapılan TNSA çalışmasının sonuçları incelendiğinde ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınlarda hafif obez oranı 1998 yılında %33,4; 2003 yılında %34,2; obez oranı ise 1998 yılında %18,8; 2003 yılında %22,7 olarak bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı'nın “Sağlık 21: Herkese Sağlık” çalışmaları kapsamında 1997 yılında yaptığı araştırmada BKİ'ne göre; erkeklerin %37,9' unun, kadınların %32,4' ünün fazla kilolu, erkeklerin %9,6' sının, kadınların %23,6' sının şişman olduğu bildirilmiştir. Bel-kalça oranı 1,0' in üzerinde olan erkeklerin oranı %13,4 iken bel-kalça oranı 0,8' in üzerinde olan kadınların oranı % 46,1 olarak bildirilmiştir (14).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2004 yılında 7 ilde 14 sağlık ocağında yapılan “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” çalışmasında şişmanlık ve düzenli fiziksel hareketlilik durumu sorgulanmıştır. Yapılan istatistikî analizler sonucunda erkeklerde şişmanlık oranı %21,2; kadınlarda % 41,5 olarak bulunmuştur. BKİ değeri 40-69 yaş arasında doğrusal olarak artmakta ve 70 yaşından sonra düşmektedir (14).

**Tablo 4 : Yüksek Beden Kitle İndeksine Atfedilebilir Hastalık Yükünün ve Ölüm Sayılarının Nedenlere Göre Dağılımı**

| Neden                                | Atfedilebilir Ölüm | Atfedilebilir YLL | Atfedilebilir YLD | Atfedilebilir DALY | Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı |
|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---|
| <b>İskemik kalp hastalıkları</b>     | 29.581             | 317.790           | 28.504            | 346.294            | 3,2   |
| <b>Hipertansif kalp hastalıkları</b> | 7.174              | 57.723            | 4.073             | 61.796             | 0,6   |
| İskemik inme                         | 11.109             | 93.794            | 53.136            | 146.930            | 1,4   |
| Diabetes Mellitus                    | 7.674              | 73.921            | 78.319            | 152.240            | 1,4   |
| Osteoartritler                       | 0                  | 0                 | 61.035            | 61.035             | 0,6   |
| Meme kanseri                         | 724                | 7.141             | 1.718             | 8.859              | 0,1   |
| Kolon ve rektum kanserleri           | 646                | 6.583             | 717               | 7.300              | 0,1   |
| Korpus uteri kanseri                 | 235                | 2.079             | 651               | 2.730              | 0,0   |
| <b>Toplam</b>                        | 57.143             | 559.032           | 228.151           | 787.183            | 7,3   |

**Kaynak:** Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004

Tabloda görüldüğü gibi, şişmanlığın önlenmesi ile iskemik kalp hastalığından 29.581 ölüm önlenebilecektir. Önlenebileceği hesaplanan toplam 57.143 ölüm, tüm ölümlerin % 13,3' ünü oluşturmaktadır. Obezitenin önlenmesi ile önleneceği hesaplanan DALY sayıları iskemik kalp hastalığında 346.294 olarak görülmektedir. Tümü için önlenen DALY sayısı toplam DALY'nin % 7,3' ünü oluşturmaktadır.

DSÖ günlük beş ve üzeri sebze-meyve porsiyonu tüketimini yeterli sebze ve meyve tüketimi olarak bildirmektedir. Türkiye'de ise ortalama günde 1,64 porsiyon meyve tüketimi, 1,57 porsiyon sebze tüketimi tespit edilmiştir (3).

Türkiye'de toplumun %7,92' si tuzsuz, %9,29'u çok tuzlu yemektir (3).

Türkiye'de 35–64 yaşlar arasında ortalama “total kolesterol” düzeyi erkeklerde 185 mg/dl, kadınlarda 192 mg/dl' dir. Otuzlu yaş dilimlerine kadar düşük seyreden kolesterol düzeyi 40 yaş ve üstü erkeklerde 188 mg/dl, kadınlarda 204 mg/dl olmakta ve eski değerlerine kıyasla yaklaşık % 25 oranında artmaktadır. Türkiye'de ortalama total kolesterol düzeyi Kuzey Avrupa Ülkeleri ve hatta Akdeniz Ülkeleri ortalama kolesterol düzeyinin 40–50 mg/dl altındadır (15).

### 3.1.3.3. Fiziksel Hareketsizlik

Ulusal Hanehalkı Araştırması (2003) sonuçlarına göre, Türkiye'de nüfusun %20,32' sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,99' unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı %63,69' dur (3).

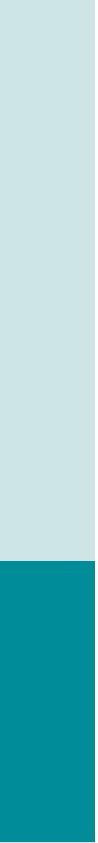


**Tablo 5 : Fiziksel Hareketsizliğe Atfedilebilir Hastalık Yükü ve Ölüm Sayılarının Nedenlere Göre Dağılımı**

| Neden                            | Atfedilebilir Ölüm | Atfedilebilir YLL | Atfedilebilir YLD | Atfedilebilir DALY | Toplam DALY İçindeki Atfedilebilir DALY Oranı |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---|
| <b>İskemik kalp hastalıkları</b> | <b>31.519</b>      | <b>277.445</b>    | <b>23.405</b>     | <b>300.850</b>     | <b>2,8</b>                                    |
| İskemik inme                     | 10.269             | 70.003            | 31.575            | 101.578            | 0,9   |
| Diabetes Mellitus                | 1.663              | 17.194            | 20.262            | 37.456             | 0,3   |
| Meme kanseri                     | 821                | 10.793            | 3.606             | 14.399             | 0,1   |
| Kolon ve rektum kanserleri       | 848                | 9.389             | 954               | 10.343             | 0,1   |
| <b>Total</b>                     | <b>45.120</b>      | <b>384.823</b>    | <b>79.804</b>     | <b>464.627</b>     | <b>4,3</b>                                    |

**Kaynak:** Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004

Fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda iskemik kalp hastalığına bağlı 31.519 ölümün önlenebileceği hesaplanmaktadır. Önlenebilen hastalık yüküne bakıldığında ise fiziksel hareketliliğin yeterli olması halinde iskemik kalp hastalığına bağlı 300.850 DALY önlenebilmektedir. Toplamda 464.627 DALY önlenebilmekte, bu da tüm hastalık yükünün % 4,3'üne denk gelmektedir.



## 4. HEDEFLER VE STRATEJİLER

### 4.1. SİGARA VE DİĞER TÜTÜN ÜRÜNLERİ İLE MÜCADELE VE KONTROL

#### A-SİGARA DUMANINDAN PASİF ETKİLENİMİN ÖNLENMESİ

##### Hedef(ler):

- 2010 yılına kadar “pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı” olduğu bilgisini toplum geneline yaymak
- 2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamülü tüketiminin tamamen engellenmesi
- 2010 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimlerini azaltmak

##### Stratejiler:

1. Eğitim ve sağlık kurumları başta olmak üzere tüm kurumlarda kademeli olarak pasif içicilikle ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması
2. Pasif etkilenimin sağlık riskleri konusunda halkın eğitimler yolu ile düzenli bilgilendirilerek bilinçlendirilmesi
3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere pasif etkilenimin de sorulması ve tüm başvuranlara korunmanın anlatılması
4. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gebe ve çocuklara yönelik olarak pasif etkilenimin sorulması ve korunmanın anlatılması
5. İş yerlerinde, eğitim-öğretim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçları ve bekleme salonlarında, kültür ve sanat hizmeti veren yerler, lokanta, bar, kuaför, alışveriş merkezleri, spor salonları ile okul ve sağlık kuruluşlarının bahçelerinde pasif etkilenimin tümüyle engellenmesi için yasal düzenlemelerin uygulanması
6. Pasif etkilenim ile ilgili şikâyetlerin takip edilmesi ve haklarının korunması için örgütlenmenin güçlendirilmesi
7. Pasif etkilenim konusunda verilerin saptanması ve düzenli olarak izlenmesi için ulusal ölçekli araştırmalar yapılması

#### B- HALKI BİLGİLENDİRME, BİLİNÇLENDİRME VE EĞİTİM

##### Hedef (ler):

- 2012 yılına kadar toplumun %90'ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak

##### Stratejiler :

1. Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda örgün ve yaygın eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması
2. Tütün mamulleri kullanımının itibar düşürücü olumsuz bir davranış olduğu mesajının topluma verilmesi, tütün mamulleri ile ilgili tüm alanlarda çarpıcı görsel temalar kullanılmasının yaygınlaştırılması

3. Tütün endüstrisinin geçmişten günümüze uygulamaları ile ilgili bilgilerinin toplumun paylaşımına açılması

4. Başta toplumda rol modeli veya önemli etkisi olduğu bilinen meslek grupları olmak üzere tüm hedef gruplarına yönelik geniş tabanlı eğitim materyalleri geliştirerek bilgilendirme ve bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması

5. Kurum yöneticileri ve yetkilileri ile işyeri sorumlularının, tütün mamullerinin zararları ile kapalı mekanlarda tütün mamullerinin içilmemesi konusunda bilinçlenmesinin sağlanması

6. Medyanın, bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen model kişilerin katılımının sağlanması

7. Belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından yetişkinlere yönelik yapılan her türlü eğitim faaliyetine ek olarak konu ile ilgili bilinçlendirme yapılması

8. İlgili kamu kurumlarının ve STK'ların tamamının tütün mücadelesi konusundaki rolleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi

9. Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi

10. Sürdürülen bilgilendirme/bilinçlendirme eğitim kampanyalarının etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi

## **C- SİGARAYI BIRAKMA**

### **Hedef (ler):**

- 2009 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek
- 2012 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40'ın üzerine çıkarmak
- 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50'nin üzerine çıkarmak
- 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50'nin üzerine çıkarmak
- 2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90'ın üzerine çıkarmak

### **Stratejiler :**

1. Bırakma oranlarının mevcut durumunun saptanması ve daha sonra düzenli aralıklarla izlenmesinin sağlanması

2. Sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde, nikotin bağımlılığı nörobiyolojisi, bıraktırma teknikleri ve tütün kontrolü konusunda standart eğitimin, çekirdek eğitim programlarında yer almasının sağlanması

3. Birinci basamak dâhil tüm klinik karşılaşmalarda kısa klinisyen müdahalesinin yer almasının sağlanması

4. Sigarayı bırakmak isteyenlerin telefonla dahi ulaşabileceği bırakma motivasyonunu artıracak, bırakma desteği sağlayacak örgütlenmenin sağlanması

5. Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaşılabilirliğinin ve ülkemizde bulunmayanların kullanıma sunulmasının sağlanması

6. Okul ve işyerlerinde sigara içenlerin saptanarak bırakmaları için motivasyon ve destekleme programların başlatılması

7. Düzenli aralıklarla, toplumun geneline ve özel gruplara (Sağlık personeli, öğretmenler, din adamları) yönelik kitlesel bırakma kampanyalarının düzenlenmesi

8. Kalp Damar Hastalıklarına yönelik ulusal ve/veya bölgesel sağlık programlarında sigara bırakma uygulamalarının yer alması ve ilgili programlar arasında eşgüdümün sağlanması

9. Bilimsel kanıta dayalı olmayan sigara bırakma yöntemlerinin sunumunun engellenmesi.

10. Sigara bırakma uygulamalarının etkinliğinin düzenli izlenmesi ve bu uygulamaların izlenmesine olanak sağlayacak birimlerin güçlendirilmesi

## **D- GENÇLERİN TÜTÜN MAMÜLLERİNE ULAŞABİLİRLİĞİNİN ENGELLENMESİ**

### **Hedef(ler):**

• 2012 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranının sıfıra, 15-24 yaş grubunda mevcut durumun yarısına indirmek

### **Stratejiler:**

1. 18 yaşından küçüklere tütün ve tütün mamullerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması

2. Tütün ve tütün mamullerinin sadece bu işe münhasır satış noktalarında satılmasının sağlanması

3. Tütün mamulleri satıcılarının ürünü alacak gençlerden, 18 yaş üstünde olduklarını belgelemelerini istemesinin sağlanması

4. Toplumda 18 yaş altındakilere tütün satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması

5. Tütün mamullerinin sigara satış makineleri, self servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışlarının, market rafları ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasının yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması

6. Tütün mamullerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelere bulunmasının, bunların dağıtımını ve satışını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması

7. Gençlerin bir arada buldukları kafe, internet kafe, kantin, yurt vb. yerlerde tütün ve tütün mamullerinin (sigara, nargile, vb) satılmasının ve içilmesinin yasaklanmasının sağlanması

8. Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlarca çocuk ve gençlerin spor yapacakları, kültürel etkinliklerde bulunabilecekleri sigara dumanına maruz kalmayacakları ortamların sağlanması

## 4.2. SAĞLIKLI BESLEME

### A-OBEZİTENİN ÖNLENMESİ VE SAĞLIKLI BESLENMENİN SAĞLANMASI

#### Hedef(ler):

• Toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi sağlanarak besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi

#### Stratejiler:

1. Hayvansal ürünlerden ziyade sebze ve meyve ağırlıklı (günde en az 400 gram/5 porsiyon) beslenmenin özendirilmesi, taze sebze meyveye ulaşımın artırılması

2. Beslenmede ekmek, tahıl, makarna, pirinç ve patatesin gereğinden fazla tüketilmemesinin sağlanması

3. Doymuş yağlar yerine doymamış yağların tercih edilmesinin sağlanması (günlük enerjinin % 30'undan fazlası yağlar yoluyla alınmamalı),

4. Yağlı kırmızı et yerine yağsız kırmızı et, balık, tavuk, baklagillerin tüketiminin yaygınlaştırılması

5. Yağsız ya da az yağlı süt ve süt ürünleri tüketiminin yaygınlaştırılması (yağsız süt, az yağlı yoğurt, lor peyniri)

6. Az şeker içeren besinlerin tüketiminin yaygınlaştırılması, gün içinde meşrubat ve tatlı tüketiminin sınırlandırılması

7. Tuz tüketiminin azaltılması, tuz alımının günde <100 mmol/L'yi (günde <6 g NaCl veya < 2.4 g Na) geçmeyecek şekilde düzenlenmesi

8. Hazır gıdalardaki tuz oranlarının yeniden düzenlenmesi

9. Gıdaların hijyenik ortamda hazırlanmasının ve buharda pişirme, haşlama, fırında pişirme gibi sağlıklı pişirme yöntemleri tercih edilmesinin sağlanması

10. Sağlığı olumsuz etkileyen besinlere ek vergi konulması, toplumun sağlıklı beslenmesi için gerekli olan temel besinlerin katma değer vergisinin azaltılması

11. Yoksul ve dezavantajlı gruplar başta olmak üzere sağlıklı gıda temini ve ulaşılabilirliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması

## **B- ULUSAL BESLENME PROGRAMININ HAYATA GEÇİRİLMESİ**

### **Hedef(ler):**

- Sağlıklı beslenme programlarının hazırlanması ve sektörler arası işbirliği sağlanması

### **Stratejiler:**

1. Ulusal Obezitenin Önlenmesi Programı ve Eylem Planının hazırlanması
2. Ülkemizdeki mevcut beslenme durumunun ve beslenmeye bağlı hastalıkların saptanması amacıyla “Türkiye Besin Tüketimi, Beslenme ve Sağlık Araştırması” yapılması
3. “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”nin riskli gruplar ve yaş grupları da dikkate alınarak güncellenmesi ve yaygın kullanımının sağlanması
4. “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”nde yer alan öneriler doğrultusunda sağlık personeli ve halk eğitimlerinin düzenlenmesi
5. Tıp ve sağlık meslek yüksek okulları müfredatında yer alan obezite ve sağlıklı beslenme konularının vurgulanması, yoksa yer almasının sağlanması
6. Okullarda beslenme ile ilgili müfredatın güncellenmesi, ilk ve orta öğretimde sağlıklı beslenme temel ilkelerinin öğretilmesi
7. Besin ürünlerinin sağlıklı tüketimini desteklemek için ürün etiketlerinde tüketiciyi bilgilendirecek anlaşılır beslenme beyanlarının zorunlu olması için gerekli yasal düzenlemeler yapılması
8. Sağlık Bakanlığı ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığı arasında eşgüdümün artırılması
9. Toplu beslenme hizmetlerinin (sağlık kuruluşları, huzurevleri, okullar, kreşler, lokantalar, kamu kurum ve kuruluşları vb.) sağlıklı beslenme kurallarına uygun yürütülmesi için çalışmalar yapılması, sektörde çalışanlara yönelik sertifikasyon programlarının geliştirilmesi
10. Sağlıklı beslenme için güvenli besin seçimi, hazırlama, saklama ve pişirme yöntemlerine yönelik tüketici eğitim programları geliştirilmesi
11. Ülkemizde, çocuklar ve ergenler öncelikli olmak üzere, tüm yaş gruplarında beslenme davranışlarının saptanmasına yönelik belirli aralıklarla tekrarlanan ulusal araştırmalar yapılması
12. Okul kantinleri ve kafeteryalarda obeziteye yol açabilecek enerjisi yüksek, ancak besleyici değeri düşük gıda satışının sınırlandırılması, hedef kitleyi bu tür besinleri tüketmekten caydırmak için tedbirler alınması, çocuklara yönelik gıda ürünlerinin tanıtımına düzenleme getirilmesi

### **Hedef(ler):**

- Çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi

### **Stratejiler:**

1. Anne sütünün bebeğin sağlıklı gelişmesindeki rolü ön plana çıkarılarak yazılı ve görsel medyada bu konuda bilgilendirme yapılması
2. Çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça tüketilen ve şişmanlık açısından risk taşıyan yiyecek ve içeceklerin tüketiminin sınırlandırılması

3. Çocukların ve ergenlerin toplu bulunduğu okul, dersane ve sinema gibi mekânlarda sağlıklı gıda satışının özendirilmesi

4. Ayaküstü (fast food) restoranlarda çocukluk çağında ilgi çeken ürünlerin reklâm ve özendirme amacıyla kullanılmasının engellenmesi

5. Bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 6. aydan itibaren anne sütü ile birlikte uygun ek besinlere başlanması ve iki yaşına kadar anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesinin özendirilmesi

6. Okullarda sağlıklı beslenme ile ilgili etkinliklerin yaygınlaştırılması

7. Sağlık kuruluşlarında beslenme konulu danışmanlık hizmetlerinin tesis edilmesi ve yaygınlaştırılması; özellikle gebe ve emziren kadınların yararlanmalarının sağlanması,

8. Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum sağlığı merkezlerinde beslenme konularında, özellikle risk gruplarına yönelik, “diyetisyenlik” hizmetlerinin geliştirilmesi

**Hedef(ler):**

- Yetişkinlerde sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi

**Stratejiler:**

1. Kitle iletişim araçlarında yağ, un, tuz ve şeker tüketiminin zararlarını vurgulayan programlar yayınlanması

2. Sağlığa olumsuz etkisi olan beslenme ürünlerinin reklamlarına kısıtlama getirilmesi

3. Görsel ve yazılı medyada yer alan yemek programlarında şişmanlığı önleyici ve kalp sağlığını koruyucu yemeklerin ön plana çıkarılmasının ve yemek tariflerinin verilmesi durumlarında bir porsiyondaki besin değerlerinin kalori miktarları dahil belirtilmesinin sağlanması

4. TSK bünyesindeki erlere yönelik sağlıklı beslenmenin yararları ve şişmanlık konulu bilgilendirici toplantılar düzenlenmesi

5. Sağlıklı beslenme konusunun hutbe ve vaazlarda işlenmesi

6. Yerel yönetimlerin, ilgili uzmanların katılımı ile sağlıklı beslenme konulu etkinlikler düzenlemesi

7. Görsel ve yazılı basında yer alan beslenme ile ilgili program ve beyanların toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici, ulusal beslenme politikalarına uygun ve bilimsel nitelikte olmasının sağlanması

8. İlgili kamu kurum ve kuruluşları, özel sektör, sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve uluslararası kuruluşlarla en üst düzeyde işbirliğinin sağlanması



### 4.3. FİZİKSEL HAREKETLİLİK

#### TOPLUMDA FİZİKSEL HAREKETLİLİĞİN SAĞLIĞA OLUMLU KATKILARI KONUSUNDA FARKINDALIK OLUŞTURMAK

##### Hedef(ler):

- Çocuklar ve ergenlerde fiziksel hareketlilik bilinci oluşturulacaktır.

##### Stratejiler:

1. Kolay ulaşılabilir mesafede yeterli ve güvenli oyun ve spor alanları oluşturulması
2. Kamu kurum/kuruluşları ve okulların spor tesislerinin tatil günlerinde toplumun kullanımına açılması
3. Bisiklet ve yürüyüş yollarının, mevcut yerleşim alanlarında yaygınlaştırılması, yeni açılacak yerleşim yerlerinde ise zorunlu hale getirilmesi
4. Okullardaki fiziksel hareketlilik ders ve etkinliklerinin, kulüp çalışmalarının süre ve sayıca artırılması
5. Çocukların sosyal ve fiziksel gelişimine katkı sağlayacak izcilik gibi etkinliklerin geliştirilmesi
6. Yaz kampları sayısının her ilde en az bir adet olacak şekilde yapılması ve bu kamplardan yararlanan öğrenci sayısının artırılması
7. Çocuk ve ergenlerde fiziksel hareketsizliğe sebep olan televizyon seyretme, bilgisayar oyunları oynama gibi etkinliklerin en alt düzeye indirilmesinin sağlanması
8. İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) işbirliğinin sağlanması

##### Hedef(ler):

- Yetişkinlerde fiziksel hareketlilik bilinci oluşturulacaktır.

##### Stratejiler:

1. Çalışanların öğle aralarında fiziksel hareketliliğe özendirilmesi ve bunun için uygun koşulların sağlanması
2. Yaşam alanlarında yaya yollarının tüm yaş grupları için güvenli ve rahat yürünebilir hale getirilmesi
3. Çevresel yaşam alanlarının taşıtlara değil, öncelikle yayalara ait olması gerektiği hususunda yerel yönetimlerin bilinçlendirilmesi
4. İleri yaş grubundaki kişilere yaş ve sağlık koşullarına uygun egzersiz alışkanlığı kazandırmaya yönelik televizyon programlarının yapılması
5. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında yetişkinlere yönelik, Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin takip edilmesi, bel çevresi takibi, bu konuda sağlık personeline gerekli eğitimlerin verilmesi; obezite saptanan kişilerin ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi
6. İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) işbirliğinin sağlanması
7. Fiziksel aktivite faaliyetlerine ulaşılabilirliğinin fizik ve mali koşullar bakımından kolaylaştırılması



## **5. UYGULAMA**

### **5.1. Görev Organizasyonu**

Bu planın yürütülmesinden Bakan adına Sağlık Bakanlığı Müsteşarı sorumludur. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü planın uygulamasından sorumludur.

### **5.2. Eylem Planı**

Bkz. Ek-A.



## 6. İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı'nın İzleme ve Değerlendirmesi, söz konusu planda belirtilen izleme ve değerlendirme kriterlerine göre T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki ilgili birimler tarafından işbirliği içinde yürütülecektir.



## 7. KAYNAKLAR

1. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, WHO, 2005.
2. Dünya Sağlık Örgütü, Kalp ve Damar Hastalıkları, Bilgi Notu N°317, Şubat 2007; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>.
3. Ulusal HaneHalkı Araştırması 2003 Temel Bulgular, Türkiye.
4. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP).
5. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım, 2004.
6. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Final Rapor, Aralık 2004,
7. DPT 9. Kalkınma Planı Sağlık Komisyonu Özel İhtisas Raporu, 2006.
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) , Aile Yapısı Araştırması, 2006, s: 20.
9. TSH Genel Müdürlüğü, Küresel Gençlik Tütün Araştırması, 2003.
10. Fact sheet EURO/13/05, The challenge of obesity in the WHO European Region
11. Obesity and Overweight, WHO, 2003.
12. Mollahaliloğlu S., Yardım N.; “Obesite ile Mücadele Konulu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bakanlar Konferansı”; Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi; Aralık-Ocak- Şubat, 2006–2007.
13. Onat A., Keleş İ., Sansoy V. and et al.; Rising Obesity Indices in 10-year Follow-up of Turkish Men and Women: Body Mass Index Independent Predictor of Coronary Events Among Men; Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2001; 29 :430-436.
14. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı verileri.
15. TEKHARF 2003.





## **8. EKLER**

**EK – A : Eylem Planı**

**EK – B : Kapsamlı Bir Kalp ve Damar hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı  
İçin Önemli Diğer Hususlar**

**EK – C : Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı**

**EK – D : Lüksemburg Deklarasyonu**

**EK– E : Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik  
Yapılması Hakkında Kanun**

**EK– F : Ulusal Kalp Sağlığı Politikası**

**EK – G : Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi**



## 8.1. EK A : Eylem Planı

### Sigara ve Diğer Tütün Ürünleri ile Mücadele ve Kontrol

#### A. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi

| Hedefler  | Stratejiler  | Sorumlu Birim                              | Paydaşlar                                  |  |   | Etkinlikler   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme   | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|---|--|--|--|--|---|---|--|---|--|
|   |  |  | Planlama                                   | Uygulama   | Yürütme   |   |  |   |  |
| 2010 yılına kadar "pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağığa zararlı" olduğun bilgisini toplum geneline yaymak<br>2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamulü tüketiminin tamamen engellenmesi<br>2010 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimini azaltmak | Strateji 1<br>Eğitim ve sağlık kurumları başta olmak üzere tüm kurumlarda kademeli olarak pasif içicilikle ilgili hizmet içi eğitimlerin yapılması | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Tüm Kamu kurumları   | Sağlık Bakanlığı<br>İçişleri Bakanlığı,<br>TAPDK,<br>Yerel Yönetimler<br>DSÖ                                    | Eğitim içeriklerinin oluşturulması,<br>Eğitimlerin planlanması ve başlatılması  | Hizmet içi eğitim materyali ve sayısı                            | Yürütücü birimler her 6 ayda bir sorumlu birime rapor verecektir. | 2008-2010                                |
| 2010 yılına kadar aktif içicilik kadar sağığa zararlı" olduğun bilgisini toplum geneline yaymak<br>2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamulü tüketiminin tamamen engellenmesi<br>2010 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimini azaltmak                    | Strateji 2<br>Pasif etkilenimin sağlık riskleri konusunda halkın eğitim yolu ile düzenli bilgilendirilerek bilinçlendirilmesi                      | Sağlık Bakanlığı                           | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı, TRT, RTÜK, Yerel Yönetimler, Diyanet İşleri Başkanlığı, Türk Telekom Medya, Üniversiteler, DSÖ, CDC, AB, STK | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı,<br>TRT, RTÜK<br>Diyanet İşleri Başkanlığı,<br>Medya, üniversiteler, | 1. Özel günlerde Pasif etkilenim ve sağlık etkileri üzerinde özel programların planlanması<br>2. Pasif etkilenim konusunda ulusal ve yerel medya organlarına yönelik programların hazırlanması ve bu hazırlıklarda "Sigarasız Hayat bir Hak" mesajının öne çıkarılması<br>"Sigarasız Havamı İstiyorum" şeklinde kampanyaların düzenlenmesi<br>3. Halen yürürlükte olan genelgenin halk tarafından farkındalığının artırılmasına yönelik olarak televizyon ve diğer yayın organlarında aralıklı duyuruların yapılması.<br>4. Görsel medyada kısa metrajlı çarpıcı bilinçlendirme mesajlarının aralıklı olarak yayınlanması<br>5. Diyanet İşleri Başkanlığı ile işbirliği içerisinde Cuma hutbelerinde bilimsel verilere dayanarak hazırlanan kısa sunumlar yapılması<br>6. Kurumsal telefon hatlarından sigara, çocuk hakları, kadın günü vb. özel günlerde kurum mensuplarına pasif içicilik ve etkileri konusunda mesaj yollama uygulamaların başlatılması<br>7. Konuyla ilgili telefon hattı kurulması çalışmalarının yapılması | Etkinliklerin sayısı,<br>Sağlık Etki değerlendirme Araştırmaları | Yürütücü birimler her 6 ayda bir sorumlu birime rapor verecektir. | 2008-2012                                |

## A. Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi

| Hedefler   | Stratejiler   | Sorumlu Birim   | Paydaşlar  |   |  | Etkinlikler  | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme  | Zamanlama<br>(Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|--|---|---|--|---|--|--|--|--|---|
|  |   |   | Planlama   | Uygulama  | Yürütme  |  |  |  |   |
| 2010 yılına kadar "pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı" olduğu bilgisini toplum geneline yaymak<br>2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamülü tüketiminin tamamen engellenmesi<br>2010 yılına kadar gebre ve çocukların-ergentlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimlerini azaltmak | Strateji 3<br>Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilere pasif etkilenimin de sorulması ve tüm başvurulara korumamanın anlatılması  | Sağlık Bakanlığı                                      | Aile Hekimliği, Sağlık Ocakları, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi, Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Mad.Mücadele, Dai.Bşk.ıkları | Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlükleri, YÖK, TTB, Uzmanlık Dernekleri, DSÖ                                | Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  | 1. Sigara dumanından pasif etkilenim konusunda hekim tutum ve davranışlarına yönelik eğitim programlarının hazırlanması<br>2. Tıp fakültesi müfredatına konu ile ilgili hekim tutumuna yönelik eklemelerin yapılması<br>3. Pasif etkilenim ve ilgili kavramların tanımlanması ve ortak kullanılmasına yönelik terminoloji sözlüğünün oluşturulması | 1. Hekimlerin sigara dumanından pasif etkilenimle ilgili başvurulara yönelik tutumları<br>2. Sözlüğün tamamlanması | Mevcut durum ve aktiviteler sonrası durum kıyaslama ve etki analizleri | 2008-2009                                   |
|  | Strateji 4<br>Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gebe ve çocuklara yönelik olarak pasif etkilenimin sorulması ve korunmanın anlatılması  | Sağlık Bakanlığı                                      | Aile Hekimliği, Sağlık Ocakları, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi, Bulaşıcı Olmayan Hast.ve Kronik Durumlar, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Mad.Mücadele, Dai.Bşk.ıkları | Sağlık Bakanlığı, STK DSÖ ,AB   | Sağlık Bakanlığı,  | 1. Pasif etkilenim ile mücadelede kurumlar arası işbirliği ve denetimin nasıl yapılabileceğinin tartışacağı bir çalıştay yapılması<br>2. "Bebek Dostu" benzeri yaklaşımın kurumlarda pasif etkilenime karşı yapılması  | Çalıştayın gerçekleştirilmesi  | Mevcut durum ve aktiviteler sonrası durum kıyaslama ve etki analizleri | 2008-2009                                   |
| 2010 yılına kadar "pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağlığa zararlı" olduğu bilgisini toplum geneline yaymak<br>2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamülü tüketiminin tamamen engellenmesi<br>2010 yılına kadar gebre ve çocukların-ergentlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimlerini azaltmak | Strateji 5<br>İş yerlerinde, eğitim-öğretim kurumlarında, sağlık kuruluşlarında, toplu taşıma araçları ve bekleme salonlarında, kütür ve sanat hizmeti veren yerler, lokanta, bar, kuaför, alışveriş merkezleri, spor salonları ile okul ve sağlık kuruluşlarının bahçelerinde pasif etkilenimin tümüyle engellenmesi için yasal düzenlemelerin uygulanması | Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, MEB  | Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, MEB | 1. "sigarasız işyeri" etkinliği altında yer alabilecek bazı örnek etkinlikler:<br>a. Sigarasız işyeri sertifikasının geliştirilmesi<br>b. İşyerlerine sigarasız işyeri sertifikası verilmesi uygulamasının başlatılması.<br>2. İşyerlerinde "Pasif Etkilenim Sağlığa Zararlıdır" şeklinde uyarı yazılarının asılması<br>3. Şehir içi ve şehirlerarası taşıma araçlarının şoförlerinin sigara içmelerinin engellenmesi ve mola yerlerinde sigara içiminin engellenmesine yönelik düzenlemelerin yapılması | Etkinlik sayısı  | Mevcut durum ve aktiviteler sonrası durum kıyaslama ve etki analizleri   | 2008-2012  |   |

A- Sigara Dumanından Pasif Etkilenimin Önlenmesi

| Hedefler  | Stratejiler   | Sorumlu Birim                          | Paydaşlar  |  |  | Etkinlikler   | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|---|---|--|--|--|--|---|---|-------------------------|--|
|   |   |  | Planlama   | Uygulama                               | Yürütme  |   |   |                         |  |
| 2010 yılına kadar "pasif etkilenimin aktif içicilik kadar sağığa zararı" olgusu bilgisi toplu genelle yaymak<br>2010 yılı sonuna kadar kamuya açık alanlar ve işyerlerinde tütün mamülü tüketiminin tamamen engellenmesi<br>2010 yılına kadar gebe ve çocukların-ergenlerin ve diğer risk gruplarının pasif etkilenimini azaltmak | Strateji 6<br>Pasif etkilenim ile ilgili şikâyetlerin takip edilmesi ve haklarının korunması için örgütlenmenin güçlendirilmesi     | İçişleri Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı | İçişleri Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı<br>II sağlık Müdürlükleri<br>Yerel Yönetimler<br>STK                  | İçişleri Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı | 1. Ceza uygulamaları ayrıntılarının içeren bir yönetmelik veya genelge çıkarılması ve tüm kurumlara gönderilmesi, valilerin bu konuda desteğinin alınması<br>2. Kabahatler kanununun toplumdaki bilinmesi için tanıtım çalışmalarının yapılması  | Yönetmeliğin genelgelerinin çıkarılması<br>Şikâyet sayısı | Mevzuata dayalı olarak yapılan işlem sayısı, Kesilen ceza tutarı                        | 2008-2012               |  |
|   | Strateji 7<br>Pasif etkilenim konusunda verilerin saptanması ve düzenli olarak izlenmesi için ulusal ölçekli araştırmalar yapılması | Sağlık Bakanlığı<br>TÜİK               | Sağlık Bakanlığı<br>Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-İSGÜM<br>DPT, DSÖ, CDC, STK, TÜİK,<br>Üniversiteler | SB<br>Üniversiteler<br>TÜİK            | 1. Araştırma Yapılması<br>a. Türkiye'de pasif içiciliğin değerlendirilmesine yönelik, standart ve uygulanması kolay bir form geliştirilmesi<br>b. Bu formun geçerlik ve güvenilirlik analizinin yapılması<br>c. Bu formun kullanılması ile Türkiye'de pasif etkilenim prevalansı ve risk faktörlerine yönelik saha araştırması planlanması ve uygulanması<br>2. Pasif etkilenimi ölçmeye yönelik ulusal, akredite bir referans ölçüm laboratuvarı konusunda araştırma yapılması, varsa faaliyetlerin desteklenmesi, yoksul kurumların çalışmalarının yapılması | Araştırma sonuçları                                       | Yapılan araştırma sonuçlarının izlenimi ve yeni araştırmaların konularının belirlenmesi | 2008-2009               |  |

B- Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

| Hedefler   | Stratejiler  | Sorumlu Birim                              | Paydaşlar  |   |  | Etkinlikler   | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme                               | Zamanlama<br>(Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|--|--|--|--|---|--|---|-------------------------|---|---|
|  |  |  | Planlama   | Uygulama  | Yürütme  |   |                         |   |   |
| 2012 yılına kadar toplumun %90 ında sigara karştı bir tutum oluşturmak | Strateji 1<br>Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda örgün ve yaygın eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı,<br>YÖK<br>Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları,<br>DSÖ, Medya, STK, TAPDK<br>Yerel Yönetimler | Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı,<br>YÖK | 1. Konuyla ilgili tüm tarafların (üst düzey yöneticiler) katılacağı bir çalıştay düzenlenmesi (5727 sayılı yasada öngörülen kanun ve eylem planı değerlendirilmesi) | Çalıştayın düzenlenmesi | Mevcut durum analizi anketi<br>İlerleme durumu anketi | 2008-2009                                   |

## B- Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

| Hedefler   | Stratejiler  | Sorumlu Birim                               | Paydaşlar   |  |   |  | Etkinlikler   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme                                     | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|--|--|---|---|--|---|--|---|--|---|--|
|  |  |   | Planlama  | Uygulama   | Yürütme   |  |   |  |   |  |
| 2012 yılına kadar toplumun %90' ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak | Strateji 1<br>Tütün ve tütün mamulleri ile mücadele konusunda örgün ve yaygın eğitim politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması | Sağlık Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı | İçişleri Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı,<br>YÖK,<br>Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları,<br>DSÖ, Medya, STK, | İl Millî Eğitim Müdürlükleri<br>Üniversiteler<br>Emniyet<br>Müdürlükleri,<br>Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları,<br>DSÖ, Medya, STK,<br>Okul Aile Birlikleri,<br>Okul Öğrenci Meclisi Başkanları<br>Yerel Yönetimler | Millî Eğitim Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı<br>YÖK<br>Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları, | 2. Değişik eğitim düzeylerine ve kurumlarına yönelik müfredat hazırlanması,<br>2.a5727 sayılı yasanın daha etkin uygulanması ve her düzeydeki okul içerisinde sigarasız okul normunun güçlendirilmesi için genelge yayınlanması ve izlenmesi,<br>2.b. Okullarda tütünle mücadele kollarının kurulması,<br>2.c. Sigarasız okul için "Beyaz Bayrak Projesi"nin oluşturulması ve uygulanması<br>2.d. Okullarda sigaranın zararları ile ilgili (resim, afiş, kompozisyon gibi) yarışmaların sayılarının artırılması<br>2.e. MEB'nin web sayfasında duyuru yapılması<br>2.f. Bilgisayar donanımı olan okullarda bilgisayar tabanlı eğitimlerin başlatılması ve sürdürülmesi | Çeşitli gruplarda ve durumlarda sigara içme davranışı a. Öğretmenler arasında sigara içme oranları,<br>b. Öğrenci önlünde sigara içen öğretmen oranları,<br>c. Öğrenciler arasında sigara içme oranları | 1- Mevcut durum analizi anketi<br>2- İlerleme durumu anketi  | 2008-2009   |  |
|  |  |   | Sağlık Bakanlığı,<br>YÖK  | Fakülteler<br>DSÖ<br>STK   | Üniversiteler<br>YÖK  | 3. Tıp fakültesi ve diğer sağlık bilimleri eğitimi veren fakültelerin müfredatlarına sigarayla mücadele konusunda bilgi, tutum ve davranış değişikliği yapabilecek müfredatın konulması, uygulamaların izlenebilirliğine ilişkin yöntemlerin belirlenmesi  | 1. Müfredatın oluşturulması<br>2. Sağlıkla ilgili okullarda öğrenciler arasında sigara içme sıklığı   | 1. Mevcut durum analizi anketi<br>2. İlerleme durumu anketi  | 2008-2009   |  |
|  |  |   | Sağlık Bakanlığı<br>TAPDK   | İçişleri Bakanlığı<br>Millî Eğitim Bakanlığı,<br>Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları,<br>Yerel Yönetimler<br>DSÖ, Medya, STK,<br>YÖK,   | Sağlık Bakanlığı<br>TAPDK   | 4. Konferanslar düzenlenmesi<br>Bilgiendirici afiş broşür hazırlanıp dağıtılması,<br>Toplumda model olan ünlü kişilerin (sporcucu, sanatçı) sigaranın zararları ile ilgili etkinliklere katılmalarının sağlanması  | 1. Mevcut durum analizi anketi<br>2. İlerleme durumu anketi   | Toplumda ve rol modeli gruplarda sigara içme ile ilgili bilgi tutum davranış değişikliği oluşturulması | 1. Mevcut durum analizi anketi<br>2. İlerleme durumu anketi | 2008-                                    |

## B- Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

| Hedefler   | Stratejiler  | Sorumlu Birim                                     | Paydaşlar   |  |  | Etkinlikler   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme                     | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|--|--|---|---|--|--|---|--|---|--|
|  |  |   | Planlama  | Uygulama   | Yürütme  |   |  |   |  |
| 2012 yılına kadar toplumun %90' ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak | Strateji 2<br>Tütün mamulleri kullanımının itibar düşürücü olumsuz bir davranış olduğu mesajının topluma verilmesi, tütün mamulleri ile ilgili tüm alanlarda çarpıcı görsel temalar kullanılmasının yaygınlaştırılması   | Sağlık Bakanlığı, RTÜK                            | Sağlık Bakanlığı, RTÜK                            | Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Film yapımcıları<br>Medya<br>STK<br>Yerel yönetimler:<br>DSÖ<br>CDC, AB  | Sağlık Bakanlığı, Aileden ve Spordan Sorumlu Devlet Bakanlıkları<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK   | 1. Sigara kullanımının sağlık ve sosyal açıdan olumsuzlukları konusunda eğitim yapılması<br>2. Filmler başta olmak üzere diğer TV programlarının da içinde olduğu bütün medya programlarında sigara kullananlara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilenmesi<br>3. Konu ile ilgili olumlu görüntü ve mesajların tanıtılması<br>4. Tanınmış sanatçı, sporcu, siyasi kişiler vb. rol modellerinin mesaj vermelerinin sağlanması<br>5. Sigara içilebilen alanların azaltılması ve sigara bırakma etkinliklerinin artırılması suretiyle toplumda sigara içiminin kabul edilebilir bir olgu olmadığı mesajının verilmesi | 1. Toplumda sigara kullanımını ile ilgili algılamının değişimi<br>2. Sigara kullanımına karşı tutumda değişime | Tekrarlanan araştırmalar                    | 2008-süreklili                           |
|  | Strateji 3<br>Tütün endüstrisinin geçmişten günümüze uygulamaları ile ilgili bilgilerinin toplumun paylaşımına açılması  | Sağlık Bakanlığı, TAPDK                           | Sağlık Bakanlığı, TAPDK                           | STK<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>TAPDK<br>TEKEL<br>Maliye Bakanlığı<br>İçişleri Bakanlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Medya<br>RTÜK<br>DSÖ<br>İlgili uluslararası organizasyonlar | STK<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>TAPDK<br>TEKEL<br>Maliye Bakanlığı<br>İçişleri Bakanlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Medya<br>RTÜK<br>DSÖ<br>İlgili uluslararası organizasyonlar | 1. Dünya ve Türkiye kamuoyuna kanıtla dayalı verilerle açıklanmış ulaşılabilir bilgilerin topluma açıklanması<br>2. Medya kuruluşları ile işbirliğinin artırılması<br>3. Medya mensuplarının bilgilendirilmesi<br>4. Tütün kullanımına ilişkin uygulanan cezaların paylaşılması<br>5. Konu ile ilgili TAPDK birikim ve uygulamalarının kamuoyuna açıklanması  | Toplumun konu ile ilgili bilgi düzeyinde değişime  | Toplumun bilgi düzeyinin ölçen araştırmalar | 2008-süreklili                           |
|  | Strateji 4<br>Başta toplumda rol model ve önemli etkisi olduğu bilinen meslek grupları olmak üzere tüm hedef gruplarına yönelik geniş tabanlı eğitim materyalleri geliştirilerek bilgilendirme ve bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması | Sağlık Bakanlığı, TAPDK<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı, TAPDK<br>Milli Eğitim Bakanlığı | Milli Eğitim Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı<br>TBMM<br>Aileden Sorumlu Devlet Bakanlıkları<br>Medya<br>STK  | 1. Konuyla ilgili tüm tarafların katılacağı bir çalıştay toplanması,<br>2. Hedef gruplara yönelik eğitim materyali geliştirilmesi ve geliştirilen materyalin ilgili gruplara dağıtımının sağlanması            | 1. Çalıştayın yapılması<br>2. Materyalin hazırlanması ve ilgili kişi ve kurumlara dağıtılmasına ilişkin kayıtlar<br>3. Toplumun rol modellerinin bilgi düzeylerinde artış   | Toplumun değişik kesimlerinin bilgi düzeyini ölçen araştırmalar  | 2008  |  |



## B- Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

| Hedef   | Stratejiler   | Sorumlu Birim   | Paydaşlar  |  |   | Etkinlikler   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme  | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|---|---|---|--|--|---|---|--|--|--|
|   |   |   | Planlama   | Uygulama   | Yürütme   |   |  |  |  |
| 2012 yılına kadar toplumun % 90 ında sigara karsını bir tutum oluşturmak  | Strateji 5<br>Kurum yöneticileri ve yetkilileri ile işyeri sorumlularının, bütün mamullerinin zararları ile kapalı mekânlarda bütün mamullerinin içilmesi konusunda bilinçlenmesinin sağlanması | Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı  | Tüm Kamu Kurum ve Kuruluşları<br>Tüm Özel Kurum Ve Kuruluşlar<br>Medya               | TBMM İçişleri Bakanlığı<br>İşçi ve İşveren Sendikaları<br>Memur Sendikaları   | 1. İl ve ilçe yöneticilerinin 5727 sayılı Kanun, Kabahatler Kanunu ve ilgili diğer mevzuat konusunda bilgilendirilmesi amacı ile toplantılar düzenlenmesi<br>2. "Sigarasız İşyerleri" kampanyası başlatılması amacı ile işçi, işveren ve memur sendikaları ile görüşmeler yapılması<br>3. Olumlu örneklerin topluma tanıtılması   | 1. "Sigarasız İşyeri" sayıları<br>2. Kabahatler Kanunu'nun ilgili maddesinin uygulanma sayısı<br>3. Olumlu örneklerle ilgili yayın stresi  | 1. Kabahatler kanununun ilgili maddesinin uygulanma sayısı<br>2. Sigarasız işyeri sayılarını ortaya koyan değerlendirmeler | 2008-2009                                |
|   | Strateji 6<br>Medyanın, bilinçlendirme çalışmalarına aktif olarak katılımının sağlanması, bu çalışmalara toplumu etkileyen model kişilerin katılımının sağlanması                               | Sağlık Bakanlığı RTÜK                                 | Sağlık Bakanlığı RTÜK  | Tüm ulusal / uluslararası ve yerel yayın kuruluşları<br>Duyarlı sanatçı ve sporcular | Sağlık Bakanlığı<br>Devlet Bakanlıkları<br>İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK  | 1. RTÜK ile görüşülmesi<br>2. Gazeteciler Cemiyeti ile görüşülmesi<br>3. İlde yerel TV-radyo kuruluşları ve yerel medya ile toplantı yapılması<br>4. Konuya ilgili/duyarlı rol modeli kimliklerin bulunması<br>5. Olumlu örneklerin topluma tanıtılacağı ortak etkinliklerin planlanması ve düzenli olarak uygulanması<br>6. Medyanın kullanılması için materyal hazırlanması (özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından) | 1. Medyada konu ile ilgili haber sayısı<br>2. TV film ve dizilerinde olumlu görüntülerin sayısı  | Konu ile ilgili tekrarlanan araştırmalar   | 2008- 2009                               |
| Strateji 7<br>Belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafından yetiştirilen yönelik yapılan her türlü eğitim faaliyetine ek olarak konu ile ilgili bilinçlendirme yapılması | İçişleri Bakanlığı  | İçişleri Bakanlığı                                    | Yerel yönetimler<br>İl Sağlık Müdürleri<br>STK Temsilcileri<br>Halk Eğitim Müdürlükleri<br>DSÖ | İç İşleri Bakanlığı  | 1. Bölgesel olarak belediye başkanları ve sağlık müdürleri ile toplantılar yapılması<br>2. Belediyeler tarafından sağlıklı kent kavramı içinde sigarasız il ve ilçe örneklerini oluşturması için uygulamaların yapılması<br>3. Belediye zabıtalarnın konuya ilgililerinin artırılması amacı ile eğitim yapılması (özellikle okul çevrelerinde ve tek sigara satışının önlenmesi konusunda)<br>4. Bölgesel olarak STK 'larla toplantılar yapılması | 1. Sigarasız kent polikası benimsenilen il-ilçe ve belde sayısı<br>2. Konu ile ilgili halk eğitimi sayısı   | 1. Sigarasız il ve ilçe sayılarını değerlendiren çalışmalar<br>2. Belediye başkanlıklarından konu ile ilgili düzenli bilgi alınması<br>3. Bu konuda araştırmalarla araştırma yapılması | 2008-2010  |  |

B- Halkı Bilgilendirme, Bilinçlendirme ve Eğitim

| Hedef   | Stratejiler   | Sorumlu Birim                       | Paydaşlar  |   |  | Etkinlikler   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|---|---|-------------------------------------|--|---|--|---|--|-------------------------|--|
|   |   |                                     | Planlama   | Uygulama  | Yürütme  |   |  |                         |  |
| 2012 yılına kadar toplumun % 90' ında sigara karşıtı bir tutum oluşturmak | Strateji 8<br>İlgili kamu kurumlarının ve STK' ların tamamının bütün mücahedeşi konusundaki rolleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi        | Sağlık Bakanlığı                    | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müsteşarlığı<br>Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Meslek odaları<br>STK<br>DSÖ        | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müsteşarlığı<br>Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Meslek odaları | 1. İlgili bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması<br>2. STK temsilcileri ile toplantı yapılması   | 1. Sigara içilmeyen kapalı ortam sayısı<br>2. Cezai uygulama sayısı   | İlgili tarafların katılımıyla yapılan değerlendirme toplantıları tutanakları   | 2008                    |  |
|   | Strateji 9<br>Belirlenen eğitim politikalarını uygulamak üzere kurum ve kuruluşlar ile işbirliği içinde ortak eğitim çalışmalarının yürütülmesi | Sağlık Bakanlığı<br>İlgili kurumlar | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müsteşarlığı<br>Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Meslek Odaları<br>STK<br>DSÖ, Medya | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müs. Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>Meslek Odaları            | 1. İlgili bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması<br>2. Eğitim programı hazırlanması<br>3. Çalışmaların sürekliliğinin sağlanması için bir koordinasyon kurulunun oluşturulması, faaliyetlerin yıllık olarak planlanması ve değerlendirilmesi | 1.Yapılan toplantı sayısı<br>2.Alınan kararların uygulamaya girme durumu<br>3. Koordinasyon kurulunun oluşması                                  | Çalışmaların yıllık olarak değerlendirilmesi   | 2008-2009               |  |
|   | Strateji 10<br>Sürdürülen bilgilendirme/ bilinçlendirme eğitim kampanyalarının etkinliğinin düzenli olarak izlenmesi                            | Sağlık Bakanlığı                    | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müsteşarlığı<br>Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>STK, TÜİK                           | İçişleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>Hazine Müsteşarlığı<br>Dış Ticaret Müsteşarlığı<br>Gümrük Müsteşarlığı<br>STK, TÜİK      | 1. İlgili bakanlıklar ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile toplantılar yapılması<br>2. STK temsilcileri ile toplantı yapılması   | 1. Çeşitli gruplara yönelik yapılan kampanya sayısı<br>2. Toplumun bilgi düzeyinin artması, Toplumda sigara kullanımına karşı tutum değişikliği | 1. Sigara kullanım oranlarının izlenmesi için araştırma yapılması<br>2. Pasif etkilenim oranlarının izlenmesi için araştırma yapılması | 2008-2009               |  |

C- Sigarayı Bırakma

| Hedefler   | Stratejiler  | Sorumlu Birim                            | Paydaşlar  |   |   | Etkinlikler  | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|--|--|--|--|---|---|--|---|-------------------------|--|
|  |  |  | Planlama   | Uygulama  | Yürütme   |  |   |                         |  |
| 2009 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek<br>2012 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak<br>2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevli bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 1<br>Bırakma oranlarının mevcut durumunun saptanması ve daha sonra düzenli aralıklarla izlenmesinin sağlanması  | Sağlık Bakanlığı                         | Sağlık Bakanlığı<br>TÜİK<br>Üniversiteler  | İl Sağlık Müdürlükleri<br>TÜİK<br>Hıfzıssıhha Mektebi<br>Müdürlüğü<br>TÜBİTAK<br>DPT<br>Üniversiteler<br>Nüfus Etütleri Enstitüsü | TÜİK<br>Hıfzıssıhha Mektebi<br>Müdürlüğü<br>TÜBİTAK<br>DPT<br>Üniversiteler<br>Nüfus Etütleri Enstitüsü | 1. Düzenli olarak yapılan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"na sigara içme/bırakma oranları konularında soru eklenmesi<br>2.. Sigara bırakma konusunda mevcut durumun ve program uygulamalarında başarının tespiti için düzenli aralıklarla araştırmalar yapılması<br>Bu çalışmalar şu şekilde olmalıdır:<br>*DİE, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hıfzıssıhha Mektebi gibi araştırmaların sigara kullanım durumunu sormuş kurumlarla görüşmeler ve işbirliği protokolleri yapılması<br>*Türkiye Tütün Kullanımı Araştırmasını projelendirme<br>*Türkiye Tütün Ürünleri Kullanım Araştırması Projesi için kaynak sağlama, gerçekleştirme, beş yıl aralarla tekrarlama | Araştırma sonuçlarının izlenmesi  | 2008-                   |  |
| 2009 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek<br>2012 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak<br>2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevli bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 2<br>Sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitiminde, nikotin bağımlılığı nörobiyolojisi, bırakma teknikleri ve tütün kontrolü konusunda standart eğitimin, çekirdek eğitim programlarında yer alınmasının sağlanması | Sağlık Bakanlığı<br>YÖK<br>Üniversiteler | Sağlık Bakanlığı<br>YÖK<br>Üniversiteler   | Milli Eğitim Bakanlığı<br>İlgili Fakülteler   | Milli Eğitim Bakanlığı<br>YÖK   | Yükseköğretim çekirdek eğitim programlarında bu konu ile ilgili öğrenim hedeflerinin yer alması  | Müfredat değişikliğinin izlenmesi   | 2008                    |  |
| 2009 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını tespit etmek<br>2012 yılına kadar toplumda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak<br>2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevli bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak<br>2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 3<br>Birinci basamak dâhil tüm klinik karşılaşımlarda kısa klinisyen müdahalesinin yer alınmasının sağlanması   | Sağlık Bakanlığı                         | İl Sağlık Müdürlükleri<br>Üniversiteler<br>TTB<br>Uzman<br>Hekimlik<br>Dernekleri<br>İlaç endüstrisi | Sağlık Bakanlığı<br>Üniversiteler<br>TTB<br>Uzman<br>Hekimlik<br>Dernekleri<br>İlaç endüstrisi                                    | Sağlık Bakanlığı<br>Üniversiteler<br>TTB<br>Uzman<br>Hekimlik<br>Dernekleri<br>İlaç endüstrisi          | 1. Tam ve tedavi rehberlerinin hazırlanması<br>2. İlgili meslek mensuplarına mezuniyet sonrası eğitim programlarının verilmesi<br>3. Sigara içimi bilgisinin kişisel dosya içine kaydedilmesine (Etiket kullanımını kuralı) ilişkin pilot uygulamaların başlatılması<br>4. Kısa klinik görüşmelerin performans puanına eklenmesi Sağlık Bakanlığı  | Tam ve tedavi kılavuzu<br>Verilen mezuniyet sonrası eğitim programları<br>Etiket uygulaması sonuçları | 2009-                   |  |

|  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |
|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| 2009 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını tespit etmek   | 2009 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak   | 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 4<br>Sigarayı bırakmak isteyenlerin telefonla dahi ulaşabileceği bırakma motivasyonunu artıracak, bırakma desteği sağlayacak örgütlenmenin sağlanması   | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı   | STK Telekom ve GSM Operatörleri Uzmanlık Demekleri | STK Telekom ve GSM Operatörleri Uzmanlık Demekleri | Bırakma hatları (quit line) kurulması için öncelikle bir inceleme ve araştırma ekibinin kurulması<br>Bırakma hattı kurulması   | Bırakma hattı pilot uygulamasının başlaması ve değerlendirme raporları                                 | Bırakma hattı kullanım bilgileri   | 2009-     |
| Strateji 5<br>Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaştırılabilirliğinin ve ülkemizde bulunmayanların kullanımına sunulmasının sağlanması | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı  | Strateji 5<br>Nikotin bağımlılığı tedavisinde kullanılan etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin kolay ulaştırılabilirliğinin ve ülkemizde bulunmayanların kullanımına sunulmasının sağlanması | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Türk Eczacılar Birliği İlaç Endüstrisi TTB Uzmanlık demekleri    | Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu            | Maliye Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu            | 1. Bu alanda dünyada var olan ilaçların ruhsatlandırılması<br>2. Nikotin bağımlılığı tedavi ilaçlarının sigorta kapsamına alınması konusunda ilgili taraflarla görüşme yapılması | Ruhsatlandırılmış ilaçların listesi<br>Tedavi ilaçlarının sigorta kapsamına alınması için alınan karar | Ruhsatlandırma aşamasının izlemi<br>Sigorta kapsamına alınması için yapılan işlemler | 2009-2010 |
| Strateji 6<br>Okul ve işyerlerinde sigara içenlerin saptanarak bırakmaları için motivasyon ve destekleme programlarının başlatılması   | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı            | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı                  | Strateji 6<br>Okul ve işyerlerinde sigara içenlerin saptanarak bırakmaları için motivasyon ve destekleme programlarının başlatılması   | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı | İl Milli Eğitim Müdürlükleri İlgili Kamu kurumları Özel sektör iş yerleri Fakülteler İç İşleri Bakanlığı | Üniversiteler İç İşleri Bakanlığı MEB              | Üniversiteler İç İşleri Bakanlığı MEB              | Birinci grubun 5. strateji ile ortaklaşa olarak "Sigarasız Kurum" oluşturulmasının başlatılması  | Sigarasız işyeri ve okul sayıları  | Sigarasız kurumlar sayısının izlenmesi   | 2008-2010 |

|   |  |   |  |  |  |                  |                  |   |   |  |   |   |       |
|---|--|---|--|--|--|------------------|------------------|---|---|--|---|---|-------|
| 2009 yılına kadar topluma sigara bırakma oranını tespit etmek | 2012 yılına kadar topluma sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak  | 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılına kadar hamillelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 7<br>Düzenli aralıklarla, toplum geneline ve özel gruplara (Sağlık personeli, öğretmenler, din adamları) yönelik kitlesel bırakma kampanyalarının düzenlenmesi                    | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | İl Millî Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>İşçi, işveren ve memur Kuruluşları<br>Müftülükler<br>Medya<br>DSÖ | Millî Eğitim Bakanlığı<br>Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı<br>İşçi, işveren ve memur kuruluşları<br>Diyaret İşleri Başkanlığı | 2 yılda bir ulusal Brak - Kazan Kampanyasının devamı ve ara yıllarda özel gruplara yönelik brak kazan kampanyaları | Yapılan kampanyaya sayısı<br>Kampanyalara katılım sayısı            | Kampanya etkinliklerinin izlenmesi  | 2008- |
| 2009 yılına kadar topluma sigara bırakma oranını tespit etmek | 2012 yılına kadar topluma sigara bırakma oranını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılına kadar hamillelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 8<br>Kalp Damar Hastalıklarına yönelik ulusal ve/veya bölgesel sağlık programlarında sigara bırakma uygulamalarının yer alması ve ilgili programlar arasında eşgüdümün sağlanması | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | İlgili program yöneticileri<br>Uzmanlık dernekleri  | İlgili program yöneticileri<br>Uzmanlık dernekleri  | 1. İlgili kuruluşlar ile görüşmeler yapılması<br>2. Programların uygulamaya girmesi                                | İlgili programlarda sigara bırakma ile ilgili bilgilerin yer alması | Sigara bırakma ile ilgili bilgilerin programlarda yer almasının izlenmesi | 2008- |

|  |  |   |  |   |   |                  |                  |                  |   |   |   |  |                                       |       |
|--|--|---|--|---|---|------------------|------------------|------------------|---|---|---|--|---------------------------------------|-------|
| 2009 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını tespit etmek | 2012 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak | 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 9<br>Bilimsel kanıtla dayalı olmayan sigara bırakma yöntemlerinin sunumunun engellenmesi   | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | Uzmanlık demekleri Üniversiteler Türk Eczacılar Birliği, Adalet Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Gümrük Müsteşarlığı TAPDK | Uzmanlık demekleri Üniversiteler Türk Eczacılar Birliği, Adalet Bakanlığı Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Gümrük Müsteşarlığı TAPDK | 1. Mevcut durum ve alınacak önlemlerle ilgili bir rapor hazırlanması<br>2. Yasal dayanağın sağlanması için mevzuat hazırlanması | Engellenen bilimsel kanıtla dayalı olmayan sigara bırakma yöntem sayısı Mevzuat hazırlanması | Engellenen yöntem sayısının izlenmesi | 2008- |
| 2009 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını tespit etmek | 2012 yılına kadar toplamda sigara bırakma oranını %40' in üzerine çıkarmak | 2010 yılı sonuna kadar sağlık personelinde bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2012 yılına kadar öğretmenler, din adamları ve yönetici, görevle bağlantılı meslek mensuplarında sigara bırakma oranlarını %50' nin üzerine çıkarmak | 2010 yılına kadar hamilelik döneminde sigarayı bırakmış olma oranını %90' in üzerine çıkarmak | Strateji 10<br>Sigara bırakma uygulamalarının etkinliğinin düzenli izlenmesi ve bu uygulamaların izlenmesine olanak sağlayacak birimlerin güçlendirilmesi | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı | Uzmanlık demekleri Üniversiteler DSÖ  | Uzmanlık demekleri Üniversiteler DSÖ  | İzleme komitesinin oluşturulması  | İzleme komitesi raporları  | Raporların izlenmesi                  | 2008- |

## D- Gençlerin Tütün Mamüllerine Ulaşabilirliğinin Engellenmesi

| Hedefler  | Stratejiler   | Sorumlu Birim                       | Paydaşlar                           |  |  | Etkinlikler  | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme                | Zamanlama (Başlangıç ve bitiş tarihleri) |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|
|   |   |                                     | Planlama                            | Uygulama   | Yürütme  |  |   |  |  |
| 2012 yılına kadar 15 yaş altı gençler arasında sigara içme oranının sıfıra, 15-24 yaş grubunda mevcut durumun yarısına indirmek | Strateji 1<br>18 yaşından küçükler tütün ve tütün mamüllerinin satış ve dağıtımını yasaklayan mevcut yasal düzenlemeye uyumun denetlenmesi ve uymayanlara caydırıcı nitelikte cezai müeyyideler uygulanması | İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK<br>SSUK | İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK<br>SSUK | İl Tütün Kontrol Kurulları<br>İl Özel İdareleri<br>Belediyeler<br>Medya<br>SSUK        | İl Tütün Kontrol Kurulları<br>İl Özel İdareleri<br>Belediyeler<br>Medya<br>SSUK        | 1. İl özel idareleri tarafından tütün sektörleri tarafından yasanın uygulanmasını sağlanması<br>2. 5227 Sayılı yasa hakkında vegerleklerinin yerine getirilmesi Sigara Sağlık Ulusal Komitesi tarafından savunuculuk yapılması   | 1. Yasanın uygulanmasına ilişkin yapılan etkinlik sayısı<br>2. Uygulanan para cezası  | Etkinliklerin izlemi                   | 2008-süreklili                           |
|   | Strateji 2<br>Tütün ve tütün mamüllerinin sadece bu işe münhasır satış noktalarında satılmasının sağlanması   | TAPDK                               | TAPDK                               | İçişleri Bakanlığı<br>Belediyeler<br>STK<br>Bakkallar ve Bayiler<br>Federasyonu        | İçişleri Bakanlığı<br>Belediyeler<br>STK<br>Bakkallar ve Bayiler<br>Federasyonu        | 1. Yasanın uygulanması<br>2. Denetim yapılması   | 1. Denetim sayısı<br>2. Münhasır satış noktası sayısı   | Denetim sayılarının izlenmesi          | 2008-süreklili                           |
|   | Strateji 3<br>Tütün mamülleri satıcılarının ürünü alacak gençlerden, 18 yaş üstünde olduklarını belgelemelerini istemesinin sağlanması  | İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK         | İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK         | Belediyeler,<br>Zabıta Memurları<br>STK<br>SSUK<br>Medya<br>Gönüllü gençler grubu      | Belediyeler,<br>Zabıta Memurları<br>STK<br>SSUK<br>Medya<br>Gönüllü gençler grubu      | 1. Tütün mamülleri satıcılarının sigara satışı sırasında gereken durumda yaş ile ilgili belge istemesi<br>2. Yukarıdaki belgenin istenilme durumunun izlenmesi için gönüllü genç grubu oluşturulması<br>3. Medya tarafından bu yasağın tanıtılması<br>4. Olumlu örneklerin topluma tanıtılması | 1. Konu ile ilgili araştırma sonuçları<br>2. Olumlu örneklerin sayısı<br>3. Gönüllü gençler tarafından tespit edilen ihlal sayısı | Araştırma verilerinin izlemi           | 2008-                                    |
|   | Strateji 4<br>Toplumda 18 yaş altındakilere tütün satışının yasak olduğu bilincinin oluşturulması   | Sağlık Bakanlığı<br>TAPDK<br>SSUK   | Sağlık Bakanlığı<br>TAPDK<br>SSUK   | İçişleri Bakanlığı<br>RTÜK<br>Medya<br>MEB<br>STK<br>(Televizyon Yayınları Derneği vs) | İçişleri Bakanlığı<br>RTÜK<br>Medya<br>MEB<br>STK<br>(Televizyon Yayınları Derneği vs) | 1. Medya tarafından 18 yaşından küçükler sigara satılmaması konusundaki mesajların verilmesi   | Medyada yayımlanan mesaj sayısı   | Yayınlarda ilgili mesajların izlenmesi | 2008-                                    |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| Strateji 5<br>Tütün mamullerinin sigara satış makineleri, self servis satış, postayla sipariş ve elektronik satışlarının, market rafları ve kasaları gibi doğrudan ulaşılabilir yerlerde satılmasının yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması | TAPDK                                      | TAPDK                                      | İçişleri Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>STK   | İçişleri Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>STK   | İçişleri Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>STK   | Satış noktalarında gerekli düzenlemelerin yapılmasının sağlanması  | Denetim sonuçları  | Denetim sonuçlarının değerlendirilmesi | 2008- |
| Strateji 6<br>Tütün mamullerinin logo, renk ve şekillerinin, şeker, çerez, oyuncak, tişört, çanta vb. nesnelere bulunmasının, bunların dağıtımını ve satımını yasaklayan mevzuata uyulmasının sağlanması   | Sanayi ve Ticaret Bakanlığı                | Sanayi ve Ticaret Bakanlığı                | Sanayi ve Ticaret Odaları<br>İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK<br>STK  | Sanayi ve Ticaret Odaları<br>İçişleri Bakanlığı<br>TAPDK<br>STK  | 1. İlgili kuruluşlar ile toplantılar yapılarak eksikliklerin belirlenmesi<br>2. Konuyla ilgili denetlemelerin yapılması  | Belirlenen eksikliklere ilişkin rapor hazırlanması<br>Denetim sayısı / raporlanmas   | Eksikliklerin giderilme durumu<br>Denetim raporlarının değerlendirilmesi   | 2008-                                  |       |
| Strateji 7<br>Gençlerin bir arada buldukları kafe, internet kafe, kantin, yurt vb. yerlerde tütün ve tütün mamullerinin (sigara, margile, vb) satılmasının ve içilmesinin yasaklanmasının sağlanması   | İçişleri Bakanlığı<br>Belediyeler<br>TAPDK | İçişleri Bakanlığı<br>Belediyeler<br>TAPDK | TAPDK<br>TOBB<br>STK<br>Yerel/ulusal<br>Medya  | TAPDK<br>TOBB<br>STK<br>Yerel/ulusal<br>Medya  | 1. Ortak alanlarda sigara içiminin engellenmesi ve yasaının uygulanması<br>2. Belediye başkanları aracılığıyla internet, kahvehane, kafe vb işletmelerinin sahiplerinin sigara içilmemesi konusunda duyarlılaştırılması<br>3. Gönüllü kuruluşlarda duman detektörleri uygulaması | 1. Yasal desteğin uygulanması<br>2. Duman detektörü olan yer sayısı  | Yapılan etkinliklerin izlenmesi  | 2009-                                  |       |
| Strateji 8<br>Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, kurum ve kuruluşlarca çocuk ve gençlerin spor yapacakları, kültürel etkinliklerde bulunabilecekleri sigara dumanına maruz kalmayacakları ortamların sağlanması                           | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü            | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü            | Spor Kulüpleri Federasyonlar<br>Belediyeler<br>YÖK<br>Medya<br>İçişleri Bakanlığı<br>Özel sektör<br>Kulüpler | Spor Kulüpleri Federasyonlar<br>Belediyeler<br>YÖK<br>Medya<br>İçişleri Bakanlığı<br>Özel sektör<br>Kulüpler | 1. Sigarasız kulüplerin teşvik edilmesi- örneğin sigarasız kulüp kampanyası<br>2. Antrenörlerin eğitilmesi<br>3. Spor ya da eğitim çalışmalarına konu ile ilgili bilginin yerleştirilmesi  | 1. Antrenörlerin bilgi düzeyi ve tutumları<br>2. Sporcuların bilgi düzeyi ve tutumları<br>3. Sigarasız kulüp sayısı<br>4. Müfredat değişikliği<br>5. Kulüp kampanyaları sayısı | 1. Konu ile ilgili araştırmalar<br>2. Spor kulüplerinden düzenli bilgi akışı<br>3. Kampanyalara katılan kulüp sayısı | 2008-2012                              |       |



## Sağlıklı Beslenme

### A- Obezitenin Önlenmesi ve Sağlıklı Beslenmenin Sağlanması

| Hedef  | Strateji  | Sorumlu Birim    | Paydaşlar              |  |   | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme                | Zamanlama |
|--|---|------------------|------------------------|--|---|---|--|-----------|
|  |   |                  | Planlama               | Uygulama   | Yürütme   |   |  |           |
|  |   |                  |                        |  |   |   |  |           |
| Toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi sağlanarak besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi | Strateji 1<br>Hayvansal ürünlerden ziyade sebze ve meyve ağırlıklı (günde en az 400 gram/5 porsiyon) beslenmenin özendirilmesi, taze sebze meyveye ulaşımın artırılması | Sağlık Bakanlığı | TSHGM<br>Üniversiteler | II Milli Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler<br>Müftülükler, STK<br>Gıda Dernekleri<br>Federasyonu<br>Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı Medya, TÜJK, Üniversiteler | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı,<br>RTÜK, Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>Maliye Bakanlığı<br>Diyamet İşleri Başkanlığı, TÜJK<br>Üniversiteler | Bu alanda yapılan faaliyet sayısı , Saha araştırmalarının yapılması, Günlük kişi başına düşen sebze-meyve miktarı (g/gün), Kişi başına düşen yıllık sebze-meyve tüketim miktarı (kg/yıl/kişi) | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |
|  | Strateji 2<br>Beslenmede ekmek, tahıl, makarna, pirinç ve patatesin gereğinden fazla tüketilmemesinin sağlanması  | Sağlık Bakanlığı | TSHGM<br>Üniversiteler | II Milli Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler, Müftülükler<br>STK, Gıda Dernekleri<br>Federasyonu, Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>Medya, Üniversiteler, TÜJK                      | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>Diyamet İşleri Başkanlığı   | Bu alanda yapılan araştırmalar, Bu alanda yapılan faaliyet sayısı   | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |
|  | Strateji 3<br>Doymuş yağlar yerine doymamış yağların tercih edilmesinin sağlanması (günlük enerjinin %30'undan fazlası yağdan alınmamalı)                               | Sağlık Bakanlığı | TSHGM,<br>Üniversite   | Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>II Milli Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler, Müftülükler<br>STK, Gıda Dernekleri<br>Federasyonu<br>Sanayi Bakanlığı, Medya                       | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Tarım ve Köyüşleri Bakanlığı<br>Diyamet İşleri Başkanlığı   | Bu alanda yapılan faaliyet sayısı, Yapılan saha araştırmaları, Yağ satış miktarları, Günlük kişi başına tüketilen doymamış yağ miktarı  | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |

| Toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi sağlanarak besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi |                  |                   |  |   |   |  |           |
|--|------------------|-------------------|--|---|---|--|-----------|
| Strateji 4<br>Yağlı kırmızı et yerine yağsız kırmızı et, balık, tavuk, baklagillerin tüketiminin yaygınlaştırılması  | Sağlık Bakanlığı | TSHGM, Üniversite | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>İl Millî Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler<br>Müftülükler<br>STK<br>Gıda Dernekleri<br>Federasyonu<br>Sanayi Bakanlığı<br>Medya | Sağlık Bakanlığı<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>Diyanet İşleri Başkanlığı | Saha araştırmaları,<br>Kişi başına tüketilen kırmızı et, beyaz et ve baklagil miktarı                             | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |
| Strateji 5<br>Yağsız ya da az yağlı süt ve süt ürünlerinin tüketiminin yaygınlaştırılması (yağsız süt, az yağlı yoğurt, lor peyniri)   | Sağlık Bakanlığı | TSHGM, Üniversite | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>İl Millî Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler<br>Müftülükler<br>STK, Gıda Dernekleri<br>Federasyonu<br>Sanayi Bakanlığı<br>Medya   | Sağlık Bakanlığı<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>Diyanet İşleri Başkanlığı | Saha araştırmaları,<br>Kişi başına tüketilen süt ve süt ürünleri miktarı,<br>Süt ve süt ürünleri satış miktarları | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |
| Strateji 6<br>Az şeker içeren besinlerin tüketilmesinin yaygınlaştırılması, gün içinde meşrubat ve tatlı tüketiminin sınırlandırılması   | Sağlık Bakanlığı | TSHGM, Üniversite | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>İl Millî Eğitim Müdürlükleri<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Belediyeler<br>Müftülükler<br>STK<br>Gıda Dernekleri<br>Federasyonu<br>Sanayi Bakanlığı<br>Medya | Sağlık Bakanlığı<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>RTÜK<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı<br>Diyanet İşleri Başkanlığı | Saha araştırmaları,<br>Günde kişi başına tüketilen şeker miktarı,<br>Meşrubat ve tatlı satışları                  | Yıllık rapor ve/veya 5-10 yıllık rapor | 2008-2012 |

| Toplumun sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirilmesi sağlanarak sağlıklı besinlerin yeterli ve dengeli tüketiminin sağlanması ve beslenme bozukluklarına bağlı hastalıkların önlenmesi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| Strateji 7<br>Tuz tüketiminin azaltılması, tuz alımının günde <100 mmol/L'yi (günde <6 g NaCl veya < 2.4 g Na) geçmeyecek şekilde düzenlenmesi  | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | 2008-2012 |
| Strateji 8<br>Hazır gıdalardaki tuz oranlarının yeniden düzenlenmesi  | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı   | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | 2008-2012 |
| Strateji 9<br>Gıdaların hijyenik ortamda hazırlanmasının ve buharlarda pişirme, haşlama, fırında pişirme gibi sağlıklı pişirme yöntemlerinin tercih edilmesinin sağlanması                | Sağlık Bakanlığı                                 | TSHGM,<br>Üniversiteler,<br>TAPDK  | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı                                 | 2008-     |
| Strateji 10<br>Sağlıklı olumsuz etkileyen besinlere ek vergi konulması, toplumun sağlıklı beslenmesi için gerekli olan temel besinlerin katma değer vergisinin azaltılması                | Maliye Bakanlığı<br>Başbakanlık                  | Maliye Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı,<br>TSHGM<br>Üniversiteler<br>Gıda Demekleri<br>Fedarasyonu,STK | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | Maliye Bakanlığı                                 | 2011      |
| Strateji 11<br>Yoksul ve dezavantajlı gruplar başta olmak üzere sağlıklı gıda temini ve ulaşılabilirliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması                                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Maliye Bakanlığı,<br>Belediyeler   | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | Belediyeler<br>Maliye Bakanlığı                  | 2008-2012 |

## B- Ulusal Beslenme Programının Hayata Geçirilmesi

| Hedef   | Strateji  | Sorumlu Birim    | Paydaşlar  |   |   | Performans Kriterleri                                 | İzleme ve Değerlendirme                       | Zamanlama                     |           |
|---|---|------------------|--|---|---|---|---|-------------------------------|-----------|
|   |   |                  | Planlama   | Uygulama  | Yürütme   |   |   |                               |           |
| Sağlıklı beslenme programlarının hazırlanması ve sektörler arası işbirliği sağlanması | Strateji 1<br>Ulusal Obezitenin Önlenmesi Programı ve Eylem Planının hazırlanması   | Sağlık Bakanlığı | TSHGM<br>DPT, Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Meslek Örgütleri, STKlar | DPT, Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, TÜİK, Meslek Örgütleri, STKlar | Sağlık Bakanlığı Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, STK Millî Eğitim Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı | Planın hazırlanması                                   | Hazırlanma sürecinin takibi                   | 2008- 2009                    |           |
|   | Strateji 2<br>Ülkemizdeki mevcut beslenme durumunun ve beslenmeye bağlı hastalıkların saptanması amacıyla “Türkiye Besin Tüketimi, Beslenme ve Sağlık Araştırması”nın yapılması | Sağlık Bakanlığı | TSHGM  | Üniversiteler<br>TÜİK<br>STK  | Üniversiteler<br>TÜİK<br>STK  | TSHGM<br>Üniversiteler<br>STK                         | Araştırmanın 5 ve/veya 10 yılda bir yapılması | 5-ve/veya 10 Yıllık Rapor     | 2008-2013 |
|   | Strateji 3<br>“Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”nin riskli gruplar ve yaş grupları da dikkate alınarak güncellenmesi ve yaygın kullanımının sağlanması                          | Sağlık Bakanlığı | TSHGM  | TSHGM<br>Üniversiteler, STK<br>Uzmanlık dernekleri  | TSHGM<br>Üniversiteler, STK<br>Uzmanlık dernekleri  | TSHGM<br>SEGM   | 81 il sağlık kuruluş kullanım oranı           | Bilgi Akışı Anket             | 2012      |
|   | Strateji 4<br>“Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi”nde yer alan öneriler doğrultusunda sağlık personeli ve halk eğitimlerinin düzenlenmesi   | Sağlık Bakanlığı | TSHGM  | Üniversiteler<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>Belediyeler, STK   | Üniversiteler<br>İl Sağlık Müdürlükleri<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>Belediyeler, STK                   | TSHGM<br>Millî Eğitim Bakanlığı<br>Belediyeler<br>STK | Eğitim sayısı/ eğitilen kişi sayısı           | Merkez ve il eğitim raporları | 2008-2012 |

| Sağlıklı beslenme programlarının hazırlanması ve sektörler arası işbirliği sağlanması  |  |   |  |  |  |              |           |
|--|--|---|--|--|--|--------------|-----------|
| Strateji 5<br>Tıp ve sağlık meslek yüksek okulları müfredatında yer alan obezite ve sağlıklı beslenme konularının vurgulanması, yoksa yer almasının sağlanması   | YÖK  | Üniversiteler, YÖK                                | Üniversiteler  | Üniversiteler<br>YÖK                             | Müfredatta yer alan sağlıklı beslenme konusu             | Yıllık rapor | 2009-2012 |
| Strateji 6<br>Okullarda beslenme ile ilgili müfredatın güncellenmesi, ilk ve orta öğretimde sağlıklı beslenme temel ilkelerinin öğretilmesi  | Milli Eğitim Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı       | Milli Eğitim TSHGM                                | Milli Eğitim Müdürlükleri/Okullar<br>Üniversiteler<br>STK  | Milli Eğitim Bakanlığı                           | Beslenme derslerinin içeriği ve saati                    | Yıllık rapor | 2008-2012 |
| Strateji 7<br>Besin ürünlerinin sağlıklı tüketimini desteklemek için ürün etiketlerinde tüketiciyi bilgilendirecek anlaşılır beslenme beyanlarının zorunlu olması için gerekli yasal düzenlemeler yapılması  | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı                     | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı                      | Sağlık Bakanlığı<br>Üniversiteler<br>Ticaret Odaları<br>STK  | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı                     | Yasal düzenlemenin yapılması ve uygulanması              | Yıllık rapor | 2008-2012 |
| Strateji 8<br>Sağlık Bakanlığı ile Tarım ve Köyişleri Bakanlığı arasında esgüdümün artırılması   | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı,<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı,<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | İşbirliği çalışmaları sayısı, imzalanan protokoller      | Yıllık rapor | 2008      |
| Strateji 9<br>Toplubeslenmehizmetlerinin(sağlık kuruluşları, huzurevleri, okullar, kreşler, lokantalar, kamu kurum ve kuruluşları vb.) sağlıklı beslenme kurallarına uygun yürütülmesi için çalışmalar yapılması, sektörde çalışanlara yönelik sertifikasyon programlarının geliştirilmesi | Sağlık Bakanlığı                                 | TSHGM   | TSHGM<br>Üniversiteler<br>Belediyeler<br>Tarım Bakanlığı<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı<br>TSE, STK<br>Milli Eğitim Bakanlığı, | Sağlık Bakanlığı<br>Milli Eğitim Bakanlığı       | Çalışma tutanakları, Sertifikasyon programlarının sayısı | Yıllık Rapor | 2008-2012 |

| <b>Sağlıklı beslenme programlarının hazırlanması ve sektörler arası işbirliği sağlanması</b>   |  |  |  |  |   |   |
|--|--|--|--|--|---|---|
| Strateji 10<br>Sağlıklı beslenme için güvenli besin seçimi, hazırlama, saklama ve pişirme yöntemlerine yönelik tüketici eğitim programlarının geliştirilmesi   | Sağlık Bakanlığı                           | TSHGM                                      | Üniversiteler<br>Medya<br>STK<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı   | Tüketici eğitim programı sayısı   | Yıllık Rapor<br>2008-2012                               |
| Strateji 11<br>Ülkemizde, çocuklar ve ergenler öncelikle olmak üzere, tüm yaş gruplarında beslenme davranışlarının saptanmasına yönelik belirli aralıklarla tekrarlanan ulusal araştırmalar yapılması  | Sağlık Bakanlığı                           | Sağlık Bakanlığı                           | Üniversiteler<br>TÜİK<br>STK   | Sağlık Bakanlığı<br>TÜİK<br>Üniversiteler<br>STK                               | Araştırmaların yapılması  | 5-10 yılda bir yapılan araştırma raporları<br>2009-2012 |
| Strateji 12<br>Okul kantinleri ve kafeteryalarda obeziteye yol açabilecek enerjisi yüksek, besleyici değeri düşük gıdaların satışının sınırlandırılması, hedef kitleyi bu tür besinleri tüketmekten caydırmak için tedbirler alınması, çocuklara yönelik gıda ürünlerinin tanıtımına düzenleme getirilmesi | Milli Eğitim Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı | Milli Eğitim Bakanlığı<br>Sağlık Bakanlığı | Milli Eğitim Bakanlığı,<br>RTÜK, Sivil Toplum Kuruluşları,<br>Gıda Üreticileri Belediyeler<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Milli Eğitim Bakanlığı, RTÜK,<br>Sivil Toplum Kuruluşları,<br>Gıda Üreticileri | Sağlıklı beslenme kriterlerine uygun satış yapan kantin ve kafeterya sayısı | Denetim raporları<br>2008-2012                          |

| Hedef   | Strateji  | Sorumlu Birim   | Paydaşlar  |   |  | Performans Kriterleri                                | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama |
|---|---|---|--|---|--|--|-------------------------|-----------|
|   |   |   | Planlama   | Uygulama  | Yürütme  |  |                         |           |
| Çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi | Strateji 1<br>Anne sütünün bebeğin sağlıklı gelişmesindeki rolü ön plana çıkarılarak, yazılı ve görsel medyada bu konuda bilgilendirme yapılması      | Sağlık Bakanlığı  | ACSAP  | 81 il Sağlık Müdürlüğü<br>Belediyeler<br>Medya<br>STK, RTÜK<br>DSÖ, UNICEF  | Sağlık Bakanlığı<br>STK<br>RTÜK  | Bu konuda medyada yer alan yayım sayısı              | Yıllık rapor            | 2008-     |
|   | Strateji 2<br>Çocukluk ve ergenlik döneminde sıkça tüketilen ve şişmanlık açısından risk taşıyan yiyecek ve içeceklerin tüketiminin sınırlandırılması | Sağlık Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı             | Sağlık Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı        | Milli Eğitim Müdürlükleri/<br>okul aile birlikleri<br>Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı,<br>Medya, STK<br>Gıda Üreticileri | Milli Eğitim Bakanlığı,<br>TSHGM,<br>AÇSAP,RTÜK,<br>STK'lar            | Hazırlanan plan, uygulamaya geçirilen program sayısı | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 3<br>Çocuk ve ergenlerin toplu bulunduğu okul, dersane ve sinema gibi mekânlarda sağlıklı gıdaların satışının özendirilmesi                  | Milli Eğitim Bakanlığı,<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı,<br>Milli Eğitim Bakanlığı        | Milli Eğitim Bakanlığı Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Belediyeler<br>Sanayi ve Ticaret Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı, STK, Medya Üreticileri            | Milli Eğitim Bakanlığı,<br>Belediyeler<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı | İlgili yerlerde satılan sağlıklı ürün sayısı         | Yıllık rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 4<br>Ayaküstü (fast food) restoranlarda çocukluk çağında ilgi çeken ürünlerin reklâm ve özendirme amacıyla kullanılmasının engellenmesi      | Sağlık Bakanlığı,<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı       | Sağlık Bakanlığı,<br>Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, Üniversiteler, STK'lar<br>Üretici Firmalar   | Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı              | Promosyon ürünü vermeyen ayaküstü restoran sayısı    | Yıllık rapor            | 2008-2012 |

| Çocuk ve ergenlerde sağlıklı beslenmenin geliştirilmesi  |                        |                                      |   |                        |   |              |           |
|--|------------------------|--------------------------------------|---|------------------------|---|--------------|-----------|
| Strateji 5<br>Bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesi, 6.aydan itibaren anne sütü ile birlikte uygun ek besinlere başlanması ve iki yaşına kadar anne sütü ile beslenmenin özendirilmesi | Sağlık Bakanlığı       | AÇSAP Genel Müdürlüğü                | Başbakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü, Medya, STK'lar Üniversiteler, SHÇEK | Sağlık Bakanlığı       | İlk 6 Ayda Sadece Anne Sütü Alan Bebek Sayısı | Yıllık Rapor | 2008-2012 |
| Strateji 6<br>Okullarda sağlıklı beslenme ile ilgili etkinliklerin yaygınlaştırılması  | Milli Eğitim Bakanlığı | Milli Eğitim Bakanlığı               | Milli Eğitim Bakanlığı Belediyeler STK DSÖ UNICEF                     | Milli Eğitim Bakanlığı | Yapılan etkinlik sayısı                       | Yıllık rapor | 2008-2012 |
| Strateji 7<br>Sağlık kuruluşlarında beslenme konulu danışmanlık hizmetlerinin tesis edilmesi ve yaygınlaştırılması; özellikle gebe ve emziren kadınların yararlanmalarının sağlanması                                  | Sağlık Bakanlığı       | AÇSAP,TSHGM, Tedavi Hiz. Genel Müd., | AÇSAP,TSHGM, Tedavi Hiz. Genel Müd., Başbakanlık, SHÇEK, STK'lar      | Sağlık Bakanlığı       | Danışmanlık hizmeti alan kadın sayısı         | Yıllık Rapor | 2008-2012 |
| Strateji 8<br>Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde toplum sağlığı merkezlerinde beslenme konularında, özellikle risk gruplarına yönelik "diyetisyenlik" hizmetlerinin geliştirilmesi                                | Sağlık Bakanlığı       | TSHGM                                | Üniversiteler   | TSHGM                  | Ön çalışma tutanakları                        | Yıllık Rapor | 2008-2012 |



| Hedef  | Strateji   | Sorumlu Birim                                  | Paydaşlar  |   |   | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme            | Zamanlama |
|--|--|--|--|---|---|---|------------------------------------|-----------|
|  |  |  | Planlama   | Uygulama  | Yürütme                                 |   |                                    |           |
| Yetişkinlerde sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi | Strateji 1<br>Kitle iletişim araçlarında yağ, un, tuz ve şekerin tüketiminin zararlarını vurgulayan programların yayınlaması   | Sağlık Bakanlığı                               | Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler RTÜK                                     | Medya Üniversiteler STK   | Basın Yayın Kuruluşları RTÜK            | Yayımlanan program sayısı   | Yıllık rapor                       | 2008-2012 |
|  | Strateji 2<br>Sağlığa olumsuz etkisi olan beslenme ürünlerinin reklamlarına kısıtlama getirilmesi  | Sağlık Bakanlığı                               | Sağlık Bakanlığı, RTÜK   | Sağlık Bakanlığı, Medya STK   | Basın Yayın Kuruluşları, RTÜK           | Reklamla kısıtlama getirilen ürün sayısı                                | Yıllık rapor                       | 2008-2012 |
|  | Strateji 3<br>Görsel ve yazılı medyada yer alan yemek programlarında şişmanlığı önleyici ve kalp sağlığını koruyucu yemeklerin ön plana çıkarılmasının ve yemek tariflerinin verilmesi durumlarında bir porsiyondaki besin değerlerinin kalori miktarları dahil belirtilmesinin sağlanması | Sağlık Bakanlığı                               | Sağlık Bakanlığı, RTÜK   | Sağlık Bakanlığı, Medya STK RTÜK  | Sağlık Bakanlığı, Medya STK RTÜK        | Bu konuda gerekli yasal düzenlemenin yapılması,                         | Yıllık izleme ve denetim raporları | 2008-2012 |
|  | Strateji 4<br>TSK bünyesindeki erlere yönelik sağlıklı beslenmenin yararları ve şişmanlık konulu bilgilendirici toplantılar düzenlenmesi   | Milli Savunma Bakanlığı, TSK                   | Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Genel Kurmay Başkanlığı, GATA | Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kurmay Başkanlığı, GATA                    | Müfütütlükler STK                       | Sağlıklı beslenme eğitimi alan asker sayısı                             | Yıllık rapor                       | 2009      |
|  | Strateji 5<br>Sağlıklı beslenme konusunun hutbe ve vaazlarda işlenmesi   | Diyanet İşleri Başkanlığı                      | Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı                              | Müfütütlükler STK   | Diyanet İşleri Başkanlığı               | Sağlıklı beslenme konusunda verilen hutbe ve vaaz sayısı                | Yıllık rapor                       | 2009      |
|  | Strateji 6<br>Yerel yönetimlerin, ilgili uzmanların katılımı ile sağlıklı beslenme konulu etkinlikler düzenlenmesi   | Sağlık Bakanlığı                               | Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler İşçileri Başkanlığı                      | Yerel Yönetimler STK  | İçişleri Bakanlığı Belediyeler          | Düzenlenen etkinlik sayısı  | Yıllık rapor                       | 2008-2012 |
|  | Strateji 7<br>Görsel ve yazılı basında yer alan beslenme ile ilgili program ve beyanların toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici, ulusal beslenme politikalarına uygun ve bilimsel nitelikte olmasının sağlanması  | Sağlık Bakanlığı, RTÜK Basın Yayın Kuruluşları | TSHGM RTÜK Üniversiteler   | TSHGM, RTÜK Basın Yayın Kuruluşları, STK'lar, Gıda Üreticileri                        | TSHGM RTÜK Basın Yayın Kuruluşları, STK | Ulusal beslenme politikalarına uygun program sayısı                     | Yıllık Rapor                       | 2008-2012 |
|  | Strateji 8<br>İlgili kamu kurum ve kuruluşları, özel sektör, sivil toplum örgütleri, üniversiteler ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliğinin sağlanması  | Sağlık Bakanlığı                               | TSHGM  | Başbakanlık, İlgili Ulusal ve Uluslararası Kurum ve Kuruluşlar, STK'lar, Gıda Sektörü | TSHGM                                   | Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı | Yıllık Rapor                       | 2008-2012 |

## Fiziksel Hareketlilik

## Toplumda Fiziksel Hareketliliğin Sağlığa Olumlu Katkıları Konusunda Farkındalık Oluşturmak

| Hedef  | Strateji  | Sorumlu Birim                                      | Paydaşlar  |  |   | Performans Kriterleri  | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama |
|--|---|--|--|--|---|--|-------------------------|-----------|
|  |   |  | Planlama   | Uygulama   | Yürütme   |  |                         |           |
| Çocuklar ve ergenlerde fiziksel hareketlilik bilinci oluşturulacaktır. | Strateji 1<br>Kolay ulaşılabilir mesafede yeterli ve güvenli oyun ve spor alanları oluşturulması  | İçişleri Bakanlığı                                 | Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü      | İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü  | İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü | Hizmete giren oyun ve spor alanları  | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 2<br>Kamu kurum/kuruluşları ve okulların spor tesislerinin tatil günlerinde toplumun kullanımına açılması  | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü                    | Bakanlıklar, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü                     | Bakanlıklar, Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü   | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Valilikler                       | Tatil günlerinde kamuya açılan spor tesisleri sayısı                           | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 3<br>Bisiklet ve yürüyüş yollarının mevcut yerleşim alanlarında yaygınlaştırılması, yeni açılacak yerleşim yerlerinde zorunlu hale getirilmesi                         | İçişleri Bakanlığı                                 | İçişleri Bakanlığı, Bayındırlık Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü | İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü  | İçişleri Bakanlığı, Yerel Yönetimler, Milli Emlak Genel Müdürlüğü | Hizmete yeni giren bisiklet ve yaya yolu uzunluğu                              | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 4<br>Okullardaki fiziksel hareketlilik ders ve etkinliklerinin, kulüp çalışmalarının süre ve sayıca artırılması  | Milli Eğitim Bakanlığı                             | Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı   | 81 il Milli Eğitim Müd., Sağlık Bakanlığı, STK   | Milli Eğitim Bakanlığı  | Haftalık beden eğitimi dersi sayısı  | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 5<br>Çocukların sosyal ve fiziksel gelişimine katkı sağlayacak izcilik gibi etkinliklerin geliştirilmesi   | Milli Eğitim Bakanlığı                             | Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor GM                             | 81 il Milli Eğitim Müd., Sağlık Bakanlığı, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü                                     | Milli Eğitim Bakanlığı, Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri           | İzcilik klübü ve etkinlik sayısı   | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 6<br>Yaz kampları sayısının her ilde en az bir adet olacak şekilde yapılması ve bu kamplardan yararlanan öğrenci sayısının artırılması                                 | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Belediyeler       | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü  | Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Belediyeler, STK Özel Kuruluşlar  | Gençlik ve Spor İl Müdürlükleri                                   | Yaz kampından yararlanan öğrenci sayısı  | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|  | Strateji 7<br>Çocuk ve ergenlerde fiziksel hareketsizliğe sebep olan televizyon seyretme, bilgisayar oyunları oynama gibi etkinliklerin en alt düzeye indirilmesinin sağlanması | Sağlık Bakanlığı, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı | Sağlık Bakanlığı, Aileden Sorumlu Devlet Üniversiteler                                   | Milli Eğitim Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bak., Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Medya, STK Üniversiteler, RTÜK | İlgili Bakanlık ve ilgili Kurumların İl teşkilatları              | Çocukların TV ve bilgisayar başında geçirdikleri sürelere ilişkin araştırmalar | Araştırma sonuçları     | 2008-2012 |
|  | Strateji 8<br>İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) işbirliğinin sağlanması   | Sağlık Bakanlığı                                   | TSHGM  | Başbakanlık, İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar, STK'lar,  | TSHGM   | Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı        | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |

| Hedef   | Strateji  | Sorumlu Birim   | Paydaşlar  |   |  | Performans Kriterleri   | İzleme ve Değerlendirme | Zamanlama |
|---|---|---|--|---|--|---|-------------------------|-----------|
|   |   |   | Planlama   | Uygulama  | Yürütme  |   |                         |           |
| Yetişkinlerde fiziksel hareketlilik bilinci oluşturulacaktır. | Strateji 1<br>Çalışanların öğle aralarında fiziksel hareketliliğe özendirilmesi ve bunun için uygun koşulların sağlanması   | Sağlık Bakanlığı<br>Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı    | Sağlık Bakanlığı<br>Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı                                     | Üniversiteler<br>İlgili Tüm Kamu ve Özel Kuruluşlar<br>STK, Belediyeler   | Valilikler, Yerel Yönetimler   | Spor salonu açan işyeri sayısı  | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 2<br>Yaşam alanlarında yaya yollarının tüm yaş grupları için güvenli ve rahat yürünebilir hale getirilmesi   | İçişleri Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü | İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü   | İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü                          | Güvenli ve rahat yürünebilir hale getirilen yol uzunluğu                | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 3<br>Çevresel yaşam alanlarının taşıtlara değil, öncelikle yayalara ait olması gerektiği hususunda yerel yönetimlerin bilinçlendirilmesi   | İçişleri Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı,<br>İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü | İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü   | İçişleri Bakanlığı,<br>Yerel Yönetimler,<br>Milli Emlak Genel Müdürlüğü, Basın Yayın Kuruluşları | Yapılan etkinlik sayısı   | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 4<br>İleri yaş grubundaki kişilere yaş ve sağlık koşullarına uygun egzersiz alışkanlığı kazandırmaya yönelik televizyon programlarının yapılması   | Sağlık Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı,<br>Üniversiteler<br>Belediyeler<br>RTÜK                                    | Medya<br>Belediyeler<br>Üniversiteler<br>STK                              | Belediyeler<br>STK'lar,<br>Basın Yayın Kuruluşları   | Yayınlanan program sayısı   | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 5<br>Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında yetişkinlere yönelik, Beden Kütle İndeksi (BKI)'nin takip edilmesi, bel çevresi takibi, bu konuda sağlık personeline gerekli eğitimlerin verilmesi ; obezite saptanan kişilerin ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi | Sağlık Bakanlığı<br>Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü | Sağlık Bakanlığı<br>Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,<br>ACSAP Genel Müdürlüğü        | 81 il Sağlık Müdürlüğü  | Sağlık Bakanlığı<br>Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,<br>ACSAP Genel Müdürlüğü            | BKI Kayıtları,<br>Sağlık personeline verilen eğitim sayısı              | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 6<br>İlgili tüm sektörlerle (kamu, belediyeler, özel, STK) işbirliğinin sağlanması   | Sağlık Bakanlığı  | Sağlık Bakanlığı<br>Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü                                  | Başbakanlık,<br>İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar,<br>STK'lar,               | TSHGM  | Çok sayıda kuruluşun katılımıyla düzenlenen toplantı ve faaliyet sayısı | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |
|   | Strateji 7<br>Fiziksel aktivite faaliyetlerine ulaşılabilirliğinin fizik ve mali koşullar bakımından kolaylaştırılması  | Özel sektör<br>Belediyeler                                  | Belediyeler<br>STK'lar,  | İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar,<br>STK'lar,<br>Belediyeler<br>Özel sektör | İlgili Tüm Kurum ve Kuruluşlar,<br>STK'lar,<br>Belediyeler                                       | Bu alanda yapılan düzenlemeler  | Yıllık Rapor            | 2008-2012 |



## **8.2. EK B: Kapsamlı Bir Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı İçin Önemli Diğer Hususlar**

**Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen kapsamlı bir “Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” için önemli diğer hususlar aşağıda yer almaktadır.**

### **Diğer Önemli Çalışma Alanları**

Kalp ve damar hastalıklarına yönelik bir önleme ve kontrol programının, önde gelen kalp ve damar hastalığı risk faktörlerini ve sosyal ve ekonomik belirleyicileri azaltma haricindeki, diğer önemli bileşenleri şunlardır:

- Kalp ve damar hastalıkları için tedavi ve maliyet etkili vaka yönetimi standartlarını geliştirmek,
- Kalp ve damar hastalıkları için sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak üzere kapasiteyi arttırmak
- Başlıca risk faktörlerine ait model ve eğilimleri değerlendirmek, önleme ve kontrole yönelik teşebbüsleri izlemek üzere uygulanabilir surveyans metodları geliştirmek,
- Etkin bir şekilde ülkeler arası, bölgeler arası, küresel ağ ve ortaklıklar geliştirmek.

### **Kalp ve Damar Hastalıkları Yükünün Azaltılması**

Kalp hastalıkları ve inme sebepli erken ölümlerin en az %80'i, sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite ve tütün dumanından kaçınma yoluyla önlenir. Bireyler kendi kalp ve damar hastalığı risklerini düzenli fiziksel aktivite yaparak, tütün kullanımından ve pasif içicilikten kaçınarak, meyve ve sebzedden zengin bir diyet seçerek, yağ, tuz ve şekerden zengin gıdalardan kaçınarak ve sağlıklı bir vücut ağırlığını muhafaza ederek azaltabilirler.

Öte yandan kapsamlı bir önleme programı dahilinde kalp ve damar hastalıklarına dair ikincil ve üçüncül korumaya yönelik, insangücü, teknoloji, ilaç, finansman dâhil, diğer yaklaşımların da geliştirilmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda, Dünya Sağlık Örgütü'nün kalp ve damar hastalıkları yükünün azaltılması tavsiyeleri arasında bulunduğu noktalar şunlardır:

- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek üzere etkili ve ucuz ilaçlar mevcuttur.
- Bir kalp krizi veya inme sonrasında tekrar etme veya ölüm riski, bir ilaç kombinasyonu yoluyla önemli ölçüde azaltılabilir (kolesterolü düşürücü statinler+kan basıncını düşüren ilaçlar+asetilsalisilikasit preparatları).
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için kalp pilleri, prostetik kapaklar ve kalp deliklerini kapayan yamalar gibi etkili tıbbi cihazlar ve çözümler geliştirilmiş durumdadır.
- Kalp ve damar hastalıklarını tedavi etmek için, koroner arter bypass, balon anjiyoplasti, kapak onarımı ve değişimi, kalp transplantasyonu ve suni kalp operasyonları gibi operasyonlar kullanılmaktadır.

- Kalp ve damar hastalıkları ile diğerkronik hastalıkları önleme ve kontrol altına alma amaçlı ulusal programlar yoluyla bu alandaki yatırımlar artırılmalıdır.

Acil Sağlık ve 112 hizmetlerinin özellikle Akut MI ve inmelere zamanında ve yeterli müdahalesini sağlayacak şekilde yapılanması önemlidir.

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil sağlık hizmetlerinin kuruluşunun onuncu yılında ülke genelinde bütün illerde Komuta Kontrol Merkezleri mevcuttur. Halen tam donanımlı 1468 ambulans ve 1179 istasyon bulunmaktadır ve sosyal güvencesi olmayan kişilerden ambulans hizmetleri için ücret alınmamaktadır.

Ayrıca, Tele-eğitim ve Tele-tıp hizmetleri uygulaması ile; Tanı, tedavi, eğitim, yönetim, araştırma, tıbbi takip ve tedavi kontrolü alanlarında sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin, etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması, uzmanlık merkezlerinin birbirlerine danışma imkanının sağlanması hedeflenmektedir. Teletıp Projesi, tıbbi görüntüleme alanında yeterli uzmanın olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir. Teleradyoloji ve telepatoloji (teledermatoloji, ve telekardiyoloji daha sonra dahil edilecektir) gibi uygulamalara imkan sağlayacaktır.

### 8.3. EK C : Avrupa Obezite İle Mücadele Şartı



**DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele  
Bakanlar Toplantısı**  
*Sağlık için diyet ve fiziksel aktivite*  
**İstanbul, Türkiye. 15 -17 Kasım 2006**



EUR/06/5062700/8

16 Kasım 2006

61995

#### **Avrupa Obezite ile Mücadele Şartı**

Obezite epidemisinin sağlık, ekonomiler ve kalkınma üzerinde giderek artan olumsuz etkisini ele almak amacıyla, DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı'na (İstanbul, Türkiye, 15-17 Kasım 2006) katılan Bakanlar ve delegeler, burada, Avrupa Sağlık ve Tüketici Koruma Komiserinin huzurunda aşağıdaki, bir politika olarak, Avrupa Obezite ile Mücadele Taslak Şartı'nı kabul etmiştir. Mevcut Şartı geliştirme sürecine diyalog ve danışma toplantıları aracılığıyla farklı devlet sektörleri, uluslararası kuruluşlar, uzmanlar, sivil toplum ve özel sektör katılmıştır.

Bu Şart'a uygun olarak obezite ile mücadele eyleminin güçlendirilmesine ve bu konuyu hükümetlerimizin politik gündeminin üst sıralarına taşıyacağımıza yönelik taahhüdümüzü beyan ediyoruz. Tüm ortaklarımıza ve paydaşlarımıza obeziteye karşı daha güçlü eylem belirlemeleri hususunda çağrıda bulunuyor ve bu hususta liderliğin DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından sağlanacağını kabul ediyoruz.

Acil önlem için yeterli kanıt bulunmaktadır, aynı zamanda yenilik için araştırma ve yerel ortamlara dair düzenlemeler ve özel bazı konulara ilişkin yeni araştırma politikaların etkililiğini geliştirecektir.

Obezite küresel bir halk sağlığı problemidir; Avrupa eyleminin bir örnek teşkil etmek ve bu sayede küresel çabaları seferber etmek hususlarında rol oynayacağını bildiriyoruz.

#### **1. MÜCADELE:**

Bizler kabul etmekteyiz ki:

**1.1 Obezite epidemisi DSÖ Avrupa Bölgesi'nin en önemli halk sağlığı mücadelelerinden birisidir.** Obezitenin yaygınlığı son 20 yıl içerisinde 3 kat artmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tüm yetişkinlerin yarısı ve çocukların beşte biri fazla kiloludur. Bunların üçte biri obez olup, rakamlar hızla artmaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık oranlarının artmasına, yaşam süresinin kısalmasına katkıda bulunmakta olup, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bölgede yıllık bir milyon üzerinde ölüm fazla vücut ağırlığına bağlı hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

**1.2 Eğilim özellikle çocuklar ve yetişkinler alarm düzeyine ulaşmıştır,** böylelikle epidemi yetişkinliğe geçmekte ve gelecek nesil için giderek daha çok sağlık yükü yaratmaktadır. Çocukluk obezitesinin yaygınlığındaki yıllık artış oranı düzenli olarak yükselmekte olup, günümüzde 1970 yılındaki oranın on kat kadar fazlasıdır.

**1.3 Obezite ekonomik ve sosyal kalkınmayı da önemli şekilde etkilemektedir.** Yetişkinlerde obezite ve fazla kiloluluk Avrupa Bölgesi'ndeki sağlık hizmeti harcamalarının %6'sını teşkil etmekte olup, buna ek olarak bunun en az iki katı kadar da dolaylı maliyetlere yol açmaktadırlar (yaşamın üretkenliğinin ve ilgili gelirlerin kaybedilmesi). Fazla kilo ve obezite düşük sosyo-ekonomik grupları daha çok etkilemekte, bununla birlikte sağlık ve diğer eşitsizliklerin artmasına katkıda bulunmaktadır.

**1.4 Epidemi değişen sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel çevrenin sonucu olarak son yıllarda artış göstermektedir.** Nüfustaki enerji dengesizliği, enerjisi-yoğun besleyiciliği düşük yiyecek ve içeceklerin (yüksek oranlarda doymuşun yanı sıra toplam yağ, tuz ve şeker içeren) artması dahil birlikte meyve ve sebzelerin yetersiz tüketimi ile birleşerek fiziksel aktivitenin dramatik şekilde düşmesi ve değişen beslenme modelleri sonucunda tetiklenmektedir. Mevcut verilere göre, Avrupa Bölgesi'ndeki birçok ülkede yetişkin nüfusun üçte ikisi sağlık kazanımını sağlamak ve sürdürmek için fiziksel olarak yeterli aktiviteye sahip değildir ve yalnızca birkaç ülkede meyve ve sebze tüketimi tavsiye edilen oranlara ulaşmayı başarmıştır. Tek başına genetik yatkınlık sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel çevre değişiklikleri gibi değişiklikler olmadan obezite epidemisini açıklayamamaktadır.

**1.5 Uluslararası eylem ulusal politikaların desteklenmesi için zaruridir.** Obezite artık yalnızca zengin toplumların bir sendromu değildir. Özellikle küreselleşme bağlamında gelişmekte olan ülkeler ve ekonomileri dönüşüm sürecinde olan ülkelerde de aynı oranda egemendir. Sektörler arası eyleme geçmek hala bir zorluktur ve hiçbir ülke epidemiyi etkili şekilde kontrol altına almayı başaramamıştır. Hem karakteri hem de sonuçları açısından birçok anahtar önlemin sınır ötesi olması nedeniyle obeziteye karşı hareket hususunda güçlü uluslararası koordine eylem oluşturmak hem bir mücadele hem de bir olanaktır.

## **2. NE YAPILABİLİR: Hedefler, İlkeler ve Eylem Çerçevesi**

**2.1 Obezite epidemisi tersine çevrilebilir.** Eğilimi tersine çevirmek ve epidemiyi kontrol altına almak mümkündür. Bu da; sorunun kaynağının, hızla değişen insan yaşam biçimlerinin sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicilerinde yatması sebebiyle ancak kapsamlı bir eylem ile gerçekleştirilebilecektir. Vizyon, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili sağlıklı yaşam stillerinin norm olduğu, sağlık hedeflerinin ekonomi, toplum ve kültür ile ilgili hedefleri ile uyumlu olduğunu ve bireyler için sağlıklı seçimlerin daha erişilebilir ve kolay olduğu toplumları şekillendirmektir.

**2.2 Epideminin engellenmesi ve eğilimin tersine çevrilmesi Bölge'de esas hedeftir.** Başta çocuklar ve adölesanlar ile ilgili olanlar olmak üzere açıkça görülen bir ilerleme, ülkelerin çoğunda önümüzdeki 4-5 yıl içerisinde başarılmalı ve eğilimi en geç 2015 yılı itibariyle tersine çevirmek mümkün olmalıdır.



### **2.3 Aşağıda belirtilen ilkeler DSÖ Avrupa Bölgesi'nde eyleme kılavuzluk etmelidir:**

**2.3.1.** Yüksek düzey politik istek ve liderlik ile bütüncül bir devlet taahhüdü farklı sektörler arasında seferberliğin ve sinerjinin elde edilmesi için gereklidir.

**2.3.2.** Obeziteye karşı eylem bulaşıcı olmayan hastalıkları ve sağlık teşvikini hedef alan genel stratejiler ve bunun yanı sıra daha geniş bağlamda sürekli gelişme ile bağlantılı olmalıdır. İyileştirilmiş beslenme ve fiziksel aktivite halk sağlığı üzerinde, fazla kilo ve obezitenin azaltılmasına bağlı yararların ötesinde kalıcı ve çoğunlukla hızlı etki yaratacaktır.

**2.3.3.** Bireylerin sorumlulukları ve hükümetler ile toplumların sorumlulukları arasında denge kurulmalıdır. Obeziteleri yüzünden yalnızca bireyleri sorumlu tutmak kabul edilebilir olmamalıdır.

**2.3.4.** Her bir ülkenin veya bölgenin kültürel bağlamında gerçekleştirilen eylemi düzenlemek ve sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin sağladığı memnuniyetin altını çizmek gerekmektedir.

**2.3.5.** Tüm düzeylerde, hükümet, sivil toplum, özel sektör, meslek ağları, medya ve uluslararası kuruluşlar gibi tüm paydaşlar arasında ortaklık inşa etmek gereklidir (ulusal, alt-ulusal ve yerel).

**2.3.6.** Başta enerji yoğun gıdalar ve içeceklere yönelik pazar baskısının daha zayıf düzenlemeye sahip ülkelere çevrilmesini önlemek üzere politika önlemleri Bölgenin farklı kesimlerinde koordine edilmelidir. DSÖ hükümetler arası koordinasyonunun kolaylaştırılması ve desteklenmesi hususunda rol oynayabilecektir.

**2.3.7.** Ticari faaliyetler tarafından saflıkları ve deneyimsizlikleri istismar edilmemesi gereken çocuklar ve adölesanlar gibi hassas gruplara özel ilgi gösterilmelidir.

**2.3.8.** Sağlıklı seçim yapmak hususunda daha fazla kısıtlama ve sınırlandırmalar ile karşı karşıya kalan düşük sosyo-ekonomik nüfus gruplarını desteklemek de yüksek bir önceliktir. Sağlıklı seçimlerin sağlanabilmesine yönelik erişimin artırılması ve bunların uygun fiyatlı olması bundan dolayı bir ana hedef olmalıdır.

**2.3.9.** Halk sağlığı hedefleri ticaret, tarım, ulaşım ve şehir planlama alanlarındaki politikaların yanı sıra ekonomik politika geliştirilirken öncelikli olarak ele alınmalıdır.

**2.4 Ana aktörleri, politik araçları ve ortamı bir araya getirecek bir çerçeve bu ülkelerin eyleme dönüştürülmesi için gereklidir.**

**2.4.1 Tüm ilgili hükümet sektörleri ve kademeleri rol oynamalıdır.** Uygun kurumsal mekanizmalar bu işbirliğini mümkün kılmak için görevini yapmalıdır.

- Sağlık bakanlıkları, çok sektörlü eylemi savunarak, cesaretlendirerek ve rehberlik ederek öncü bir rol üstlenmelidir. Sağlık sektörü çalışanları ve sağlık hizmeti kullanıcıları arasında sağlıklı seçimlerin kolaylaştırılması için örnek olmalıdır. Sağlık sisteminin rolü, önleme tedbirlerinin tasarlanması ve teşvik edilmesi ve de teşhis izleme ve tedavi sağlanması ile yüksek risk altındaki kişiler ve halihazırda fazla kilolu ve obez olan kişiler ile uğraşırken de önemlidir.

- Tarım, gıda, finans, ticaret ve ekonomi, tüketici işleri, kalkınma, ulaşım, şehir planlama, eğitim ve araştırma, sosyal refah, çalışma, spor, kültür ve turizm gibi ilgili tüm bakanlıkları ve kurumları sağlığı teşvik edici politika ve eylemlerin geliştirilmesi hususunda çok önemli role sahiptir. Bu kendi alanları açısından da yarar sağlayacaktır.

- Yerel merciler fiziksel aktivite, aktif yaşam ve sağlıklı beslenme için ortam ve olanak yaratılmasında büyük güce ve role sahip olup, bunları gerçekleştirirken desteklenmelidir.

**2.4.2 Sivil toplum politika yanıtını destekleyebilir.** Kamuoyunun farkındalığının ve eylem için talebin artırılması için ve yenilikçi yaklaşımların bir kaynağı olarak sivil toplumun aktif katılımı önemlidir. Sivil toplum kuruluşları obezite ile mücadele stratejilerini destekleyebilecektir. İşveren, tüketici, ebeveyn, genç ve spor birlikleri ile diğer dernek ve ticaret birlikleri özel bir rol oynayabilir. Sağlık çalışanları kuruluşları üyelerinin önleyici eyleme tamamıyla bağlı olmalarını sağlamalıdır.

**2.4.3 Daha sağlıklı bir çevre yaratılmasının yanı sıra kendi çalışma ortamlarında sağlıklı seçimlerin teşvik edilmesi hususunda özel sektör önemli bir rol oynamalıdır ve sorumluluğa sahiptir.** Buna temel üreticilerden perakendecilere tüm gıda zinciri içindeki işletmeler dahildir. Halk sağlığı politikalarının çizdiği çerçeve içerisinde tüketici eğitimi de rol oynayabilirken; eylem, üretim, pazarlama ve ürün enformasyonu gibi kendi ana faaliyet alanlarına odaklanmalıdır. Spor kulüpleri, eğlence ve inşaat şirketleri, reklamcılar, toplu taşıma, aktif turizm gibi sektörlerin de önemli bir rolü bulunmaktadır. Özel sektör, sağlıklı seçeneklere yatırımlara yatırım yapılması hususunda ekonomik fırsatlara vurgu yapılması ile her iki tarafında kazançlı olacağı çözümlere iştirak edebilir.

**2.4.4 Medya bilgilendirme ve eğitimin sağlanması,** farkındalığın artırılması ve bu alanda halk sağlığı politikalarının desteklenmesi hususlarında önemli sorumluluğa sahiptir.

**2.4.5 Sektörler arası işbirliği yalnızca ulusal değil, uluslararası düzeyde de elzemdir.** DSÖ uluslararası eylemi cesaretlendirebilir, koordine ve öncülük edebilir. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Dünya Bankası, Avrupa Konseyi, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) gibi uluslararası kuruluşlar etkili ortaklıklar yaratabilir ve bu suretle ulusal ve uluslararası düzeylerde çok sektörlü işbirliğini harekete geçirebilir. Avrupa Birliği (AB), AB mevzuatı, halk sağlığı politikası ve programları, araştırma ve Avrupa Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu gibi faaliyetler aracılığıyla başlıca role sahiptir. Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Küresel Stratejisi; Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı ve Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi gibi var olan uluslararası taahhütler rehberlik ve sinerji yaratılması için kullanılmalıdır. Buna ek olarak, Avrupa Çocuk Çevre ve Sağlık Eylem Programı (CEHAPE) ile Pan-Avrupa Ulaşım, Sağlık ve Çevre Programı (THE-PEP), remisyonu sınırları dahilinde Codex Alimentarius gibi politik taahhütler uluslararası eylemde tutarlılık ve bağlılık sağlanması ve kaynakların etkili kullanılmasının maksimize edilmesi için kullanılabilir.

**2.4.6 Düzenleyici önlemlere özel önem verilmek suretiyle politika araçları mevzuattan kamu/özel sektör ortaklığına dek farklılık sergileyebilecektir.** Hükümet ve ulusal parlamentolar mevzuat dahil düzenleyici önlemler aracılığıyla tutarlılığı ve devamlılığı sağlamalıdır. Diğer önemli araçlar politikanın yeniden formüle edilmesini, mali ve kamu yatırım politikalarını, sağlık etki değerlendirmesini, farkındalığı arttıracak ve tüketici bilgilendirmesini sağlayacak kampanyaları, kapasite inşası ve ortaklığı, araştırma, planlama ve izlemeyi içermektedir. Halk sağlığı gerekçesi ve paylaşılan tanımlanan halk sağlığı hedefleri ile kamu/özel ortaklıkları cesaretlendirilmelidir. Özel düzenleyici önlemler; bu alanda çocuklara pazarlama kodeksi gibi uluslararası yaklaşımların geliştirilmesi ile başta çocuklar olmak üzere enerji-yoğun yiyecek ve içeceklerin ticari promosyonun kapsamı ve etkisini sürekli olarak azaltılmasına ve de bisiklet kullanımının ve yürüyüşün teşvik edilmesi için güvenli yollara yönelik düzenlemelerin kabul edilmesini içermelidir.

**2.4.7 Hem mikro hem de makro düzeylerde ve farklı ortamlarda eyleme geçilmelidir.** Ev ve aileler, topluluklar, ana okulları, okullar, çalışma ortamları, ulaşım araçları, şehir çevre düzenlemesi, konut, sağlık ve sosyal hizmetler ve boş zaman değerlendirme olanakları gibi ortamlara özel önem gösterilmelidir. Eylem yerel, ülke ve uluslararası düzeyleri kapsamalıdır. Bu sayede, bireyler sunulan olanakları aktif bir şekilde kullanmak hususunda sorumluluk almak için desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir.

**2.4.8 Eylem daha sağlıklı beslenmenin ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi ile optimal enerji dengesinin sağlanmasını hedeflemelidir.** Bilgi ve eğitim önem taşımaya devam ederken, odak sağlıklı yaşam biçimlerini desteklemek için sosyal, ekonomik ve fiziksel ortamın değiştirilmesine yönelik tasarlanmış müdahalelere yönlendirilmelidir.

**2.4.9 Anahtar olarak zaruri önleyici tedbirler eylem paketi teşvik edilmelidir; ülkeler bu paketten ulusal ortamlarına ve politik kalkınma düzeylerine bağlı olarak müdahaleleri daha çok önceliklendirebilir.** Zaruri eylem paketi: başta çocuklar olmak üzere pazarlama baskısının azaltılması; anne sütünün teşviki, meyve ve sebze dahil sağlıklı gıda teminin ve ulaşılabilirliğinin iyileştirilmesi; sağlıklı yiyecek seçimlerine ilişkin yönelik ekonomik önlemler: sosyal dezavantajlı gruplar için destek dahil uygun fiyatlı eğlence/egzersiz olanakları sunumları; işlenmiş ürünlerde yağ, serbest (özellikle katkılı), şekerler ve tuzun azaltılması; beslenmeye dair uygun etiketleme; daha iyi şehir düzenlemeleri ve ulaşım olanakları ile bisiklet ve yürüyüşün teşvik edilmesi; boş zamanını fiziksel aktivite ile geçirmesi için insanları motive edecek yerel ortamların oluşturulması; okullarda sağlıklı yiyecek, günlük fiziksel aktivite, beslenme ve fiziksel eğitimin sağlanması; işyerlerinde insanların daha iyi beslenmesi ve fiziksel aktivite için motive edilmesi; ulusal gıda-temelli beslenme kılavuzlarının ve fiziksel aktivite kılavuzlarının hazırlanması/iyileştirilmesi ve bireysel sağlık davranış değişikliği kabulünün teşvik edilmesini içerecektir.

**2.4.10 Halihazırda fazla kilolu dolayısıyla yüksek risk altında olan kişilerde obezitenin önlenmesine ve obezite hastalığının tedavi edilmesine yönelik önem devam etmelidir.** Bu hususta özel eylemler arasında fazla temel sağlık hizmetlerinde kilo ve obezitenin zamanında tespiti ve yönetimi, obezitenin önlenmesine yönelik sağlık çalışanlarının eğitiminin sağlanması ve tarama ve tedavi için klinik rehberliğin yayınlanması yer almaktadır. Her yaştan obez kişilere yönelik damgalama ya da aşağı görme mutlaka önlenmelidir.

**2.4.11 Politika tasarlanırken ve uygulanırken etkililiği ortaya koyulmuş başarılı müdahaleler kullanılmalıdır.** Bunlar insanlara okulda ücretsiz meyve sunacak programları; sağlıklı yiyeceklerin makul şekilde fiyatlandırılmasını; sosyo-ekonomik bağlamda geri kalmış bölgelerde ve iş yerlerinde daha sağlıklı yiyeceklere erişim, bisiklet öncelikli yollarının açılmasını; çocukların okula yürümelerinin teşvik edilmesini; sokak lamba ışıklandırılmasının iyileştirilmesi; merdiven kullanımının teşvik edilmesini; televizyon izlenmesinin azaltılması gibi daha sağlıklı gıdaların tüketilmesi ve fiziksel aktivite seviyelerinin artırılması gibi etkisi kanıtlanmış projeleri içermektedir. Okul programları ve aktif ulaşım gibi obeziteye karşı birçok müdahalenin yüksek oranda maliyet etkililiğine sahip olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi karar alıcılara iyi uygulama pratikleri ve vaka çalışmaları örnekleri sağlayacaktır.

### 3. İLERLEME VE İZLEME

**3.1** Mevcut Şart DSÖ Avrupa Bölgesi genelinde obeziteye karşı eylemin güçlendirilmesini amaçlamaktadır. Ulusal politikaları ve mevzuatı ile eylem planları dahil olmak üzere düzenleyici eylemi harekete geçirecek ve etkileyecektir. Beslenme ve fiziksel aktiviteyi içeren bir Avrupa Eylem Planı, Şart aracılığıyla sağlanan ilke ve çerçeveleri özel eylem paketlerine ve izleme mekanizmalarına dönüştürecektir.

**3.2** Ulusal sağlık sürveyans sistemine dahiliyet için uluslararası kıyaslanabilen anahtar göstergelerin geliştirilmesi amacıyla bir sürecin bir araya getirilmesi gerekmektedir. Bu veriler böylelikle savunuculuk, politika yapılması ve izleme amaçları ile kullanılabilir. Bu aynı zamanda düzenli değerlendirilmesine, politikaların ve eylemlerin gözden geçirilmesine ve bulguların geniş kitlelere dağıtılabilesine olanak sağlayacaktır.

**3.3** Düşüş gösteren obezite ve ilgili hastalıklar bağlamında sonuçların ortaya koyulması zaman alacağı için uzun dönemli izleme süreci zaruridir. DSÖ Avrupa düzeyinde ilki 2010 yılını geçmeyecek şekilde üç yıllık ilerleme raporları hazırlanmalıdır.



Prof. Dr. Recep Akdağ  
T.C. Sağlık Bakanı



Dr. Marc Danzon  
DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Direktörü

İstanbul, 16 Kasım 2006

#### 8.4. EK D: Lüksemburg Deklarasyonu

Toplum sağlığı, sağlığın özendirilmesi ve yüksek risk stratejilerini içeren “Kalp Sağlığının Özendirilmesi – Avrupa Uzlaş Raporu” 24-26 Şubat 2004 tarihleri arasındaki toplantıda şekillenmiş ve bu raporun ışığında AB ülkeleri Sağlık Bakanlığı temsilcileri, ulusal kardiyoloji dernek başkanları, AB Dönem Başkanlığı ve Avrupa Komisyonu yetkililerinin katılımı ile Lüksemburg’da bir toplantı yapılmış ve “Lüksemburg Deklarasyonu” adı altında üye ülkelere duyurulması kararlaştırılmıştır.

29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler Lüksemburg’da Dönem Başkanı olan Lüksemburg Sağlık Bakanının başkanlığında Lüksemburg Deklarasyonu’nu imzalamışlardır.

#### LÜKSEMBURG DEKLARASYONU

“Avrupa Birliği’nde (AB) erkek ve kadın ölümlerine yol açan en büyük etken, kalp-damar hastalıklarıdır. Kalp-damar hastalıklarından ölen kadınların sayısı, tüm kanser türlerinden ölen kadınların toplam sayısından daha çoktur. Üstelik Üye Devletlerin her birinde ve birbirleriyle aralarında kalp-damar hastalıkları konusunda büyük farklılık ve eşitsizlikler bulunmaktadır. Bazı AB ülkelerinde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranları azalmaktadır. Ancak kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı sürekli artmakta olup, bunların çoğu önlenebilir niteliktedir.

Bugün, 29 Haziran 2005’te, AB Kalp Sağlığı Konferansı’na katılan bizler (AB Üyesi Devletlerin Sağlık Bakanlıkları, Avrupa Kardiyoloji Derneği, Ulusal Kardiyoloji Dernekleri, Avrupa Kalp Ağı, Ulusal Kalp Vakıfları ve UEMS Kardiyoloji Bölümü’nden gelen temsilciler) şu konularda görüş birliğine vardık:

Kalp Sağlığı konusunda Avrupa Konseyi Kararları’nın önemini ve bu kararları uygulamaya koyma zorunluluğunu tekrar vurguluyoruz.

Kalp ve damar hastalıklarının yükünü azaltmak için, yaşam tarzını değiştirmeye yönelik girişimlere öncelik vermek üzere, gerekli önlemler her Üye Devlet tarafından ele alınmalıdır.

Kronik akciğer hastalığı, diyabet, osteoporoz ve kanser gibi bulaşıcı olmayan diğer hastalıklar üzerinde de olumlu etkileri bulunan aşağıdaki önlemlerin alınması için birlikte çalışmaya karar verdik:

1. Avrupa toplumlarının, kalp ve damar sağlığı ile ilgili şu konulardaki farkındalığını yükseltmek:

- Tütün kullanımını bırakmak (0),
- Yeterince egzersiz yapmak (günde en az 30 dakika, haftada en az 5 gün),
- Sağlıklı besinleri tercih etmek,
- Fazla kilolardan sakınmak,
- Kan basıncını 140/90’ın altında tutmak,,
- Kan kolesterolünü 200 mg/dl’nin altında tutmak.

2. Her Avrupalının bu konularda başarılı olmasına yardım edecek stratejiler geliştirip uygulamak.

3. Bu konularda doğru davranışlara, yaşamın olabildiğince erken dönemlerinde başlamanın önemini kavramak.

4. Yukarıda belirtilen konuları (tütün, kan basıncı vb.), daha ileri koruma ve bakımı hedefleyen ulusal programların başarı göstergesi olarak kullanmak.

5. Bugün itibariyle, etkili bir uygulama süreci oluşturabilmek için aşağıdaki etkenlerin zorunlu olduğunu saptadık. Bu etkenler, bugün paylaştığımız ve tartıştığımız deneyimlerimize dayanarak belirlenmiştir.

6. Sağlık bakım profesyonelleri, sivil toplum örgütleri, hükümetler ve kamu sağlığından sorumlu yetkililer arasında birleşik, güçlü ve kararlı bir ortaklık kurulması şarttır. Şu kesimlerin tümünü sürece katmak ve harekete geçirmek şarttır:

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO),
- Aynı hedefleri paylaşan ortak tıbbi örgütler,
- Tarım, ulaşım, çevre, sosyal politikalar, eğitim ve benzeri konularda politika üreten kurumlar,
- Hasta örgütleri,
- Genel nüfusun bilinçlendirilmesi için çalışan örgütler,
- Avrupa Kalp Ağı gibi konuyla ilgili vakıflar,
- Basın ve yayın kuruluşları,
- İlgili sanayi sektörleri (tarım, besin, ilaç vb),
- Üniversiteler,
- Yerel yönetimler.

7. Bireylerin ve toplumların kalp ve damar sağlığı risk düzeylerini düşürmek için, her bir ülkenin özel koşullarına uyarlanmış, olgulara dayalı araçların daha da geliştirilmesi şarttır.

8. Tüm Avrupa’ da kalp ve damar hastalıklarından korunma ve bakımının geliştirilmesini istediğimiz konusunda birleştik ve bu nedenle, bu konferansı her ülkede geniş kapsamlı bir eylem planı hazırlanmasını sağlayacak önemli bir yeni adım olarak görüyoruz. Bugün gerçekleştirilen temaslar, ulusal görev ekiplerinin oluşturulmasını ya da böyle bir planın daha da geliştirilmesini kolaylaştırmalıdır.

9. Sağlam kalpli bir Avrupa genel çerçevesi içinde Avrupa Komisyonu, Avrupa Parlamentosu ve Konseyi’ nin onayladığı etkinliklerin sürdürülmesinin gerekliliğini tekrar vurguluyoruz.

10. 2006’ da hep birlikte bu alanda gelişme sağlamayı ve bir Avrupa Kalp Sağlığı Belgesi oluşturmak için çalışmayı amaçlıyoruz.

Avrupa Birliği

Sağlık ve Tüketicinin Korunması Genel Müdürlüğü

Avrupa Birliği Konseyi Lüksemburg Başkanlığı

Avrupa Kardiyoloji Derneği”



## 8.5. EK E: Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

19 Ocak 2008 CUMARTESİ

Resmî Gazete

Sayı : 26761

### KANUN TÜTÜN MAMULLERİNİN ZARARLARININ ÖNLENMESİNE DAİR KANUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN

**Kanun No. 5727**

**Kabul Tarihi: 3/1/2008**

**MADDE 1** – 7/11/1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunun adı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 2** – 4207 sayılı Kanunun 1 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“MADDE 1 – (1) Bu Kanunun amacı; kişileri ve gelecek nesilleri tütün ürünlerinin zararlarından, bunların alışkanlıklarını özendirici reklam, tanıtım ve teşvik kampanyalarından koruyucu tertip ve tedbirleri almak ve herkesin temiz hava soluyabilmesinin sağlanması yönünde düzenlemeler yapmaktır.”

**MADDE 3** – 4207 sayılı Kanunun 2 nci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Tütün ürünlerinin yasaklanması

MADDE 2 – (1) Tütün ürünleri;

a) Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,

b) Koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,

c) Taksi hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında,

ç) Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,

d) Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde, tüketilemez.

(2) Ancak;

a) Yaşlı bakım evlerinde, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, cezaevlerinde,

b) Şehirlerarası veya uluslararası güzergâhlarda yolcu taşıyan denizyolu araçlarının güvertelerinde, tütün ürünleri tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir. Bu alanlara onsekiz yaşını doldurmamış kişiler giremez.

(3) Otelcilik hizmeti verilen işletmelerde, tütün ürünleri tüketen müşterilerin konaklamasına tahsis edilmiş odalar oluşturulabilir.

(4) Açık havada yapılan her türlü spor, kültür, sanat ve eğlence faaliyetlerinin yapıldığı yerler ile bunların seyir yerlerinde tütün ürünleri kullanılamaz. Ancak bu tesislerde, tütün ürünlerinin tüketilmesine mahsus alanlar oluşturulabilir.

(5) Bu Kanunun tütün ürünleri tüketilmesine tahsis edilen kapalı alanlarının koku ve duman geçişini önleyecek şekilde tecrit edilmesi ve havalandırma tertibatı ile donatılması gerekir.

(6) Bu Kanunun uygulanmasında “tütün ürünü” ibaresi tüttürme, emme, çiğneme ya da buruna çekerek kullanılmak üzere üretilmiş, hammadde olarak tamamen veya kısmen tütün yaprağından imal edilmiş maddeyi ifade eder.”

**MADDE 4 – 4207 sayılı Kanunun 3 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“Diğer koruyucu önlemler

MADDE 3 – (1) Tütün ürünlerinin ve üretici firmaların isim, marka veya alâmetleri kullanılarak her ne suretle olursa olsun reklam ve tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını özendiren veya teşvik eden kampanyalar düzenlenemez. Tütün ürünleri üreten ve pazarlamasını yapan firmalar, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe isimlerini, amblemlerini veya ürünlerinin marka ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.

(2) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmaların isimleri, amblemleri veya ürünlerinin marka ya da işaretleri veya bunları çağrıştıracak alâmetleri kıyafet, takı ve aksesuar olarak taşınamaz.

(3) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalara ait araçlarda bu ürünlere ilişkin markaların tanınmasını sağlayacak bir uygulamaya gidilemez.

(4) Firmalar her ne amaçla olursa olsun üretilen ve pazarlaması yapılan tütün ürünlerini bayilere veya tüketicilere, teşvik, hediye, eşantıyon, promosyon, bedelsiz veya yardım olarak dağıtamazlar.

(5) Her ne amaçla olursa olsun, tütün ürünlerinin isim, logo veya amblemleri kullanılarak bildirim yapılamaz, basın-yayın organlarına ilân verilemez.

(6) Televizyonda yayınlanan programlarda, filmlerde, dizilerde, müzik kliplerinde, reklam ve tanıtım filmlerinde tütün ürünleri kullanılamaz, görüntülerine yer verilemez.

(7) Sağlık, eğitim ve öğretim, kültür ve spor hizmeti verilen yerlerde tütün ürünlerinin satışı yapılamaz.

(8) Tütün ürünleri onsekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz ve tüketimlerine sunulamaz.

(9) Onsekiz yaşını doldurmamış kişiler, tütün ürünü işletmelerinde, pazarlanmasında ve satışında istihdam edilemez.

(10) Tütün ürünleri, paket açılarak adet şeklinde veya daha küçük paketlere bölünerek satılamaz.

(11) Tütün ürünleri, yetkili satıcı olan yerlerin dışında; otomatik makinelerle, telefon, televizyon ve internet gibi elektronik ortamlarla satılamaz ve satış amacıyla kargo yoluyla taşınamaz.



(12) Tütün ürünleriyle ilgili izmarit, paket, ağzlık, kağıt ve benzeri atıklar çevreye atılamaz.

(13) Tütün ürünleri, onsekiz yaşını doldurmamış kişilerin doğrudan ulaşacağı ve işletme dışından görülecek şekilde satışa arz edilemez. Tütün ürünleri satış belgesi olmaksızın ve satış belgesinde belirtilen yerin dışında satışa sunulamaz.

(14) Her türlü sakız, şeker, çerez, oyuncak, kıyafet, takı, aksesuar ve benzeri ürünler tütün ürünlerine benzeyecek veya markasını çağrıştıracak şekilde üretilemez, dağıtılamaz ve satılamaz.”

**MADDE 5 – 4207 sayılı Kanunun 4 üncü maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“Kontrolün sağlanması

MADDE 4 – (1) Tütün ürünlerinin içilmesinin yasaklandığı yerlerde, yasal düzenleme ve buna uymamanın cezai sonuçlarını belirten uyarılar; salonlarda asgari on santimetrelik puntolarla, toplu taşıma araçlarında üç santimetrelik puntolarla herkes tarafından görülebilir yerlere asılır. Ayrıca, tütün ürünlerinin tüketilmesine tahsis edilen alanlarda tütün ürünleri kullanımının tehlikelerini anlatan sağlık uyarıları herkes tarafından görülebilir yerlere asılır.

(2) Tütün ürünlerinin satışının serbest olduğu yerlere en az beş santimetrelik puntolarla, beyaz zemin üzerine büyük harfler ve siyah yazı rengi ile, “Yasal Uyarı: 18 yaşını doldurmayanlara sigara ve diğer tütün ürünleri satılamaz; satanlar hakkında yasal işlem yapılır.” ibaresi yazılarak, rahatlıkla görülebilen ve okunabilen yerlere asılır.

(3) Türkiye’de üretilen veya ithal edilen tütün ürünleri paketlerinin üzerine, en geniş iki yüzünden, bir yüzüne toplam alanın yüzde kırkıdan, diğer yüzüne yüzde otuzundan az olmamak üzere özel çerçeve içinde tütün ürünlerinin zararlarını belirten Türkçe yazılı uyarılar veya mesajlar konulur. Bu uyarı yazılarının aynı şekilde, birden fazla paketi bir arada bulunduran tütün ürünleri kutuları üzerine de yazılması zorunludur. Uyarı mesajları resim, şekil veya grafik biçimlerinde de olabilir. Uyarı mesajlarını taşımayan tütün ürünleri ithal edilemez veya satışa çıkarılamaz.

(4) Tütün ürünlerinin paketlerinde ve etiketlerinde, bu ürünlerin özellikleri, sağlığa etkileri, tehlikeleri veya emisyonları ile ilgili yanlış ve eksik bilgi verilemez, aldatıcı tanımlama, marka, renk, figür veya işaret kullanılamaz.

(5) Bu Kanunda sözü edilen yasal uyarı yazıları, resim, şekil veya grafik mesajlarıyla ilgili hususlar yönetmelikle düzenlenir. Bu yönetmelik Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından çıkarılır.

(6) Tütün ürünleri sektöründe faaliyet gösteren firmalar, ürün, üretim, pazarlama ve diğer aktiviteleri ile ilgili her türlü bilgiyi istenildiği takdirde onbeş gün içerisinde Sağlık Bakanlığına ve Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumuna vermek zorundadır.

(7) Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan özel televizyon kuruluşları ve radyolar, ayda en az doksan dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıkların zararları konusunda uyarıcı, eğitici mahiyette yayınlar yapmak zorundadır. Bu yayınlar, asgari otuz dakikasını 17:00-22:00 saatleri arasında olmak üzere 08:00-22:00 saatleri arasında yapılır ve yayınların kopyaları her ay düzenli olarak Radyo ve Televizyon Üst Kuruluna teslim edilir. Bu saatler dışında yapılan yayınlar, aylık doksan dakikalık süreye dahil edilmez. Bu süreler, Radyo ve Televizyon

Üst Kurulu tarafından denetlenir. Bu programlar, Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurumu, bilimsel kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri tarafından hazırlanır veya hazırlattırılır. Hazırlanan programlar, Sağlık Bakanlığının olumlu görüşü alındıktan sonra Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından yayınlanması sağlanır.

(8) Tütün ürünleri tüketiminin ve tütün dumanına maruz kalmanın oluşturduğu sağlık riskleri konusunda çocukları ve gençleri bilinçlendirmek üzere ilgili kuruluşlar ve sivil toplum örgütlerinin görüşleri alınarak Millî Eğitim Bakanlığı tarafından bir müfredat hazırlanır.

(9) Tütün ürünleri alışkanlığının bırakılmasını özendirici programlar ve tütün bağımlılığının ilaç ile tedavisinin ulaşılabilir olması için gerekli çalışmalar Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır.

(10) Bu maddenin yedinci, sekizinci ve dokuzuncu fıkralarında yer alan programların finansmanına yönelik olarak her yıl Millî Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulur.

(11) 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun 41 inci maddesinin birinci fıkrasının (7) numaralı bendinde belirtilen ilan ve reklam giderleri gelir ve kurumlar vergisi matrahının tespitinde gider olarak gösterilemez.”

**MADDE 6 – 4207 sayılı Kanunun 5 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

“Ceza hükümleri

**MADDE 5 – (1)** Bu Kanunun 2 nci maddesinin birinci ve dördüncü fıkralarında belirtilen alanlarda tütün ürünleri tüketenler ile 3 üncü maddenin ikinci fıkrasına aykırı hareket edenler, 30/3/2005 tarihli ve 5326 sayılı Kabahatler Kanununun 39 uncu maddesi hükümlerine göre; 3 üncü maddenin onikinci fıkrasına aykırı hareket edenler Kabahatler Kanununun 41 inci maddesi hükümlerine göre cezalandırılır.

(2) 2 nci maddenin (a) bendi hariç birinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci fıkralarında belirtilen yasakların uygulanması ve tedbirlerin alınması ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyen işletme sorumluları, işletme iznini veren kurum yetkilileri tarafından önce yazılı olarak uyarılır. Bu uyarı yazısı, ilgili işletme sorumlusuna tebliğ edilir. Bu uyarıya rağmen, verilen sürede yükümlülüklerini yerine getirmeyenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından beşyüz Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(3) 3 üncü maddenin birinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve onbirinci fıkralarındaki yasakların her birine aykırı hareket edenler, ellibin Türk Lirasından ikiyüzellibin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezaya karar vermeye Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu yetkilidir.

(4) 3 üncü maddenin altıncı fıkrasındaki yasağın görsel yayın yoluyla ihlal edilmesi halinde; yerel yayın yapan kuruluşlar, bin Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar, bölgesel yayın yapan kuruluşlar, beşbin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar, ulusal yayın yapan kuruluşlar, ellibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezaya karar vermeye Radyo ve Televizyon Üst Kurulu yetkilidir.

(5) 3 üncü maddenin yedinci fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında genel kolluk tarafından bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(6) 3 üncü maddenin sekizinci fıkrasındaki yasaklara aykırı hareket edenler, 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun “Sağlık için tehlikeli madde temini” başlıklı 194 üncü maddesi hükmüne göre cezalandırılır.

(7) 3 üncü maddenin dokuzuncu fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, mahalli mülki amir tarafından her bir kişiyle ilgili olarak bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(8) 3 üncü maddenin onuncu fıkrasındaki yasağa aykırı hareket edenler, belediye zabıtası tarafından ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır. Belediye sınırları dışında bu yetki genel kolluk tarafından kullanılır.

(9) 3 üncü maddenin onüçüncü fıkrasındaki yasaklara aykırı hareket edenler, mahalli mülki amir tarafından bin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Tütün ürünlerinin satış belgesiz olarak satışının yapıldığı veya satışa hazır tutulduğu yerlerdeki tütün ürünlerine el konulur ve nereden temin edildiğine dair belge ibraz edilememesi halinde, mahallî mülki amir tarafından bunların mülkiyetinin kamuya geçirilmesine karar verilir.

(10) 3 üncü maddenin ondördüncü fıkrasındaki ürünleri üretenler, belediye sınırları içinde belediye encümeni, belediye sınırları dışında mahalli mülki amir tarafından yirmibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(11) 4 üncü maddenin birinci ve ikinci fıkralarındaki yükümlülüklerin her birine aykırı hareket edenler, mahallî mülki amir tarafından bin Türk Lirası idarî para cezası ile cezalandırılır.

(12) 4 üncü maddenin üçüncü ve dördüncü fıkralarındaki yükümlülüklerin her birine aykırı hareket eden üretici firmalar, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından bu yükümlülüklerle aykırı olarak piyasaya sürülen malların piyasa değeri kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, verilecek idarî para cezasının miktarı ikiyüzellibin Türk Lirasından az olamaz.

(13) 4 üncü maddenin altıncı fıkrasındaki yükümlülüğe aykırı hareket eden firmalar Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu tarafından ellibin Türk Lirasından yüzbin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır.

(14) 4 üncü maddenin yedinci fıkrasındaki yükümlülüklerle aykırı hareket edilmesi halinde; yerel yayın yapan televizyon kuruluşları bin Türk Lirasından beşbin Türk Lirasına kadar, bölgesel yayın yapan televizyon kuruluşları beşbin Türk Lirasından onbin Türk Lirasına kadar, ulusal yayın yapan televizyon kuruluşları ellibin Türk Lirasından ikiyüzellibin Türk Lirasına kadar idarî para cezası ile cezalandırılır. Bu cezalar, radyo yayını yapan kuruluşlar hakkında ondabir oranında uygulanır. Bu cezaya karar vermeye Radyo ve Televizyon Üst Kurulu yetkilidir.

(15) Bu Kanunla kendilerine yüklenen görevleri yerine getirmeyen memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında, ceza hukuku sorumluluğu saklı kalmak kaydıyla, tâbi oldukları mevzuatta yer alan disiplin hükümleri uygulanır.”

**MADDE 7** – 4207 sayılı Kanunun 7 nci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Mülkiyetin kamuya geçirilmesi

**MADDE 7 – (1)** Bu Kanunun 3 üncü maddesinin ikinci, dördüncü ve ondördüncü fıkralarındaki yasakların konusunu oluşturan her türlü eşya ile 4 üncü maddesinin üçüncü ve dördüncü fıkralarının konusunu oluşturan tütün ürünlerinin mülkiyetinin kamuya geçirilmesine mahallî mülkî amir tarafından karar verilir.”

**MADDE 8** – 4207 sayılı Kanunun 8 inci maddesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 9** – 4207 sayılı Kanuna aşağıdaki geçici madde eklenmiştir.

“**GEÇİCİ MADDE 3 – (1)** Bu Kanunda öngörülen yönetmelikler, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren bir ay içinde çıkarılır.”

**MADDE 10** – Bu Kanunun; 3 üncü maddesi ile değiştirilen 4207 sayılı Kanunun 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (d) bendi hükmü yayımı tarihinden 18 ay, diğer hükümleri ise yayımı tarihinden 4 ay sonra yürürlüğe girer.

**MADDE 11** – Bu Kanun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

18/1/2008

## 8.6. EK F : Ulusal Kalp Sağlığı Politikası

Ulusal Kalp Sağlığı Politikası dokümanı, Türkiye’de kalp ve damar hastalıklarının şu andaki durumunu ve önümüzdeki 10 yıl içindeki gelişimini dikkate alarak kalp ve damar hastalıklarının milletimiz için olumsuz etkisini en aza indirmek üzere geliştirilmesi gereken stratejileri belirlemek ve bu konuda siyasal otoriteye gerekli ipuçlarını sunmak üzere hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’mızın koordinatörlüğünde ilgili tüm tarafların katılımıyla ve yaklaşık 50 kişilik bir uzmanlar heyeti tarafından hazırlanan doküman 3 ay süreyle internet ortamında tartışmaya açılmış, bu tartışma döneminde çeşitli kesimlerden gelen öneriler redaksiyon komitesince metne uyarlanmış, daha sonra Sağlık Bakanı Recep Akdağ başkanlığında 22 Mart 2006’da düzenlenen ve yine tüm ilgili tarafların (çeşitli ulusal uzmanlık dernekleri, DPT ve ilgili bakanlık temsilcilerinin) katıldığı bir çalıştayda ayrıntıları ile bölümlere ayrılarak yeniden gözden geçirilmiş ve son hali yine internette 3 ay süre ile tartışmaya açılmış; en son görüş ve öneriler eklenerek son şeklini almıştır. Ancak bu dokümanın dinamik bir özellik taşıdığı ve değişen koşullarla zaman içinde yeniden gözden geçirilip düzenlenmesi gereğinin her aşamada vurgulandığını burada hatırlatmak gerekir.

Ulusal Kalp Sağlığı Politikası dokümanı öncelikle dünyada ve ülkemizde kalp ve damar hastalıklarının bugünkü durumunu anlatmakta, ileri ülkelerde uygulanan başarılı savaş örneklerini aktarmaktadır. Özellikle ülkemiz ile ilgili epidemiyolojik verilere ayrıntılı biçimde yer verilmektedir. Kalp ve damar hastalıkları ile savaşın başarısının güçlü bir sağlık alt yapısı ve sistemi ile gerçekleştirilebileceği gerçeği dikkate alınarak; önümüzdeki on yılı içine alacak şekilde bu konuda önerilere yer verilmektedir. Bu değerlendirme ve öneriler yapılırken kardiyovasküler tıp ile ilgili tüm uzmanlık alanları dikkate alınmıştır. “Kalp ve damar hastalıklarından korunma” raporun en önemli bölümünü oluşturmakta ve burada çeşitli korunma stratejileri anlatılmaktadır. Ayrıca ülkemiz için kardiyovasküler alanda gereken araştırma önceliklerine de yer verilmektedir. Gelecekte kardiyovasküler tıp alanında beklenen gelişmelerle ilgili bir bölümün de yer aldığı bu doküman Avrupa Birliği ülkeleri arasında bir ilki oluşturması ve örnek olması açısından da çok önemlidir.<sup>1</sup>

25 Aralık 2007 günü Ankara’da TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve 9 uzmanlık derneği başkan ve genel sekreterlerinin katılımıyla “Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi İmza Töreni” gerçekleştirdi. Ulusal Kalp Sağlığı Politikası metninin oluşumunda katkıda bulunanlar ve kurumlar aşağıdadır: <sup>2</sup>

Türk Kardiyoloji Derneği

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Bşk. Hıfzıssıhha Mektebi

Romatizma Araştırma Ve Savaş Derneği

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Grubu

Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği

Türk Pediatrik Kardiyoloji Derneği

Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği

1 Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Türk Kardiyoloji Derneği web sayfası <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>

2 Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, Türk Kardiyoloji Derneği web sayfası <http://www.tkd.org.tr/pages.asp?pg=276>

Doç. Dr. Mehmet Ağırbaşı, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Op. Dr. Serap Aykut Aka, Prof. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cer. Eğt. Arş. Hastanesi  
Doç. Dr. Atıf Akçevin, Amerikan Hastanesi  
Doç. Dr. Mehmet Aksoy, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Op. Dr. Cem Alhan, Acıbadem Hastanesi  
Prof. Dr. Mete Alp, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Doç. Dr. Armağan Altun, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Bülent Altun, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Fahri Arıca, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Mustafa Arıcı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Oktay Arpacıoğlu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (2000'de emekli olmuş)  
Doç. Dr. Özgür Aslan, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Enver Atalar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Kemal Aydın, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Uz. Dr. Cüneyt Ayrık, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Altuğ Aysun, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Aydın Aytaç, Amerikan Hastanesi  
Prof. Dr. Vedat Aytekin, K. Has Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi  
Doç. Dr. Kudret Aytemir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Serdar Bayata, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Said Bodur, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Bülent Boyacı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Suat Büket, İzmir Kent Hastanesi  
Prof. Dr. Şali Çağlar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Ahmet Çelebi, Prof. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cer. Eğt. Arş. Hastanesi  
Prof. Dr. Alpay Çeliker, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Atiye Çengel, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Ülver Derici, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Oben Döven, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Hakan Dural, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Nuray Enç, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu  
Prof. Dr. Bülent Erbay, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Yunus Erdem, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Ülkü Ergene, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Oktay Ergene, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Çetin Erol, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Murat Ersanlı, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü

Doç. Dr. Fatih Sinan Ertay, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Faruk Erzengin, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Ali Serdar Fak, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Uz. Dr. Gökmen Gemici, Florence Nightingale Hastanesi  
Dr. Gökhan Girgin, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Dr. Özge Gümüş, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Ali Gürbüz, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Tefik Gürmen, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü  
Prof. Dr. Enver Hasanoğlu, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Ömer Işık, Medicana Hastanesi  
Dr. Sema İlhan, İzmir Balçova Korutürk Sağlık Ocağı  
Dr. Vedia İlkutlu, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Gökhan İpek, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Giray Kabakçı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Esin Karaduman, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Oktay Karatan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Hakan Karpuz, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Ozan Kınay, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Doç. Dr. Sedat Köse, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara  
Doç. Dr. Füsün Köseoğlu, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi  
Dr. Vecihi Murat Kutlay, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Ali Kutsal, Dr. S. Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğ. ve Arş. Hastanesi  
Doç. Dr. Osman Küçükosmanoğlu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. M. Koray Lenk, Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Prof. Dr. Haldun Müderrisoğlu, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Efsun Müftüoğlu, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Cem Nazlı, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Doç. Dr. Gökhan Nergizoğlu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Aytekin Oğuz, Göztepe Devlet Hastanesi  
Prof. Dr. Şule Oktay, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Ahmet Oktay, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Altan Onat, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Ali Oto, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Öztekin Oto, Dokuz Eylül Üniversitesi  
Prof. Dr. Zeki Öngen, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Nazan Özbarlas, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi



Doç. Dr. Fatih Özçelik, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Bülent Özın, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Mehmet Özkan, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Dr. Alper Özkoçak, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Ferhan Özmen, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Op. Dr. İbrahim Özsöyler, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Vedat Sansoy, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü  
Prof. Dr. Tayyar Sarioğlu, Acıbadem Bakırköy Hastanesi  
Doç. Dr. Arda Saygılı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Osman Akın Serdar, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Şükrü Sindel, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Alp Giray Şahin, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Mustafa Şan, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Yrd. Doç. Dr. Fisun Şenuzun, Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu  
Doç. Dr. Ahmet Temizhan, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi  
Prof. Dr. Kürşat Tokel, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Çetin Turgan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Ercan Tutar, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Ahmet Haki Türkdemir, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Dr. Sevinç Türkdemir, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Prof. Dr. Reyhan Uçku, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Doç. Dr. Belgin Ünal, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Prof. Dr. Cevat Yakut, Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Prof. Dr. Peyman Yalçın, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dr. Ağakan Altemur Yalçınkaya, Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri  
Doç. Dr. Aylin Yıldırım, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi



## 8.7. EK G: Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi



Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi' nin amacı Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki kalp-damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında

bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitliksizlikleri azaltmaktır. Berat, insanların sağlıklı davranış tipleri benimsemelerine yardımcı olacak destek politikalar ve çevreler yaratmak için sivil toplum ve halk sağlığı örgütleri ile ortaklık içerisinde yürütülen hükümet faaliyetinin önemini altını çizmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölge Direktör Yardımcısı Dr. Nata Menabde ve Avrupa Birliği Sağlık ve Tüketicinin Korunması Komisyoneri Markos Kyprianou, Brüksel'deki Avrupa Parlamentosu'nda, Avrupa Kalp Ağı ("European Heart Network") ve Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun ("European Society of Cardiology") da katılımı ile Avrupa Kalp Sağlığı Beratı'nı açıklamışlardır. Berat, Avrupa'nın en büyük katili ile savaşmak için yürütülen bu ortak çabaya katılan 14 Avrupalı meslek ve halk sağlığı örgütü adına imzalanmıştır.

25 Aralık 2007 - "Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi"nin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanlarınınca imzalanmıştır.

### Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi

#### Giriş

#### Mortalite ve Morbidite

Kalp ve damar hastalıkları, Avrupa'da kadın ve erkeklerde bir numaralı ölüm nedenidir<sup>i</sup>. Avrupa'daki tüm ölümlerin neredeyse yarısından, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'ne üye 52 ülkede 4,35 milyonun üzerinde ölümden ve Avrupa Birliği'nde 1,9 milyondan fazla ölümden kalp ve damar hastalıklar sorumludur<sup>ii</sup>. Kalp ve damar hastalıkları, aynı zamanda önemli oranda engelliliğe ve yaşam kalitesinin düşmesine de neden olmaktadır.

Ancak, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi mümkündür. DSÖ; kan basıncı, obezite, kolesterol ve tütün kullanımında eş zamanlı olarak popülasyon çapında hafif bir düşüş sağlanmasının kalp ve damar hastalık görülme sıklığını yarıdan fazla azaltacağını tahmin etmektedir.

Kalp ve damar hastalık mortalitesi, görülme sıklığı ve ölüm oranları; çoğu Kuzey, Güney ve Batı Avrupa ülkesinde azalmakta, ancak Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde aynı hızla azalmamakta ya da artmaktadır.

Avrupa Birliği'nde kalp ve damar hastalıklarından ölüm oranlarında azalma görülse de, kalp ve damar hastalıklarıyla yaşayan kadın ve erkek sayısı gittikçe artmaktadır<sup>1</sup>. Bu paradoks, yaşam süresinin uzaması ve kalp ve damar hastalığı olan bireylerde sağkalımın artması ile bağlantılıdır.

Kalp ve damar hastalık yükü, tüm kanserlerin toplamının yol açtığından daha fazla ölüme yol açmaktadır (kadınlarda [tüm ölümlerin %55'i] erkeklerden [tüm ölümlerin %43'ü] bile daha yüksek bir oranla ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadın ve erkeklerde daha yüksek bir mortalite ile).

## Risk Etkenleri

Kalp ve damar hastalıkları için iyi bilinen temel risk etkenleri tütün kullanımı, kan basıncı ve kolesterol düzeyinin yüksek olması, doğrudan bireyin yaşam tarzı ile bağlantılı etkenler, fiziksel aktivite düzeyi ve yeme alışkanlıklarıdır. Kalp ve damar hastalıklarıyla ilişkili diğer etkenler aşırı kilolu olmak, obezite, diabetes mellitus, aşırı alkol tüketimi ve ruhsal gerilimdir.

## Maliyetler

Kalp ve damar hastalıklarının AB ekonomisine yılda 169 milyar Avro'luk bir maliyeti olduğu tahmin edilmektedir. Bu, yıllık toplam maliyetin kişi başına 372 Avro olduğunu göstermektedir. Kişi başına düşen maliyetler üye ülkeler arasında on katın üzerinde farklılık göstermektedir (Malta'da 50 €'dan az iken Almanya'da ve İngiltere'de 600 €' nun üzerindedir).

## Çok Sektörlü İşbirliği ve Faaliyet

Üst düzey AB yayınları, özellikle kalp ve damar sağlığının iyileştirilmesi konusunda 2004'ten sonraki Konsey Kararları<sup>4</sup>, yüksek riskli bireyleri belirleyerek hem toplum düzeyinde, hem de bireysel düzeyde harekete geçmenin önemini vurgulamaktadır.

Avrupa Birliği Konsey Kararları, İrlanda'nın başkanlığı sırasında kabul edilmiş, kalp ve damar hastalıklarının ele alınması için gereken adımların atılmasını sağlamak üzere Avrupa Komisyonu'nun yanı sıra Üye Ülkeler'e de çağrıda bulunulmuştur. Lüksemburg Deklarasyonu<sup>5</sup>, Lüksemburg'un başkanlığında kabul edilmiş, Lüksemburg toplantısında hazır bulunan Ulusal Sağlık Bakanlıklarının temsilcileri, Ulusal ve Avrupa Kardiyoloji Dernekleri ve Kalp Vakıflarının temsilcileri arasında tüm Avrupa kentlerinde kapsamlı kalp ve damar hastalık önleme programlarının başlatılmasını ya da güçlendirilmesini sağlamak ve etkili önlemlerin, politikaların ve girişimlerin uygulamaya konulmasını güven altına almak için bir sözleşme imzalanmıştır. Kalp ve damar hastalıkları ve diğer bulaşıcı olmayan önemli hastalıklarla savaşmak amacıyla çeşitli DSÖ kararları ve bildirgeleri<sup>6</sup> kabul edilmiştir.

Ayrıca, Avrupa toplumunda kalp ve damar hastalıklarının etkisini azaltarak sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacı, AB Antlaşması'nda<sup>7</sup>, AB'nin Lizbon Gündemi'nin amaçları arasında ve 30 Kasım 2006'da Finlandiya başkanlığında toplanan Avrupa Konseyi kararlarındaki<sup>8</sup> sağlığın tüm politikalara dahil edilmesi hedeflerinde tam olarak kayıt altına alınmıştır.

Avrupa Komisyonu'nun desteğiyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Avrupa Kalp Ağı (European Heart Network) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, ilgili Avrupa Örgütlerini ve Uluslararası Örgütleri,

-Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesini imzalamaya,

-Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölüm ve rahatsızlıklarla birincil önleme yöntemiyle savaşmaya

-14 Şubat 2000'de yapılan "Winning Heart" Konferansı'nın Saint Valentine Açıklaması'na göre hareket etmeye, davet etmektedir.

**"Yeni binyılda doğan her çocuğun, önlenilebileceği bilinen kalp ve damar hastalıkları geçirmeden en azından 65 yaşına kadar yaşama hakkı vardır."**

## **Bölüm I: Amaç**

### **Madde 1**

Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi'nin amacı, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nde kalp ve damar hastalık yükünü önemli ölçüde azaltmak ve bu hastalık yükündeki ülke içi ve ülkeler arası eşitsizlikleri ve haksızlıkları azaltmaktır.

Bu belgede, “Kalp Sağlığı” terimi kalp hastalıklarını, inmeyi ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarını kapsamaktadır.

### **Madde 2**

Sözleşmede, sözleşmeyi imzalayanların önceliği yaşam tarzı girişimlerine vererek, kalp ve damar hastalık yükünü azaltmaya önemli ölçüde yardımcı olacak önlemleri teşvik etmesi ve desteklemesi önerilmektedir.

## **Bölüm II: İmzalayanlar şunların farkındadır:**

### **Madde 3**

Kalp ve damar hastalığı, çok etkenli bir durumdur ve tüm risk etkenlerinin ve belirleyicilerinin toplumsal ve bireysel düzeylerde ele alınması gerekmektedir.

Kalp ve damar sağlığıyla ilişkili özellikler:

- Tütün kullanmama,
- Uygun fiziksel aktivite – haftada 5 kez en az 30 dakika,
- Sağlıklı beslenme alışkanlığı,
- Fazla kilolu olmama,
- Kan basıncının 140/90'ın altında olması,
- Kan kolesterolünün 5 mmol/L'nin (190 mg/dl) altında olması
- Normal glukoz metabolizması,
- Aşırı stresten kaçınma.

### **Madde 4**

Kalp ve damar olayı riski ile ilişkili risk etkenleri üç sınıfa ayrılabilir:

| <b>Biyolojik</b>             | <b>Yaşam tarzı belirleyicileri</b> | <b>Genel belirleyiciler</b> |                         |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
|                              |                                    | <b>Sabit</b>                | <b>Değiştirilebilir</b> |
| Kan basıncının yüksek olması | Tütün kullanımı                    | Yaş                         | Gelir                   |
| Kan şekerinin yüksek olması  | Sağlıksız beslenme                 | Cinsiyet                    | Eğitim                  |
| HDL kolesterol               | Aşırı alkol tüketimi               | Genetik                     | Yaşam koşulları         |
| Fazla kilolu/obez            | Fiziksel aktivite eksikliği        | Etnik köken                 | Çalışma koşulları       |

## **Madde 5**

Risk etkenleri, politikaları belirleyenlerin, vergilendirme ve pazarlama ile ilgili yasalar hazırlayarak ya da başka önlemler alarak destekleyici çevreler oluşturmasıyla; bireylerin sağlıklı beslenmeyi, dumansız ortamları tercih etmeyi ve düzenli fiziksel aktiviteyi içeren davranışlar benimsemesiyle ve sağlık uzmanlarının yüksek risk altındaki hastaları belirlemeleri, tedavi etmeleri ve savunmaları ile ele alınabilir.

## **Madde 6**

Bu risk etkenlerine yaklaşımın çocukluk çağında başlatılarak yaşam boyu sürdürülmesi gerekir.

## **Madde 7**

Kalp ve damar hastalık yükü, erken tanı, hastalığa uygun yaklaşım ve yapılandırılmış yaşam tarzı danışmanlığı da dahil rehabilitasyon ve önleme ile de azaltılabilir.

## **Madde 8**

Kalp ve damar sağlığı ve hastalıklarının cinsiyete özgü özelliklerine duyarlı olmak gereklidir.

### **Bölüm III: İmzalayanlar şunları kabul eder:**

## **Madde 9**

Üst düzey Avrupa politik yayınlarda kabul edilen politikalar ve önlemlerin uygulamaya konulması

-Kalp Sağlığı ile İlgili Konsey Kararları (Haziran 2004)

-Kalp ve damar sağlığının özendirilmesine ilişkin Lüksemburg Deklarasyonu (Haziran 2005)

-DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve denetimine ilişkin kararlar<sup>9</sup>

Uygulamalar, Avrupa düzeyinde, ulusal ve bölgesel düzeylerde gerçekleştirilecektir.

## **Madde 10**

Kapsamlı sağlık stratejileri geliştirmenin ve uygulamanın yanı sıra, kalp ve damar sağlığını teşvik edecek ve kalp ve damar hastalıklarını önleyecek Avrupa düzeyinde, ulusal, bölgesel ve yerel düzeylerde politikalar geliştirilmesinin, uygulanmasının ve önlemler alınmasının savunulması ve desteklenmesi.

## **Madde 11**

Politikalar geliştirmek amacıyla, mümkün olan en güçlü siyasi desteği sağlamak ve kalp ve damar hastalık yükünü azaltmak için atılacak adımları koordine edecek, yalnızca kalp sağlığına adanmış ittifaklar kurulması ve bu ittifakların güçlendirilmesi.

## **Madde 12**

Toplumsal seferberlik ilan ederek, geniş tabanlı bir koalisyon kurarak ve farkındalığı artırmak için gerektiğinde kitlesel medyayı kullanarak ve sosyal pazarlamayı geliştirerek toplumun ve hastaların eğitilmesine ve güçlendirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması.

### **Madde 13**

Bu sözleşmenin amacına ulaşması için, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve öğretim yoluyla sağlığı iyileştirme kapasitesinin geliştirilmesi.

### **Madde 14**

Yüksek risk altındaki bireylerin belirlenmesi ve bu bireylere yaklaşım ve bilinen kalp ve damar hastalığı olan bireylerin bakımına ve kalp ve damar hastalıklarını önlemeye yönelik ulusal stratejiler oluşturulmasının desteklenmesi.

### **Madde 15**

Birleşik Avrupa Görev Gücü (Joint European Task Force) tarafından hazırlanan kalp ve damar hastalıklarının önlenmesine ilişkin en güncel Avrupa Kılavuzu'nun benimsenmesinin özendirilmesi. Bu teşvik, Kılavuzun yerel dil(ler)e çevrilmesini ve yerel mortalite ve morbidite istatistiklerini, yerel uygulamaları, Kılavuzun yerel sağlık hizmeti geleneklerine uyarlanmasını içerecek şekilde ulusal özelliklere uyarlanmasını ve tüm tıp uzmanlarına ve sağlığın korunmasında görev alan diğer tüm ortaklara dağıtılmasının desteklenmesini kapsamaktadır.

Yetkililerle işbirliği içinde, sağlık sektöründe önleyici çalışmaların çok öncelikli hale gelmesinin ve bu çalışmaların yerel sağlık sigortası politikaları kapsamında mantıklı bir geri ödeme sistemi dahilinde, iyi eğitilmiş ve yeterli insan gücü tarafından yürütülmesinin sağlanması.

### **Madde 16**

Sağlık tedavi harcamalarıyla ilgili yönleri de dahil, uygulanan politikaların ve koruyucu önlemlerin etkinliğiyle ilgili araştırmalara öncelik verilmesi.

Gençlere, kalp ve damar sisteminde yaşlanmanın mekanizmalarının anlaşılmasına ve kadınlardaki kalp ve damar duyarlılığına yönelik, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve korunmasına adanmış çeşitli programların etkisini de içeren, epidemiyolojiye ve davranışsal etkenlere odaklanan araştırmalar başlatılması.

Daha fazla işbirliğini, genişlemeyi ve araştırma projelerinin koordinasyonunu özendirerek ve bunun için kaynak yaratarak, Avrupa'da kalp ve damar hastalıkları alanında yapılan araştırmaların parçalara bölünmesinin ele alınması.

### **Madde 17**

Madde 2'de belirlenen hedeflere ulaşmak için toplumsal ve bireysel düzeyde sağlanan ilerlemeyi ölçebilmek için kalp ve damar sağlığında mevcut durumun (risk etkeni yaygınlığı dahil) belirlenmesi.

### **Madde 18**

Ulusal planlar ve politikaların ne kadar benimsendiğinin ve uygulamaya konulduğunun düzenli olarak değerlendirilmesi.

Avrupa Komisyonu ve Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte fikir ve deneyimlerin paylaşılacağı bir platform olan ve sağlanan veya sağlanması gereken iyileşmelerin ortaya koyulacağı Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi toplantıları düzenlenmesi.

**Kaynaklar:**

<sup>1</sup> 2733<sup>rd</sup> Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006

<sup>1</sup> European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005

<sup>1</sup> Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union – European Heart Journal

<sup>4</sup> Council of the European Union – 9507/04 – 2586<sup>th</sup> Council Meeting – 1 and 2 June 2004

<sup>5</sup> Luxembourg Declaration – 29 June 2005

<sup>6</sup> EUR/RC56/R2; WHA53.17; EUR/RC52/R12; EUR/RC55/R1; EUR/RC54/R3; EUR/RC55/R6

<sup>7</sup> Article 152 of the EU Treaty

<sup>8</sup> 2767th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Brussels – 30 November and 1 December 2006

<sup>9</sup> Regional Committee resolution EUR/RC56/R2 on the prevention and control of non-communicable diseases in the WHO European Region

<sup>i</sup> 2733<sup>rd</sup> Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Luxembourg – 1 and 2 June 2006

<sup>ii</sup> European Cardiovascular Disease Statistics – British Heart Foundation and European Heart Network – 2005

<http://www.heartcharter.eu/download/Turkish.pdf>













**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

ISBN 978-975-590-259-3