**Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014 ve ilgili girişimler - DSÖ Obeziteyle Mücadele Bakanlar Konferansından bu yana Kaydedilen İlerlemeye İlişkin Değerlendirme Raporu**

**Çalışma Taslağı - 15 Haziran 2016**

**Özet**

**Teşekkür**

**İÇİNDEKİLER**

1. GİRİŞ 1

1.1. Neden bu değerlendirme yapılmıştır ve neden şimdi yapılmıştır? 1

1.2. Değerlendirme metodolojisi ve süreci 1

2. EYLEM BAĞLAMI 2

2.1. DSÖ Avrupa Bölgesinde obezite, diyet faktörleri ve fiziksel aktivite 2

2.2. Türkiye'de diyet faktörleri, fiziksel aktivite ve BOH'lar 2

2.3. Bölgesel ve bölge ötesi politika bağlamı 5

2.4. Türkiye'nin politika bağlamı: Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014 5

3. TÜRKİYE SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT PROGRAMININ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRMESİ 6

3.1. Genel eylem bağlamı: politika, kaynaklar, kanıtlar, izleme ve değerlendirme 6

3.2. Eylem alanlarının değerlendirmesi: başarılanlar ve iyileştirme fırsatları 6

3.2.1. Gıda temelli diyet rehberleri 7

3.2.2. Tüketicileri diyet ve fiziksel aktivite konusunda bilgilendirici kitle iletişim kampanyaları 7

3.2.3. Tüketici dostu etiketleme 8

3.2.4. Okul beslenme politikaları 10

3.2.5. Tuz azaltma girişimleri 12

3.2.6. Trans ve doymuş yağlar ile şeker azaltma girişimleri 14

3.2.7. Anne sütü teşvik ve koruma politikaları 15

3.2.8. Erken dönem beslenme (anne beslenmesi dahil) 15

3.2.9. Gıda ve içecek pazarlamasına ilişkin kısıtlamalar 16

3.2.10. Mali tedbirler 17

3.2.11. Sağlıklı gıdanın erişilebilirliği (maliyet, kaliteli ürün bulunduran mağazalara erişim) 18

3.2.12. Fiziksel aktivite rehberi ve FA politikası 19

3.2.13. Fiziksel aktivitenin ve aktif seyahatin teşviki 21

3.2.14. Yapılı çevrede bisiklet sürme ve yürüme imkanları 21

3.2.15. Okullarda beden eğitimi dersleri (ve tesisleri) 22

3.2.16. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde beslenme, fiziksel aktivite ve obezite 23

3.2.17. Yetişkinlerde ve çocuklarda fazla kilo ve obezitenin yönetimi için bakım yolları 23

3.2.18. İşyerinde beslenme ve fiziksel aktivite 25

3.2.19. Mikro besin ögesi eksikliklerine yönelik toplum temelli yanıtlar 26

3.2.20. Sektörler arası liderlik ve koordinasyon 26

3.2.21. Politika tutarlılığı 27

3.2.22. Beslenme, fiziksel aktivite ve obezitenin izlenmesi ve sürveyansı 27

4. DEĞERLENDİRMENİN GENEL ÖNERİLERİ 29

KAYNAKLAR 31

EKLER 34

1. Nisan ayı değerlendirme misyonunun programı 34

2. Değerlendirme heyetindeki uluslararası ve ulusal uzmanların listesi 34

3. Kilit bilgi kaynaklarının listesi 34

4. Türkiye'de bütün yaşlar için DALY risk faktörleri 34

5. İlave kaynaklar - yeni eylem planının geliştirilmesine ve bu değerlendirmenin önerilerinin ilerletilmesine yönelik yayınlar ve web siteleri 36

6. Durum değerlendirme çalışması için önerilen şablon 37

**Yönetici Özeti**

1. **GİRİŞ**
	1. **Neden bu değerlendirme yapılmıştır ve neden şimdi yapılmıştır?**

Türkiye obezite, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede çok ön planda olan bir ülkedir. DSÖ Avrupa bölgesinin bölgedeki obezite sorununu ele almak üzere düzenlediği ilk büyük bakanlar konferansı 2006 yılında İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. O zamandan bu yana Türkiye'de obezite ve fiziksel hareketsizlik düzeyleri artmaya devam etmiştir. Halen kadınlarda obezite ve fiziksel hareketsizlik prevalansı Avrupa bölgesinde en yüksek oranlar arasındadır. Buna karşılık, Türkiye fazla kilo ve obeziteyle mücadeleye öncelik veren ve bu konuda yenilikçi çözümler üreten Bölge ülkeleri arasındadır.

*Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı* (1) kapsamında uygulanan Türkiye Ulusal Beslenme ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014, 2014 yılında sona ermiştir. Eylem Planı dahilindeki faaliyetler ve programın genelinin uygulanmasına devam edilirken Türkiye'nin kaydedilen ilerlemeyi gözden geçirmesi zaman açısından isabetli olmuştur. Bu amaçla, Türkiye Cumhuriyeti sağlık Bakanlığı ile DSÖ Avrupa Bölge Ofisi arasındaki ikili işbirliği, Türkiye'nin obezitenin önlenmesi, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili politikalarını geleceğe matuf olarak değerlendirme ve revize etme konusunda ülkeyi desteklemeye yönelik bir taahhüt içermektedir.

Bu raporun amacı:

1. Eylem planının ve ilgili faaliyetlerin uygulanmasında elde edilen kayda değer başarıları belirlemek ve açıklamak;
2. Bu başarılara dayalı olarak iyileştirme fırsatlarını belirlemek;
3. Sonraki program ve eylem planının geliştirilmesine yönelik bilgi sağlamaktır.
	1. **Değerlendirme metodolojisi ve süreci**

Bir grup uluslararası ve ulusal uzman tarafından Nisan 2016'da Türkiye'ye düzenlenen misyon çalışması sırasında kalitatif (nitel) bir değerlendirme yapılmıştır (bkz. **Ek 1-2**). Bu kapsamda sağlık ve sağlık dışı sektörlerden kilit bilgi kaynakları ile görüşülmüş (bkz. **Ek 3**), 4 ilde (Ankara, Eskişehir, Konya ve Afyonkarahisar) toplum sağlığı ve sağlıklı yaşam merkezleri de dahil saha ziyaretleri yapılmış ve mevcut veriler analiz edilmiştir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ve 2013 Sağlık Sistemlerinin Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Bakımından Değerlendirmesi Ülke Raporu (1, 2) da dahil ilgili arka plan materyalleri ve raporları misyon öncesinde sağlanmıştır. Misyon grubu, Eylem Planının ve bağlantılı faaliyetlerin nasıl uygulanmadığını, ne etkiler doğurduğunu ve bu etkilerin kime yönelik, nasıl ve neden olduğunu anlamaya çalışmıştır. Değerlendirmede yalnızca nüfus geneli üzerindeki etki değil, ayrıca yaş ve cinsiyete göre etki ile eğitim düzeyi, gelir dilimi, kırsal/kentsel yerleşim gibi kilit sosyokültürel belirleyiciler de dikkate alınmıştır.

İki farklı odağı bulunan değerlendirmede:

1. Eylem Planındaki amaç ve hedeflere ne düzeyde ulaşıldığı,
2. Başvurulan eylemin uluslararası kanıtlara, önerilere ve rehberliğe ne derecede uygun olduğu değerlendirmeye çalışılmıştır.

*Kısıtlılıklar:* Bu misyon öncesinde ve sırasında Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ve ilgili girişimlerin uygulanmasına yönelik (hangi girişimler uygulanmıştır, bütçe kaynakları ve farklı girişimlerin gerçekleşen kapsamı gibi) sınırlı kantitatif veri mevcut idi. Ayrıca, zaman sınırlı olduğu için değerlendirme kapsamındaki saha ziyaretleri Ankara yakınındaki illerle sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle, diğer illerden çok farklı profillere sahip olması muhtemel ve 4 ile yapılan ziyaretler ışığında geliştirilen önerilerin tümünün ülkenin geneli için bütünüyle uygun olması beklenmeyebilir.

1. **EYLEM BAĞLAMI**
	1. **DSÖ Avrupa Bölgesinde obezite, diyet faktörleri ve fiziksel aktivite**

Diyet faktörleri, DSÖ Avrupa Bölgesinde bütün Üye Devletlerde sağlık ve iyilik halini olumsuz etkileyen en önemli faktörler arasındadır. Yetersiz beslenme, mikro besin ögesi eksiklikleri, fazla kilo ve obezite dahil bütün beslenme bozukluğu türleri ve sağlıksız diyetlerden kaynaklanan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) bireyler, aileler, toplumlar ve hükümetler için ağır sosyal ve ekonomik bedellere mal olmaktadır. BOH'lar DSÖ Bölgesinde engelliliğin ve ölümün en önde gelen nedenidir - kalp damar hastalığı, diyabet, kanser ve solunum hastalıkları (dört ana BOH) hastalık yükünün %77'ine ve erken ölümlerin neredeyse %86'sına tekabül etmektedir. Aşırı vücut kilosu; aşırı enerji, doymuş yağ, trans yağ, şeker ve tuz tüketimi ve düşük Sebze, meyve ve tam tahıl tüketimi BOH'lar ve öncelikli kaygılar için önde gelen risk faktörlerindendir.

Geçtiğimiz onyıllarda çocuklar arasında fazla kilo ve obezite prevalansının yükselmesi, çok kaygı verici bir sorun haline gelmiştir. Çocukluk çağı obezitesinin yetişkinlikte de devam etmesi olasıdır ve metabolik, kas-iskelet veya kalp damar hastalıklarına yol açabilir ve kanser riskini artırabilir. DSÖ Avrupa Çocukluk Çağı Obezite Sürveyans Girişimine göre, bu sorun her 4 çocuktan birini etkilemektedir. Çocuklarda obezitenin ağır özellikleri bilhassa DSÖ Avrupa Bölgesinin güne kesiminde yükselme eğilimindedir. Fazla kilo ve obezite yetişkinlerde halihazırda Bölge nüfusunun %50'den fazlasını etkilemektedir. Üstelik, Bölgede aynı zamanda beslenme bozukluğu sorunu da yaşanmakta, Türkiye gibi bazı ülkelerde hem fazla kilo ve obezite hem mikro besin ögesi eksiklikleri zorlayıcı düzeylere erişmektedir.

Fiziksel hareketsizlik de sağlık bozuklukları için önemli bir risk faktörü haline gelmiştir: DSÖ Avrupa Bölgesinde her yıl 1 milyon ölüm (toplam ölümlerin yaklaşık %10'u) ve 8.3 milyon engelliliğe ayarlanmış yaşam süresi fiziksel hareketsizliğe atfedilmektedir. Avrupa'da yetişkinlerin üçte birinden fazlasının yeterince hareketli olmadığı (4) ve Avrupa Birliğinde 15 yaş üstü her 10 bireyden altısının asla spor veya egzersiz yapmadığı veya nadiren yaptığı, ayrıca bisiklet, dans veya bahçe işleri gibi diğer fiziksel aktivitelerle de nadiren ilgilendikleri tahmin edilmektedir (5). Fiziksel hareketsizliğin yanısıra hareketsiz (sedanter) davranışlar da artış göstermektedir.

Büyük çaplı politika değişikliklerine gidilmedikçe, Avrupa Bölgesindeki üye devletlerin büyük çoğunluğu başta çocukluk çağı obezitesi, anne sütü, tuz tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve yetişkin obezitesi ve diyabet ile ilgili Küresel İzleme Çerçevesi Hedeflerine ulaşamayacaktır. Türkiye de bundan vareste değildir.

* 1. **Türkiye'de diyet faktörleri, fiziksel aktivite ve BOH'lar**

Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı geliştirildiği sırada, Türkiye'de çocuk ve adolesanlar arasında obezite prevalansı hakkında ulusal düzeyde bir çalışma mevcut değildi. Yetişkinlerde obezite prevalansı ile ilgili büyük çaplı dört araştırmadan bilgi edinilmiştir. Obezitenin önlenmesiyle önlenebilecek ölümleri (İKH, inme, diyabet ve toplam ölümler), kaybedilen yaşam yıllarını, engellilikle yaşanan süreyi ve engelliliğe ayarlanmış yaşam süresini hesaplamak için bu araştırmalardan yararlanılmıştır (1).

**Kutu 1. Türkiye'de obezite, fiziksel hareketsizlik ve diyet görünümü**

* **Fazla kilolu yetişkinler**: 20 yaş üstü bireylerde erkekler arasında %59.7, kadınlar arasında %64 (2008)
* **Obez** (BKİ ≥ 30) **yetişkinler**: erkeklerde %21.7, kadınlarda % 34 (2008)
* **Fazla kilolu okul çağı çocuklar, 6-9 yaş**: erkeklerde %22.4 ve kızlarda %18.6
* **15 yaş ve üstü bireylerde fiziksel hareketsizlik**: yeterince hareketli olmayan: %54.6 (erkeklerde %48.1, kadınlarda %61.2) (2008); kadınlardaki fiziksel hareketsizlik oranı DSÖ Avrupa Bölgesindeki en yüksek orandır
* Türkiye'de 5 yaş altı çocuklarda yetersiz beslenme ve giderek artan fazla kilo ve obezite dahil **çifte beslenme bozukluğu yükü** mevcuttur.
* **15-49 yaş grubu kadınlarda obezite ve fazla kilo farklılıkları**: kentsel/kırsal, eğitim düzeyi ve gelir dilimleri dahil.
* Tuz-15 g: DSÖ Avrupa Bölgesindeki en yüksek oran (2012)
* Kişi başına günde 990 g **sebze ve meyve arzı** - DSÖ Avrupa Bölgesindeki en yüksek oranlardan biridir (2009), fakat tüketim çok daha düşüktür. (6,7)

Türkiye'de bütün yaş grupları için 2010 ve 2013 mortalite ve DALY verileri, yüksek beden kitle indeksinin mortalite (diyabet, ürogenital, kan ve endokrin hastalıkları; kalp damar hastalıkları, neoplazmalar) ve engelliliğe ayarlı yaşam süresi (DALY) (kas-iskelet bozuklukları, diyabet, ürogenital, kan ve endokrin hastalıkları, kalp damar hastalıkları, neoplazmalar) için başlıca risk faktörleri arasında olduğunu göstermektedir - bkz. **Tablo 1**. 2013 yılında her yaş grubundan kadınlarda toplam DALY'nin en önemli risk faktörü yüksek BKİ idi; bunu diyet riskleri takip etmekteydi. Yüksek BKİ erkeklerde tütün ve diyet risklerinin ardından üçüncü risk faktörü idi (6) (bkz. **Ek 4**).

**Tablo 1 – Yüksek BKİ'ye atfedilen hastalık yükü, 2010 ve 2013, tüm yaş grupları, Türkiye**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **ÖLÜMLER** | **DALY** |
| **Sayı** | **Yüzde** | **Sayı** | **Yüzde** |
| **2010** | **2013** | **2010** | **2013** | **2010** | **2013** | **2010** | **2013** |
| **Tümü** | 59,710 | 66,974 | 15.6 | 16.3 | 1,901,313 | 213,922 | 10.5 | 11.3 |
| **Erkek** | 26,664 | 30,050 | 12.6 | 13.3 | 895,590 | 986,445 | 9.3 | 10.1 |
| **Kadın** | 33,045 | 36,267 | 19.3 | 20.1 | 1,005,724 | 1,092,477 | 12.0 | 12.7 |

Kaynak: (6)

2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında beslenme bozukluğu, fazla kilo ve obezite ile ilgili veriler bulunmakta, bu veriler üreme çağındaki kadınların 5 yaş altı çocukların sosyoekonomik faktörleriyle ilişkilendirilmektedir. 5 yaş altı çocuklardan en düşük gelir diliminde bulunanlar arasında beslenme bozukluğu oranı (%14.6) en yüksek gelir diliminde bulunan çocuklara (%2.9) nazaran daha yüksektir. En yüksek gelir diliminde bulunan 5 yaş altı çocuklar arasında kilo-boy ortanca değerinden iki veya daha fazla standart sapma gösterenlerin (örn. fazla kilolu) oranı, en düşük yaş gelir grubundan olanlara (%4.6) nazaran daha yüksektir Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Araştırmaları Enstitüsü, 2014).

216 okulda (%77.5 kentsel, %24.5 kırsal okullar) 7-8 yaş grubu 5.101 çocuğu 2.541 kız, 2.560 erkek) kapsayan 2013 Çocukluk Çağı Obezite Sürveyans Girişimi (COSI) raporunun kilit bulguları aşağıdaki gibidir:

* araştırmaya dahil olan erkeklerden %23,3'ü ve kızlardan %21,6'sı fazla kilolu ve obez idi;
* kentsel alanlarda yaşayan erkeklerden %24.9'u ve kırsalda yaşayanların %14.8’'i fazla kilolu ve obez idi;
* kentsel alanlarda yaşayan erkeklerden %11.2'si ve kırsal yaşayanların %3.7'si obez idi;
* kentsel alanlarda yaşayan kızlardan %23.4'ü ve kırsalda yaşayanların %13.6'sı fazla kilolu ve obez idi;
* obezitenin en yüksek olduğu bölgeler Doğu Karadeniz (%18.3), İstanbul (%12.4), Ege (%10.8) ve Akdeniz bölgesi (%8.9) idi.

Bölgelere göre kavrukluk oranlarında da farklılık bulunmaktadır; en yüksek oranlar Doğu Anadolu (%4.8), Batı Karadeniz (%4.4), Güneydoğu Anadolu (%3.6) ve Orta Anadolu (%2.5) bölgelerinde görülmüştür (7).

2013 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre 15-49 yaş grubundaki kadınlarda kentsel-kırsal yerleşim, eğitim düzeyi ve gelir dilimi bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar fazla kilo veya obezite açısından beklenen sosyal eğilimleri takip etmektedir: gelir düzeyi arttıkça toplam fazla kilo veya obezite oranı düşmektedir. Ancak, kırsal kesimlerde yaşayan, eğitim düzeyi düşük ve en düşük gelir diliminde bulunan kadınlarda obezite oranı daha yüksektir. Buna karşılık, kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda fazla kiloluluk oranı daha yüksektir (%29.1); gelir dilimleri bakımından ise, en düşük dilimdeki kadınlara nazaran dördüncü gelir dilimindeki fazla kilolu kadınların oranı en yüksektir (%31.1). Eğitim düzeylerinde hafif farklılıklar mevcuttur: orta okul veya lise ve yüksek öğrenim düzeyinde eğitime sahip kadınlara (%12.2 ve %13.3) nazaran eğitimi olmayan veya ilkokuldan terk kadınların %42.3'ü obezdir. İlköğretim düzeyinde eğitim almış kadınlarda fazla kiloluluk oranı (%34.7) diğer eğitim düzeylerine sahip veya eğitimini tamamlamamış kadınlara oranla daha yüksektir (8).

2010 Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre, daha genç yaş gruplarında (9-11 yaş, 15-18 yaş) günlük sebze ve meyve tüketimi 420-447 gram olup daha yaşlı (31-64 yaş) nazaran (günde 537-604 gram) daha düşüktür ve ancak DSÖ önerilerinin sınırındadır. Yaşla beraber artış gösteren şeker tüketimi 50 yaştan itibaren düşüş göstermektedir. 11 yaşından itibaren erkekler kızlardan daha fazla şeker tüketmektedir: 15-18 yaş grubunda günlük şeker tüketimi erkeklerde 19 gram, kızlarda ise 14.8 gramdır (9). Ancak, bu veriler güncel değildir ve bazı spesifik pazar araştırmaları, Türkiye'nin DSÖ Avrupa Bölgesi özellikle meşrubat gibi belirli gıda kategorilerinde en fazla şeker bulunan ülkeler arasında olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yetişkin birey başına tuz tüketimi 2008 SALTürk araştırmasında (24 saatlik sodyum atılımı yöntemi kullanılmıştır) 18 g/gün, 2012 SALTürk araştırmasında ise %16'lık düşüşle 15 g/gün olarak kaydedilmiştir (10,11). Olumlu eğilimlere karşın bu rakam hala DSÖ'nün günlük maksimum tuz alımı önerisinden 3 kat fazladır ve Avrupa'daki en yüksek oranlar arasındadır.

* 1. **Bölgesel ve bölge ötesi politika bağlamı**

DSÖ Avrupa Obezite ile Mücadele Şartından esinlenerek 2008-2009 döneminde hazırlanan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programından bu yana gıda pazarlama kısıtlılıkları, ambalaj ön yüzlerinin tüketici dostu etiketlenmesi, ürün reformülasyonu, vergilendirme dahil fiyat politikaları, aktif taşımacılık planlama politikaları ve okul temelli müdahaleler artmış, bu müdahalelerin etkinliği görülmüş ve farklı nüfus gruplar arasındaki farklılıklar üzerinde etki yaratılabilmiştir. Bu durum, *DSÖ Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015–2020* ve *DSÖ Avrupa Bölgesi Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016–2025* gibi bölgesel dokümanlarda da yansıtılmıştır. Bu dokümanlarda sağlıklı ve besleyici diyetlerle birlikte fiziksel aktiviteye dönük eylem odağı genişletilmekte; sağlıksız diyetler, yüksek BKİ, yetersiz aktivite ve hareketsiz davranışlar ile bağıntılı BOH yüküne özel vurgu yapılmaktadır. Bu dokümanların önemli unsurları ve ülkelere sağladığı rehberlik bu değerlendirme esnasında dikkate alınmış ve Türkiye'nin mevcut en iyi deliller ışığında Türkiye'nin hangi eylem alanlarında iddiasını sürdürdüğünün değerlendirilmesinde temel teşkil etmiştir.

* 1. **Türkiye'nin politika bağlamı: Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010-2014**

Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programının uygulanmasına yönelik Eylem Planının (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı olarak da bilinmektedir) *genel amacı*, *obezite ile diyabet gibi obeziteyle bağlantılı hastalıkların prevalansını düşürmek için* toplumun bilgi düzeyini artırmak ve sağlıklı davranışlar (yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite gibi) benimsenmesini sağlamaktır. Planın 4 ana eylem alanı bulunmakta, her bir eylem alanı altında ilgili amaçlar, hedefler ve stratejiler tanımlanmaktadır:

1. **Obeziteyle mücadele ve kontrol programı yönetiminin oluşturulması ve politika geliştirilmesi.** Bu eylem alanının *amacı*, sağlık sektöründe ve diğer sektörlerde eylem için siyasi irade ve kaynak desteği sağlamak; yaş, cinsiyet ve ayrıca bölge, sosyoekonomik kalkınmışlık düzeyi gibi kilit sosyal belirleyicilere göre obezite ve fazla kiloluluk prevalansına ilişkin mevcut durumu analiz etmektir.
2. **Obeziteyle mücadeleye yönelik eylemler.** Bu eylem alanının *amacı* yeterli ve dengeli beslenme konusunda toplumu bilgilendirmek ve bilinçlendirmek, eğitim ve işyeri ortamlarının bu uygulamaların benimsenmesi amacıyla kullanılması, okul ve işyerlerinde yemek ve kantin hizmetlerinin ve fiziksel aktivite imkanlarının iyileştirilmesi, tüketicilerin doğru seçimler yapmasını sağlamak amacıyla reklam ve pazarlama alanlarında işbirliği konusunda gıda endüstrisi ile işbirliği yapılması, toplumu bilgilendirmek için yazılı ve görsel medyanın etkin kullanılması, yapılı çevre ile spor ve dinlence tesisleri de dahil halka açık alanlarda fiziksel aktivite imkanlarının artırılması.
3. **Sağlık kuruluşlarında obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemler.** Bu eylem alanının *amacı* fazla kilo veya obezite tanısı konan hastaların obezite danışmanlığı gibi uygun tedaviye sevk edilmesini sağlamak, obezite ve ilgili kronik hastalıkların tedavisinden doğan uzun vadeli sağlık harcamalarını ve genel obezite prevalansını azaltmaktır.
4. **İzleme ve Değerlendirme.** Bu eylem alanının *amacı* Türkiye sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının yaygın ve etkin olarak uygulanmasını sağlamaktır (1).

Daha geniş anlamda, Türkiye'de yaşam beklentisinde kaydedilen sürekli iyileşmeyi devam ettirme adına temel BOH müdahalelerini yaygınlaştırmak amacıyla 2013 yılında gerçekleştirilen sağlık sisteminin sorun ve fırsatlarını değerlendirme çalışmasında 5 alanda getirilen politika önerileri arasında BOH'lar için obezite ve beslenme risk faktörlerine yönelik eylemin hızlandırılması, aile hekimliğinin BOH alanındaki rolünün artırılması ve BOH planlarında değişim ve revizyon çalışmaları için analiz yürütülmesi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Strateji Planında da obezite ile mücadele, BOH'lar, sağlık okuryazarlığı ve sosyal belirleyicilere destek konularında spesifik eyleme ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Planın 1. Hedefi bireyi ve toplumu sağlık risklerinden korumak ve sağlıklı yaşam biçimlerini teşvik etmektir. Hedef 1.1: Sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini artırmak, obeziteyi azaltmaktır.

1. **TÜRKİYE SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT PROGRAMININ UYGULAMASININ DEĞERLENDİRMESİ**
	1. **Genel eylem bağlamı: politika, kaynaklar, kanıtlar, izleme ve değerlendirme( 2010-2014 Eylem Planı, Bölüm A.1-A.2 ve D)**

Genel itibarla, Türkiye, obezite ve fazla kiloluluk ile mücadele ve kontrole yönelik bu ulusal plan ve yürütülen farklı çalışmalar konusunda takdiri hak etmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının göze çarpan bazı güçlü yönleri şu şekilde sıralanabilir: fiziksel aktivitenin artırılmasına yönelik eylem yatırımı; *topluma örnek olma* ve planları uygulama konusuna vurgu yapılması, bu kapsamda kamu kurumlarının da diyet ve fiziksel aktivite uygulamalarını değiştirmesi (yemekhane masalarından tuzlukların kaldırılması, personel ve halkın katılımıyla haftalık yürüyüş etkinliklerinin düzenlenmesi vb.); okullarda gıda uygulamaları ve gıda pazarlamasına yönelik genelgelerin ve düzenlemelerin çıkarılması; aile sağlığı merkezlerinde (ASM), toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) obezite danışmanlığı ve sağlıklı yaşam merkezlerinin kurulması gibi birinci basamak hizmetlerinde gerçekleştirilen çalışmalar; bisiklet yollarının artırılması gibi yapılı çevredeki birtakım değişiklikler. Kaydedilen gözle görülür ilerlemeler arasında proje temelli uygulamalardan sürdürülebilir ve koordineli program ve politikalara geçilmesi, politikalarının kapsamının genişletilmesi; veri, doğrulanmış bilgi ve değerlendirme çalışmaları (buna kaynakların projeksiyonlara uygun tahsisine yönelik veriler de dahildir); farkındalık ve sağlık eğitiminin ötesinde önleme ve teşvik çalışmaları; uygulama ve denetim sayılabilir.

* 1. **Eylem alanlarının değerlendirmesi: başarılanlar ve iyileştirme fırsatları**

Değerlendirme ekibi, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programından bu yana meydana gelen politika değişiklikleri ışığında (bkz. Bölüm 2.3), Türkiye'deki eylemin mevcut en iyi kanıtlar temelinde iddialı konuları değerlendirmeye yönelik zemin teşkil edecek 22 temel (çekirdek) alan belirlemiştir. Her bir temel alan için kaydedilen ilerleme/başarılar, eylemi iyileştirmek amacıyla yapılabilecekler ve diğer ilgili bilgiler dahil bir eylem durumu tespit edilmiştir. Bunlar, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının ilgili bölümleriyle/ hedefleriyle ilişkilendirilmiştir.

* + 1. **Gıda temelli diyet rehberleri (Bölüm A.3)**

Bilgi girilecek

* + 1. **Tüketicileri diyet ve fiziksel aktivite konusunda bilgilendirici kitle iletişim kampanyaları (Bölüm B.1 ve B.5)**

*Durum:* Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü asıl olarak fiziksel aktivite ve anne/bebek beslenmesi konularında bazı ilginç kamu spotları geliştirmiştir (bkz. **Kutu 2**, tuz farkındalık faaliyetleri). Kitle iletişim kaynaklarına önemli ölçüde kaynak aktarılmaktadır ve THSK'nın sağlığın geliştirilmesi birimine 16 sosyal medya personeli alındığı bildirilmiştir. Medya kampanyalarının kamuoyuna ulaşma ve farkındalık yaratma düzeyini ölçmek için pazar araştırmaları gibi bazı girişimler gerçekleştirilmektedir. Buna örnek olarak 2012 yılında yürütülen Beden Ağırlığı Araştırması verilebilir. Bu araştırmaya göre katılımcıların %85.3'ü obeziteyi bir sağlık sorunu olarak görmekte iken %10.6'sı böyle görmemektedir; %4.1'lik bir kesimin fikri yoktur. Araştırma ayrıca katılımcıların yanıtlarında yerleşim yerine (kırsal-kentsel), cinsiyete, yaş gruplarına ve eğitim düzeyine göre farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur (12).

**Kutu 2. Tuz farkındalık faaliyetleri, 2013**

Yüksek kan basıncının nedenleri ve sonuçlarını konu alan Dünya Sağlık Günü 2013 öncesinde Sağlık Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi tuz farkındalığı ile ilgili aşağıdaki faaliyetleri düzenlemişlerdir:

* Ulusal TV'lerde tuz azaltımına yönelik kamu spotları;
* "Tuza Dikkat Haftası", 1–7 Şubat 2013: bütün illerde farklı faaliyetlerle kutlanmıştır;
* "Tuz ve sağlık" Twitter sohbeti: 11-17 Mart 2013 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı uzmanlarının katımıyla gerçekleştirilmiştir;
* 9 Şubat 2013 tarihinde "Tuzu azalt, sağlığını koru" mesajlı milli piyango bileti basılmıştır (11).

*Daha fazlası/daha iyisi:* Fakat, bütün yaş grupları için sağlıklı diyet konusunda daha fazla vurgu yapılmalıdır. Bu kapsamda (yalnızca meyve ve sebzelerle sınırlı tutmamak kaydıyla) besleyici gıdalar **ile** kaçınılacak gıdalar (örn. şekerle tatlandırılmış içecekler, işlenmiş atıştırmalıklar) hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu yaklaşım Meksika ve Macaristan gibi ülkelerde başarılı olmuştur. Bu ülkelerde kitle iletişim kampanyaları ile mevzuat çalışmaları bir arada yürütülmüştür (bkz. **Kutu 3**). Ayrıca, kitle iletişim farkındalık kampanyalarının daha geniş biçimde değerlendirilmesi gereklidir. Özellikle bu kampanyaların sağlık davranışlarında (örn. yemek pişirme alışkanlıklarında) değişiklikler üzerindeki etkisi, maliyet etkinlik, uygunluk, kadın ve erkeklerde ve başka toplum grupları arasında benimsenme oranı bakımından değerlendirilmesi gereklidir (bazı nüfus grupları için gıda sunulabilirliği ve erişilebilirliği açısından ayrıca bkz. Bölüm 3.2.11). *2012 Beden Ağırlığı Algısı Araştırması*nın bulguları a) farklı gruplar için daha iyi hedeflenmiş ve farklılaştırılmış materyal ve yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu, b) kamuoyunun obeziteyle mücadeleye ilişkin farklı girişimlerin benimsenmesi konusunda bilgi düzeyinin artırılması gerektiğini, c) genel etkinin yanısıra farklı gruplar üzerindeki etkinin de değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

**Kutu 3. Fiyat politikaları getirilmesine ilişkin kilit dersler: Macaristan ve Meksika**

2011 yılında Macaristan hükümeti şekerle tatlandırılmış içeceklere, enerji içeceklerine, şekerlemelere, tuzlu atıştırmalıklara, soslara, çeşnili alkollü içeceklere ve meyve reçellerine halk sağlığı vergisi uygulamaya başlamıştır. Bu verginin sağlıkla ilgili hedefi, toplumda daha sağlıklı gıda tüketimini ve gıda endüstrisinde ürün reformülasyonunu teşvik etmek idi. Verginin ekonomik hedefi, beslenmeyle ilgili hastalıklarda sağlık harcamalarını dengelemek için bir bütçe kalemi oluşturmak idi. Bu kalemdeki vergi gelirleri 2013'te 18.9 milyar Ft'ye (1.3 milyar dolar) ulaşmıştır. Bu vergiye ilişkin 2014 etki değerlendirmesi, ek vergi getirilen ürünlerin tüketiminde düşüş olduğunu ve imalatçıların bu muhtevayı kullanmayı bütünüyle bıraktığını veya önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur. Bu vergiler tüketici farkındalığını ve sağlıklı ve daha az sağlıklı gıdalara ilişkin tutumları etkilediğini göstermiştir. Ek vergi getirilen ürünleri daha az tüketenlerin %80'i fiyat artışını gerekçe olarak göstermiştir. Edinilen dersler: bu verginin başarısının nedeni kısmen sınırlı sayıda gıda maddesine uygulanmış olması ve bu gıda maddelerinin bütünü diyet ve sağlık kalitesini olumsuz etkilemesi ve bu verginin beslenme davranışına ilişkin daha kapsamlı önlemler çerçevesinde getirilmesi olmuştur. Bu vergi ayrıca sağlık harcamalarına yönelik çeşitli finansman unsurları bulunan mali bir stratejinin parçası olduğu için ülkede beklenmedik bir bütçe kaynağı veya halk sağlığı finansmanının asli bir unsuru olarak değerlendirilmemiştir. Verginin formüle edilmesinde ve uygulanmasında güçlü sektörler arası işbirliği uygulanmıştır. İlk kanunun çıkarılmasından sonra mevzuat sürekli gözden geçirilmiş ve verginin etkinliğini sağlamak için yasal boşluklar kapatılmıştır.

Meksika'da getirilen Alkolsüz İçecekler ile Şekerle Tatlandırılmış Meşrubatların Üretim ve Sunumuna Özel Vergi uygulanmasının (litre başına bir pezo) öncesinde sivil toplum kuruluşları tarafından büyük çaplı bir kitle iletişim kampanyası yürütülmüştür. 2014 yılında toplanan vergi tutarı 124,016,000 milyon pezoya (9,152,472 milyon ABD) ulaşmıştır. Şekerle tatlandırılmış içeceklerle ilgili talep ve tüketim değişiklikleri hakkında yapılan bir çalışmanın ilk sonuçları şu şekildedir: ek vergi getirilen içecekleri satın alma oranında 2014'te 2013'e nazaran %6 düşüş olmuştur; ek vergi dışındaki içecekleri satın alma hızı yaklaşık %7 artmıştır; vergi dışında kalan gazlı içecekleri (suni tatlandırıcı, süt ve meyve suyu ile tatlandırılan ve ilave şeker kullanılmayan ürünler) satışlarında kayda değer bir değişiklik olmamıştır. Verginin konmasıyla birlikte hükümet sağlıklı alışkanlıklarla ilgili bir medya kampanyası başlatmış ve ulusal düzeyde bazı ilave önlemler almıştır. Bu verginin getirilmesine ilişkin bir vaka çalışmasında, verginin amacının sağlık ve iyilik halini iyileştirmek olduğu anlaşılınca kamuoyu tarafından azami düzeyde desteklendiği ortaya konmuştur. Meksika'nın vergi getirilmeden önce ve sonra kitle iletişimine yatırım yapması verginin daha fazla kabul görmesini sağlamış ve arzulanan talep değişimine katkıda bulunmuş görünmektedir (15).

* + 1. **Tüketici dostu etiketleme (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında spesifik olarak ele alınmamaktadır, Bölüm B.4)**

*Durum:* Tarım Bakanlığının halihazırda hazırlıklarını sürdürdüğü yeni gıda etiketleme düzenlemesi, besin ögesi bildirimlerini zorunlu hale getireceği için önemli bir gelişme olarak değerlendirilmektedir. Bu kanunun Tüketicilere Gıda ile ilgili Bilgi Verilmesi Hakkında ([1169/2011 sayılı](file:///C%3A%5CUsers%5CThsk%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Ceur-lex.europa.eu%5Clegal-content%5CEN%5CALL%5C%3Furi%3DCELEX%3A32011R1169)) AB Tüzüğü ile büyük ölçüde uyumlu olması beklenmektedir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* İdeal olanı, ön yüz besin değeri etiketinde diyet özellikleri (100 g porsiyon başına şeker, tuz, doymuş yağ, toplam yağ ve enerji miktarı) ile ilgili ana besin ögelerinin yazılmasının zorunlu hale getirilmesidir. Kanıtlara bakıldığında, bunun için standart, okunaklı ve tüketici dostu bir format kullanılması gerektiği ve renk, sözcük ve simge gibi yorumlayıcı unsurların kullanılmasının yararlı olduğu görülmektedir. Değerlendirme ekibi Türkiye'nin bu konuda ilerleme yapabileceği kanaatindedir.

Sağlık Bakanlığı, ambalaj üzeri besin değeri etiketlemesi ile ilgili farklı olasılıkları değerlendirmiş olmakla birlikte henüz net bir sonuca varmış görünmemektedir. Bu konuda ilerleme kaydedilmesi adına, Sağlık Bakanlığının Tarım Bakanlığına ambalaj üzeri besin değeri etiketlemesi konusunda diğer ülkelerin (örn. Birleşik Krallık, Fransa, Avustralya, Yeni Zelanda) (17, 18) deneyimlerine dayalı bir format teklifinde bulunması ve farklı formatların (18, 19) etkinliğini araştırması önerilmektedir. İdeal olanı, ambalaj üzeri etiket formatının bütün gıda ürünlerinde yer alması, yalnızca daha sağlıklı gıdaları göstermektense hem sağlıklı hem daha az sağlıklı gıdaları göstermesidir (Uluslararası *Choices* projesinde de *Nordic key-hole*'da olduğu gibi). Zorunlu ön yüz etiketlemesine geçildiği taktirde, uygulamanın etkili olması için tüketici bilinçlendirme girişimleri tarafından etiketin nasıl kullanılacağı ve yorumlanacağı konusunda özellikle okuryazarlık ve eğitim düzeyi nüfus grupları nezdinde destekleyici faaliyetler düzenlenmelidir.

Ayrıca, bu sürecin bir parçası olarak Sağlık Bakanlığının besin ögesi beyanlarının trans yağları içerip içermemesi konusunu değerlendirmesi önerilmektedir. Türkiye bunun yerine tercihan (suni) trans yağların yasaklanmasını düşünebilir.

Şu an DSÖ Avrupa Bölgesindeki hiçbir Üye Devlette trans yağ içeriğinin (ve miktarının) etikette yer alması zorunlu değildir. Bu alanda çıkarılacak Türk mevzuatının 1169/2011 sayılı AB Tüzüğüne dayalı hazırlanacağı bildirilmiştir. Bu tüzükte AB genelinde gıda ürünlerinin muhtevasının listelenmesi öngörülmekte ve konacak besin ögesi bilgilerine ilişkin kurallar belirlenmektedir. Tüzük uyarınca "tamamen" veya "kısmen" hidrojene yağlar ve ayrıca yağın spesifik nebati veya hayvani menşei muhteva listesinde gösterilmelidir. Hazır ambalajlı gıdalarda tüketiciler ürünün imalatında kısmi hidrojene yağların kullanılıp kullanılmadığını tespit edebilmektedir. Ancak, bu bilgilerden üründe mevcut trans yağ miktarı anlaşılamamakta, zorunlu besin ögesi beyanında trans yağlara yer verilmemektedir. Bu açıdan, tüketiciler ürünlerdeki trans yağ miktarını öğrenememektedir. Ayrıca, ürünlerin "trans yağ içermez" şeklinde etiketlenmesi bir sağlık algısı oluşturabilir ve tüketiciler sağlıklı seçim yaptıkları düşüncesiyle bu ürünlerin alımını artırabilir. Sağlık okuryazarlığı düşük okurlar trans yağ alımıyla bağlantılı besin ögesi ve sağlık riskleri konusunda yeterince bilgili olmayabilir; bu nedenle, bunun etkili olabilmesi ve bilhassa istemeden eşitsizliklerin artmasının önünün alınması için geniş çaplı halk eğitimi gerekli olabilir. ABD'de mevcut kanıtlar da etiketleme kriterlerinin yerine getirilmesi için üreticilerin "trans yağ içermez" etiketli ürünlerinin formülünü değiştirmektense (reformülasyon) boyutlarını değiştirdiklerini ortaya koymaktadır (20).

Trans yağlar hususunda en kaygı verici durum ise, zorunlu etiketlemenin ambalajsız gıda ürünlerine uygulanmamasıdır. Büyük miktarlarda restoran gıdası tüketen veya küçük üreticilerden veya kayıt dışı sektörden (örn. seyyar satıcılar ve bağımsız fırınlar) gıda temin eden tüketiciler hala yüksek risk altındadır. Bu nedenle, gıda ürünlerinde trans yağ miktarına yasal sınırlama -veya kısmi/örtülü bir yasak- getirilmesi, toplumun ortalama suni trans yağ tüketimini azaltma konusunda en etkili seçenek ve belki de tüketicilerin trans yağlar nedeniyle maruz kaldıkları riskleri azaltmanın yegane yolu gibi görünmektedir. Bu öneriyi güçlendiren diğer bir husus da şudur: gıda endüstrisinin ve pazar işletmecilerinin elindeki trans yağ teknoloji çözümler sayesinde bu uygulama gıda sektörüne kayda değer bir maliyet getirmeyecek, önemli bir gayret ortaya koymalarını gerektirmeyecektir.

* + 1. **Okul beslenme politikaları (Bölüm B.2)**

*Durum:* Kilit bilgi kaynakları, eğitim ve sağlık sektörleri arasında iyi bir çalışma işbirliği bulunduğunu, bu işbirliğine her iki Bakanın güçlü destek verdiğini kaydetmişlerdir. Türkiye'deki okulların yaklaşık %70'i beyaz bayraklıdır, yani bu okullar belirli hijyen ve gıda güvenliği düzenlemelerine uygun hareket etmektedir (2011/41 sayılı ve 21 tarihli 2011 Genelge). Ayrıca, her bir okulda okul müdürü başkanlığında ve velilerin katıldığı Kurullar mevcuttur. Bu kurullar okulun gıda politikasını aylık gözden geçirmektedir. Eylül 2010'da Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı tarafından başlatılan Beslenme Dostu Okullar Projesinin (BDOP) amacı, okul öncesi eğitim kurumları ile ilk ve ortaöğretim kurumlarında sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmektir.

BDOP ile iyi uygulamaların desteklenmesi ve okul ortamları ile öğrenci sağlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Ancak, BDOP'a katılım gönüllülük esasına dayalı olup katılımın şu ana kadar düşük olduğu, beslenme dostu olmak isteyen okulların başvuru yaparak denetimden geçtiği ve başarılı okullara verilen sertifikanın 3 yıl geçerli olduğu kaydedilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı BDO kavramının benimsenmesi adına okul müdürlerine ve diğer okul personeline eğitim vermiştir.



**Şekil 1. Sağlıklı Okullar Sağlıklı Nesiller Rehberi**

Türkiye bunun dışında okullara mevcut gıdaların besleyici nitelikleri ile ilgili rehberlik sağlama konusunda da adımlar atmıştır (örn. Okullarda Yiyecek ve İçecek Standartları). Bu rehberde okul yönetimleri, okul kafeterya/yemekhane ve kantinleri, yiyecek/yemek sağlayıcıları ve veliler için besin ögesi bilgileri ile uygun porsiyon büyüklükleri hakkında bilgiler verilmektedir. Bu (gönüllü) rehber okullarda sunulan gıdalarla ilgilidir (bkz. Şekil 1). Ayrıca, yasal mevzuat statüsüne sahip 2011/41 sayılı Genelge ile [okul kantinlerinde] kalori değeri yüksek fakat besin değeri düşük enerji içeceklerinin, gazlı içeceklerin, çeşnili içeceklerin, kolalı içeceklerin, patates kızartması dahil kızartma ürünlerinin satışı yasaklanmıştır. 2011/41 is sayılı Genelgenin uygulanmasının denetimi il ve ilçe komisyonları tarafından yapılmakta, bu komisyonlar okulları uyum konusunda düzenli denetlemektedir. Milli Eğitim Bakanlığı 2015 yılında bu konularla ilgili yoğun farkındalık ve eğitim faaliyetleri düzenlemiştir. 2016 yılında çıkarılacak yeni bir genelge ile okullarda satışı yasaklanan gıda ürünlerine şeker eklenmiş meşrubatlar gibi şekerle tatlandırılmış içecekler ve çikolata da dahil edilecektir. Bu olumlu bir gelişmedir.

Uygulaması devam eden sağlıklı okullar programında şu bileşenler bulunmaktadır: sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, aile ve toplumun katılımı, sağlıklı okul ortamı, beslenme, fiziksel aktivite, personel sağlığı. Sağlıklı Okullar gönüllü bir programdır ve önceki beslenme ve fiziksel aktivite projeleri ile beyaz bayrak gibi pilot uygulamalara dayalı olarak yürütülmektedir. Sağlıklı Okullar programında şayet okul 7 bileşenin bütününü yerine getirebilirse okula veya birey(ler)e Sağlıklı Okul ödülü veya farklı teşvikler verilmektedir. 2011 yılında başlatılan okul gıda programı çerçevesinde Tarım, Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları arasında işbirliğiyle okullarda hafta 3 defa (?) tam yağlı süt ve kuru üzüm dağıtılmaktadır. 2011 yılından bu yana okul öncesi eğitim kurumlarında, kreşlerde ve ilkokullarda 6 milyon öğrenci bu uygulamadan yararlanmıştır. Ayrıca, okullarda sağlıksız gıdalarla ilgili de düzenleme bulunmaktadır.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Mevcut okul gıda düzenlemeleri şekerlemeleri kapsayacak şekilde genişletilebilir; bu konu özellikle Eylül 2016'da çıkarılması planlanan genelgeye dahil edilebilir. Bu genişletilmiş listeye belirli oranın üzerinde şeker eklenmiş meyve suları ve sütlü içecekler de dahil edilmelidir. Bunun dışında, Sağlık Bakanlığının okullarda kantinlere getirilen veya kantinlerde hazırlanan yiyecekler (örn. kahvaltı veya öğle yemeği) de dahil bütün gıda ürünleri için zorunlu rehber çıkarması ve mevcut rehber ışığında her öğün sebze servisi yapılması ihtimalini araştırması önerilmektedir. Ayrıca, okul gıda programı sunulan yiyeceklerin çeşitlendirilmesi ve bilhassa ilkokullarda tam yağlı süte nazaran düşük yağlı süt (şu an %3.5 olan oran uzun vadede %1.5'e düşürülebilir) verilmesi ve ayrıca kuru üzümün yanısıra çerez de dağıtılması (ki çerez dağıtılması halihazırdaki düşünülmektedir) ve bu menüye program çerçevesinde diğer kuru ve taze meyvelerin dahil edilmesi yoluyla daha da iyileştirilebilir. İdeal olanı, kuru meyve dağıtımıyla beraber bilgilendirme/eğitim faaliyetleri yürütülmesi ve gıda tüketimi sonrası diş fırçalama gibi yeterli diş sağlığı uygulamalarının da yürütülmesidir. BDO projesi olumlu bir girişim olmakla birlikte katılım oranının düşük olduğu bildirilmiştir ve programın ne denli etkili olduğu net değildir. Etki (ve süreçler) ile ilgili veri ve bilgi toplama çalışmalarının iyileştirilmesine dönük genel öneri bağlamında, diğer ülkelerdeki ve farklı sosyoekonomik gruplar (ücretsiz ve sık uygulanan programlar düşük sosyoekonomik düzeye sahip gruplar için daha yararlıdır) için benzer programların etkinliğine ilişkin kanıtların da gözden geçirilmesi suretiyle BDO programının etki değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir (21,22).

Farklı girişimlerin kapsamı ve etkisi ile ilgili sınırlı veri bulunduğu için, 2010 beslenme, diyet ve fiziksel aktivite çalışmasının planlandığı şekilde 2016 yılında tekrarlanması ve önceki araştırmadaki 6-9 ila 11-18 yaş gruplarının 6-9 , 9-11 , 11-13, 13-15 ve 15-18 yaş grubu olarak düzenlenmesi çok önemlidir, zira 11-18 yaşları arasında önemli gelişim farklılıkları meydana gelmektedir. Aynı zamanda, COSI çalışması entegre ve rutin sürveyans haline getirilmeli ve (ideal olarak) kısa süre içerisinde elde edilecek veri toplama süreci üzerine bina edilmelidir.

*Diğer:* Türkiye'de okul çağındaki çocuklar (4-18 yaş) genel nüfusun yaklaşık %22'sini teşkil etmektedir. Bu nedenle, eğitim ortamları nüfusun beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını oluşturmada, etkilemede ve iyileştirmede çok önemli ortamlardır. Ancak, mevcut programların genel olarak çocuklar, okul öncesi ve ilk öğretim öğrencileri, özel okullara giden çocuklar ve eğitime devam etmeyen (özellikle adolesan) çocuklara ne kadar ulaştığı, kapsamı ve etkisi net değildir. Türkiye'deki adolesan sağlığı programının 10-24 yaş grubunu kapsadığı bildirilmiştir (bkz. Bölüm 3.2.16), fakat bu yaş grubundan kimlere ulaşıldığı veya ulaşılamadığı konusunda veriler net değildir.

Okul gıda programı ile ilgili olarak, kuru üzüm gibi kurutulmuş meyveler önemli bir besin kaynağıdır, fakat meyvenin dişlere yapışması gibi istenmedik sonuçlar da doğurmaktadır. Dolayısıyla, kuru üzüm gibi gıdaların dağıtılması ağız sağlığı açısından bilgilendirme fırsatı sunmaktadır. Kamu-özel ortaklıklarının (PPP) gıda firmaları tarafından okullarda beslenme eğitimi gibi programların sponsorluğunu üstlenmelerinin mümkün olduğu kaydedilmiştir.

 **Aile beyanlarına göre çocukların yaşam biçimleri: COSI 2013**

Araştırmaya katılan 7-8 yaş grubu çocukların ailelerinin bildirdiklerine göre:

* %84.6'sı her gün kahvaltı etmektedir.
* %74.2'si hiçbir spor faaliyetine katılmamaktadır.
* Her dört çocuktan üçü okula yürüyerek gidip gelmektedir.
* Çocukların %22.4'ü hafta içinde ve 19.7'si hafta sonu günde en az bir saat bilgisayar oyunu oynamaktadır.
* Çocukların 96.8'i hafta içi, 97.7'si televizyon seyretmektedir (7):23)

Türkiye'de yasal düzenlemeler ve PPP politikası sayesinde gıda firmaları tarafından okul beslenme eğitimi gibi programların sponsorluğuna izin verse de, özel sektörün beslenme eğitimi düzenleme konusundaki *en uygun ve etkili* rolü ve özellikle aşağıdaki hususlar daha dikkatlice düşünülmelidir:

* Özel sektörün verili çıkarları, ürünleri ve hükümetin ve sivil toplumun daha sağlıklı diyetleri teşvik etme çabalarına karşı sıklıkla verdiği mesajlar ve hükümetin tedbirleri karşısındaki lobi faaliyetleri ışığında, değişimi gerçekleştirme konusunda özel sektöre ne rol verilmelidir?
* Bu potansiyel fırsatlar ve riskler farklı eylem türleri bağlamında nasıl değişiklik göstermektedir (örn. işyeri eylemleri ve okullarda markalı beslenme eğitimleri)?

Burada, Türkiye'nin özel sektörün günümüze kadar farkındalık, beceriler, tercihler ve diyet alımı ile ilgili beslenme eğitimi faaliyetlerinin etkileri ve istenmedik sonuçları ile ilgili ve DSÖ'nün devlet dışı aktörlerle çalışmaları konusunda daha fazla kanıt incelemesi önerilmektedir (23,24).

* + 1. **Tuz azaltma girişimleri () Tüketici dostu etiketleme (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında spesifik olarak ele alınmamaktadır, potansiyel olarak Bölüm B.4'te değinilmektedir)**

*Durum:* 2008 yılında Türkiye'de yetişkin kişi başına günlük tuz tüketimi 18 g olarak bildirilmiştir. Bu miktar DSÖ Avrupa bölgesindeki çoğu ülkenin 8-12 g olan ortalamasından fazladır ve DSÖ'nğn önerdiği maksimum günlük tüketim miktarının 3 katıdır. Ancak, Türkiye, tuz tüketimini hesaplamanın en güvenilir yöntemi olan 24 saatlik idrarda sodyum atılımı çalışmasını ulusal düzeyde gerçekleştiren birkaç ülkeden biridir. 2012'de tekrar edilen çalışmada tüketimin %16'lık bir düşüşle günde 15 grama gerilediği görülmüştür. Ayrıca, 100 g ekmekteki tuz miktarının 1.5 grama düşürülmesine ilişkin bir düzenleme bulunduğu ve hükümetin bu miktarı 1.25 grama düşürmeyi düşündüğü kaydedilmiştir. Bunun yanısıra, bu düzenlemenin ekmek dışında pastırma, kurutulmuş kırmızı biber, domates salçası ve peyniri de kapsaması olumlu bir gelişmedir (bkz. **Kutu 4**). Türkiye 2011-2015 döneminde aşırı tuz tüketimin azaltılmasına yönelik bir program ve eylem planı geliştirmiştir. Bu program ve eylem planında şunlara odaklanılmaktadır: kısa ve uzun vadeli tuz alımının azaltılması için hedeflerin belirlenmesi; aşırı tuz alımını kontrol etmeye ve azaltmaya yönelik eylemlerin belirlenmesi; tuz tüketimiyle ilgili farkındalık ve eğitim çalışmaları yürütülmesi; aşırı tuz tüketiminin azaltılması programı çerçevesindeki bütün faaliyetler için bir izleme ve değerlendirme sistemi geliştirilmesi. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının ana unsurlarından olan kamuoyuna örnek olma çabaları çerçevesinde kamu kurumlarının kafeteryalarından ve yemekhanelerinden tuzluklar kaldırılmıştır (27714 sayılı ve 29.09.2014 tarihli Resmi Gazete Yayımlanan Genelge).

**Kutu 4. Türkiye'de 2010 yılından bu yana tuz tüketiminin azaltılması - bildirilen değişiklikler:**

* Türk Gıda Kodeksi Ekmek ve Ekmek Çeşitleri Tebliği (2012) uyarınca ekmekteki tuz oranı %25 azaltılmıştır. 100 g kuru malzemedeki tuz miktarı 2 gramdan 1.5 grama düşürülmüştür.
* Pastırmadaki tuz oranı 100 g kuru malzemede 8.5 gramdan 7 grama düşürülmüştür (Türk Gıda Kodeksi Et ve Et Ürünleri Tebliği, 2012)
* Kırmızı biberdeki tuz oranı %22 azaltılmıştır (Türk Gıda Kodeksi Baharat Tebliği, 2013). 100 g kuru malzemedeki tuz miktarı 9 gramdan 7 grama düşürülmüştür.
* Domates salçasındaki tuz miktarı %64 azaltılmıştır (Türk Gıda Kodeksi Salça ve Püre Tebliği, 2014). 100 g kuru malzemedeki tuz miktarı 14 gramdan 5 grama düşürülmüştür.
* Zeytindeki tuz oranı %50 azaltılmıştır (Türk Gıda Kodeksi Sofralık Zeytin Tebliği, 2014). Maksimum düzey %8 ile sınırlandırılmıştır.
* Peynirdeki tuz oranı Türk Gıda Kodeksi uyarınca %35-61 azaltılmıştır.
* 2015 tarihli Türk Gıda Kodeksi Peynir Tebliğinde farklı peynir türlerine bağlı olarak 100 gram kuru maddedeki maksimum tuz miktarının 3-7.5 g olması öngörülmektedir. Türk Gıda Kodeksi Tuz Tebliği uyarınca (2013) tuz paketlerinin üzerinde "Tuzu Azaltın sağlığınızı Koruyun" ibaresi zorunludur.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Türkiye'nin bu alandaki ilerlemeyi daha da ileriye götürmek adına en yüksek siyasi düzeyde desteklenen tam kapsamlı bir tuz azaltma stratejisi geliştirip uygulaması önerilmektedir. Önceki plan 2015 yılında sona erdiği için, bu stratejide şu hususların öngörüldüğü bir yeni eylem/uygulama planına yer verilmelidir: nüfus genelinde tuz alımının ve gıdalardaki tuz miktarıyla ilgili bilgi düzeyinin rutin sürveyansı; öncelikli ürün kategorilerinde tuz miktarının tedricen Türkiye'de yurtdışındaki iyi uygulamalar ışığında azaltılmasına yönelik ürün reformülasyonu konusunda endüstri ile çalışılması (özel sektör mevzuat yoluyla veya Sağlık Bakanlığının resmi katılım süreci başlatmasıyla dahil edilebilir); (ayrı değil) tek bir konsolide mevzuat ile spesifik ürün kategorilerinde maksimum tuz sınırlarını sürekli azaltarak nihayetinde ekmekteki tuz oranının 100 gram kuru madde 1 grama düşürülmesi; etiketleme ve bildirim mevzuatının uyumlu hale getirilmesi (örn. ambalaj üstü etiketleme amaçlara uygun görünürken, yüksek tuz içerikli gıdalarda bildirim yasaktır); evde yemek pişirirken tüketicilerin iradi olarak yemeklerine koydukları tuzun yanısıra işlenmiş gıdalardaki "gizli tuz" da dahil tuz ve sağlık konularında eğitim ve farkındalık faaliyetleri; planın izlenmesi ve değerlendirilmesi için süreç göstergeleri yerine giderek etki göstergeleri kullanılması. Önceki planda gıda ürünlerinde tuz miktarının azaltılmasındansa farkındalık faaliyetlerine vurgu yapılmıştır. Sağlıklı seçimlerin yapılmasını kolaylaştıran bir ortam önemlidir ve uzun vadede sürdürülebilir değişimin tesis edilmesini sağlar. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, maksimum muhtemel etkinin sağlanması adına ekmekten başlayarak diğer ürün kategorileri için hedef belirleme konusunda destek verebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen danışmanlık hizmetlerine tuz azaltımı ile ilgili net tavsiyelerin dahil edilmesi tavsiye edilmektedir. Ünlü aşçılar, siyasetçiler ve diğer tanımış kimseler başta olmak üzere kilit kanaat önderlerinin katılımıyla eğitim girişimleri de etki doğurabilir.

*Diğer:* Güçlendirilmiş eylemin desteklenmesi adına, Türkiye'nin 24 saatlik idrarda sodyum atılımı metodolojisini kullanmaya devam etmesi ve bütün gıdaların tuz içeriğinin izlenmesini sağlaması gereklidir. Gıda endüstrisinden kilit bilgi kaynakları tuzun en fazla tüketiciler tarafından gıdalara eklendiğini, dolayısıyla bunun endüstri meselesi olmaktansa toplumsal bilinç ve eğitim meselesi olduğunu kaydetmişlerdir (paylaşılan rakamlara göre tuz tüketiminin %30'u ekmek, %13'ü işlenmiş gıda ve %57'si evde eklenen tuz kaynaklıdır). Ancak, et endüstrisi işlenmiş et ürünlerindeki tuz miktarını başarılı biçimde %16 azaltırken tat değişikliği dışında satışlarda bir değişiklik olmadığını bildirmiştir. Yaygın bulunan ve tüketilen gıdaların besin değeri bileşenleriyle ilgili daha iyi verilerin bulunması bu konuda eylemi gerekçe bakımından daha da güçlendirecektir.

* + 1. **Trans ve doymuş yağlar ve şeker azaltma girişimleri (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında ele alınmamakta, kısmen Bölüm B.4'te değinilmektedir)**

*Durum:* Trans yağların gıdalardan çıkarıldığı bildirilmiştir; bu doğru yönde bir adımdır. Sağlık ve Tarım Bakanlıkları, Tarım Bakanlığının trans yağları yasaklama düşüncesinin olduğunu ve trans yağlı asit (TFA) etiketlemesi ile "TFA içermez" ibaresi getirilmesinin planlandığını kaydetmişlerdir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Trans yağların kaldırıldığına ilişkin ifadelere karşın, değerlendirme ekibi (muhteva listelerine bakarak) bazı gıdalarda TFA bulunduğunu görmüştür. Bu nedenle, Türkiye'deki durumu anlayabilmek için bir gıda analizinin yapılması öncelikli bir meseledir. Bu analiz en maliyet etkin yöntem olup eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır (20). TFA'nın kaldırılmasının istenmedik bir sonucu, pek çok gıdada trans yağlar yerine palmiye yağının kullanılmaya başlamasıdır ki palmiye yağı muhtemelen trans yağ asitlerini ikame edecek en kötü alternatiftir. Türkiye, trans yağ ikamesi esnasında ürün formülasyonlarında en iyi yağ profili elde edilmesini temin etmelidir. Doymuş yağ asitlerinin (örn. palmiye yağı ile) ikame edilmesi başka ülkelerin de yaşadığı ikincil bir kaygıdır (palmiye yağı, TFA'dan daha az zararlıdır fakat kalp-damar hastalığı riskine yol açmaktadır); ancak, kıvam ve doku bakımından gerekli özelliklere sahip daha sağlıklı ve makul maliyetli alternatifler mevcuttur. Hükümetin gıda işletmecilerini mümkün hallerde tekli doymamış yağ asitleri (MUFA) ve çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA) kullanmaya teşvik etmesi tavsiye edilmektedir. Türkiye Akdeniz havzasında bulunduğu için, zeytin yağının gıda sektöründe bu denli az kullanılması pek olağan değildir. Gıda arzının özellikle trans yağlar bakımından terkibinin daha iyi izlenmesi aciliyet arz eden bir konudur.

İlave bir nokta olarak, Sağlık Bakanlığı (Bilimsel Komiteleri aracılığıyla), Milli Eğitim Bakanlığı ve Tarım Bakanlığı işbirliği içerisinde okul gıda programı kapsamında verilen sütlerin düşük yağlı (%3.5' düşük) sütlerle değiştirmelidirler. Tam yağlı sür dağıtma kararının Bilimsel Komitenin tavsiyesiyle alındığı kaydedilmiştir. Bu kararın gözden geçirilmesi şiddetle tavsiye edilmektedir.

Erken dönem ve çocukluk dönemi beslenmesi ile ilgili diğer bir eylem alanı da bebek ve küçük çocuk mama ve gıdalarına yasal şeker sınırları getirilmesidir. Halihazırda küçük çocuk gıdalarında 100 gramda 30 grama kadar şeker bulunabilmektedir (26,27). Bu amaçla, bu yaş grubu için azami şeker ve sodyum sınırlarının belirlendiği bir mevzuat çıkarılabilir (örn. Türk Ulusal Gıda Kodeksi Kurulu tarafından çıkarılabilir). AB de benzer mülahazalarla mevcut sınırları daha da sıkılaştırmayı düşünmektedir (28). Ayrıca tuz, yağ ve şeker oranı yüksek gıdaların (ebeveynlere) pazarlamasına kısıtlama getirilebilir (29).

*Diğer:* Diğer olumlu bir gelişme de Türkiye'nin meyve sularına şeker ilave edilmesini kısıtlayan bir düzenleme yapmış olmasıdır. Bu gelişmeyle ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Tuzun azaltılmasında olduğu gibi, gıda endüstrisinden kilit bilgi kaynakları Türkiye'de şeker tüketiminin obeziteye katkıda bulunmadığını ve alkolsüz içecek tüketiminin düşük olduğunu iddia etmişlerdir. Bu bilgi kaynakları şeker tüketimi profilini bilmediklerini dile getirseler de (daha çok çayla birlikte tüketildiği iddia edilmektedir), şeker azaltılmasına ilişkin tedbirlerin büyük bir katkı yapacağına inanmadıklarını kaydetmişlerdir. Ayrıca, bu bilgi kaynakları gıda endüstrisinin TFA konusunda çalışma konusunda istekli olduğunu, fakat bu sorunun uzun zaman önce çözüldüğünü düşündüklerini, artık piyasada TFA bulunmadığını (buna karşılık, bazı endüstriyel muhtevada hala TFA bulunabileceğini) kaydetmişlerdir.

* + 1. **Anne sütü teşvik ve koruma politikaları**

 **ve**

* + 1. **Erken dönem beslenme (anne beslenmesi dahil) (Bölüm A.3 ve B1.)**

*Durum:* Türkiye'de bebek dostu belgesine sahip hastane sayısı 1150'dir (bütün hastanelerin %97.5'i) ve kadınların yaklaşık %97'si bu hastanelerde doğum yapmaktadır. Türkiye'de anne sütü başlama oranları yüksektir (çocukların %96'sı belirli bir süre anne sürü almaktadır). 2013 Nüfus ve Sağlık Araştırmasının sonuçlarına göre, bebeklerin %58'i yaşamlarının ilk iki ayınca yalnızca anne sütüyle beslenmektedir. Bu oran çocuğun büyümesiyle birlikte hızla düşmekte, 4-5 aylık bebeklerde %10'a inmektedir (8). Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) doğum öncesi bakım kapsamında uygulanan gebe bilgilendirme sınıfları olumlu bir uygulamadır; bu çalışma desteklenmekte, beslenme ve fiziksel aktivite konularına ağırlık verilmektedir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Mevcut mevzuatın kapsamı genişletilip güçlendirilerek mevcut ortama uygun hale getirilmesi sağlanmalı ve Uluslararası Anne Sütü İkameleri Koduna uyumun izlenmesi gereklidir. Ayrıca, gıda endüstrisinin anne sütünün çocukların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olduğu yönündeki söylemlerine güçlü şekilde karşı çıkılmalıdır. Uyumla ilgili en son durum raporu, Türkiye'de kanunda Uluslararası Koda uyum konusunda birkaç hüküm bulunduğunu göstermektedir (29,30). Ambalajlar üzerinde düzgün etiketleme ve anne sütünün üstünlüğü konusunda düzgün bilgilendirme gereklerine uyumun sağlanması ve sağlık çalışanlarınca veya sağlık kuruluşlarında anne sütü ikamelerinin uygunsuz biçimde pazarlanmasının ve tanıtılmasının önlenmesi için çaba sarf edilmelidir. Bunun dışında, DSÖ'nün kullanılmasını gereksiz addettiği devam formüllerinin ve "büyüme sütü" denen ürünlerin agresif biçimde pazarlanması sorunu da mevzuat kapsamında ele alınmalıdır. Bu ürünler anne sütü ikamelerine yönelik bir çapraz pazarlama etkisi doğurabilir ve anneleri 6 ay dolmadan uygulama değiştirmeye teşvik etmek suretiyle ilk 6 ay yalnızca anne sütü uygulamasını baltalayabilir. Takip formüllerinin anne sütünü kısmen veya tamamen ikame edecek ürünler gibi tanıtıldığı hallerde bu ürünler Kod kapsamına girmektedir (31). Bunlar, Uluslararası Kodun uygulanmasına dönük ulusal mevzuat kapsamına alınmalıdır. İlk 6 ay yalnızca anne sütü verme konusunda annelerin motivasyonunu devam ettirmek için bilgilendirme ve farkındalık yaratmanın ötesinde stratejiler gereklidir ve bu konuda farklı eğitim ve sosyokültürel düzeylerine sahip annelerin ihtiyaç ve motivasyonlarına hitap edilmelidir (bkz. aşağıdaki veriler). Bilgilendirme dışında anne sütünü desteklemek için birinci basamaktaki hekimlerin, hemşirelerin, ebelerin ve diyetisyenlerin bu çalışmalara dahil edilmesi buna uygun biçimde eğitilmesi gereklidir.

Ayrıca, anne sütü konusunda farklı sosyal katmanlara (eğitim ve gelir bakımından) hitap edilmesi için daha güçlü eylem gereklidir. Sözgelimi, doğumdan sonraki ilk saat içerisinde anne sütüne başlama oranı eğitimsiz veya ilkokuldan terk anneler arasında %40, lise veya yüksek öğrenim mezunu anneler arasında ise %54'tür. Benzer şekilde, doğumdan sonraki ilk saat içerisinde anne sütüne başlama oranı en düşük gelir diliminde bulunan anneler arasında %41, en yüksek gelir dilimindeki anneler arasında ise %54'tür (8). Bununla bağlantılı olarak, gebe bilgilendirme sınıfları uygulamasının ve kapsamı ile ilgili olarak hangi kadınların devam ettiği ve hangi sosyoekonomik arkaplanlara sahip oldukları da dahil olmak üzere bilgiye ihtiyaç vardır. Doğum öncesi bakım alan kadınlar arasında kırsal-kentsel yerleşim, eğitim ve gelir düzeyi açısından farklılıklar bulunduğu için (örneğin, kentsel bölgelerde yaşayan kadınlar DÖB için sağlık kuruluşlarına daha sık DÖB gitmektedir), gebe bilgilendirme sınıflarının en fazla fayda görecek fakat en az katılım gösteren kadınlar için düzenlenmesine özel önem verilmelidir. Ayrıca, gebe bilgilendirme sınıflarında kullanılan materyaller güncel ve bilimsel kanıtlara uygun olmalı ve farklı medyalar/ortamlar kullanılarak aktarılmalıdır. Birinci basamakta gebelik diyabeti için sistematik tarama uygulaması başlatılıp olumlu teşviklerle desteklenebilir: bu taramalarda gebelikte kilo alma ve beslenme, gebelik diyabeti ve gebelik esnasında ve sonrasında obezite konusunda net rehberler bulunmalıdır.

*Diğer:* İlk 6 ay yalnızca anne sütü uygulaması ile ilgili bildirilen sorunlardan biri de, bebek formülü firmalarının bu uygulamaya aykırı reklam yasağını delmenin ve emziren anneleri hedef almanın bir yolunu bulmuş olmalarıdır. Firmalar, anneleri bebeklerinin sütlerinin yetmediği yeterli süt alamadığı yönünde kaygılandırmakta ve bu kaygıyı kendileri için avantaj haline getirmektedirler. Bu yönteme Türkiye'deki bazı firmalarca yaygın biçimde başvurulmaktadır; bu uygulama tümüyle yasaklanmalıdır. Çalışma ve emzirme konusunda, her kadının günde 1.5 saat emzirme izni vardır. Ayrıca, anne isterse işinden 2.5 yıla kadar izin alabilmekte ve işini kaybetmemektedir. Ücretli analık izni 6 aydır.

* + 1. **Gıda ve içecek pazarlamasına ilişkin kısıtlamalar (Bölüm B.5)**

*Durum:* 2011 yılında çocuklara yönelik gıda pazarlanmasına ilişkin bir maddesi de bulunan bir yayın hizmetleri yönetmeliği çıkarılmıştır (RG No: 28103, Kasım 2011). Bu mevzuatla, genel diyetlerde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen trans yağ, tuz/sodyum ve şeker gibi muhtevaya sahip gıda ürünlerinin ve içeceklerin çocuklara yönelik pazarlanması özellikle yasaklanmıştır. Ancak, yüksek yağ, tuz ve şeker oranına sahip gıdalara ilişkin besin değeri kriterleri henüz tanımlanmadığı için bu düzenlemenin tam uygulanması mümkün olmamıştır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığının yayıncılık kurumu ile işbirliği içerisinde yönetmeliğin uygulanmasını desteklemek adına DSÖ Avrupa Bölgesinin (biraz adapte edilmiş) Besin Ögesi Profili Modelini (NPM) kullanma konusunda çalışma yürütüyor olması son derece münasiptir. Bu sayede pazarlanması kısıtlanacak gıdaların listesi daha açık hale gelecektir. Yayıncılık mercii [RTÜK], bu konudaki şikayetleri aktif biçimde izlediklerini kaydetmiştir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Pazarlama kısıtlamaları, bütün farklı medyaları içerecek biçimde genişletilmek ve (çocukların da internete bağlanmak için farklı cihazları giderek daha fazla kullandıkları gerçeği gözetilerek) pazarlama faaliyetlerinin (TV, internet) gibi farklı platformlara entegre edilmekte olduğu gerçeğini yansıtacak biçimde iyileştirilmelidir. Bu sayede, medya ve pazarlama iletişimi çalışmalarını teknolojiden bağımsız biçimde düzenleme (yani, aynı koruyucu hükümlerin çevrim içi ve çevrim dışı geçerli olması) yönündeki uluslararası çalışmalarla uyum sağlanmış olacaktır. Bu tür bir girişim yalnızca yayın mercileri tarafından değil, haberleşme Yüksek Kurulu gibi her türlü iletişimden sorumlu bir merci tarafından takip edilebilir. Ayrıca, çocuklar ve çocuklara ilişkin programlamaların bütün mevzuatta net ve iyi biçimde tanımlanması sağlanmalıdır. Buna Radyo ve Televizyon Üst Kurulu tarafından gelecekte çıkarılacak uygulama kuralları da dahildir. Örneğin, Yönetmelik kapsamına giren çocukların yaş grubu ve pazarlama faaliyetlerin çocukları nasıl "hedeflediği" veya çocuklar için "çekici hale getirildiği" tanımlanmaktadır. Çocuklara gıda pazarlamasını izlemek için spesifik bir mekanizma kurulması gerekmektedir. Türkiye'nin pazarlama kısıtlamalarına ilişkin uyum ve eylem için başka izleme metodolojileri geliştirmesi önerilmektedir.

*Diğer:* Kilit bilgi kaynaklarının ifadelerine göre, Üst Kurul Sağlık Bakanlığı ile birlikte gıda pazarlamasına ilişkin mevcut mevzuatı incelemiş ve karar mercii olan Üst Kurul için gıda konuları da dahil birtakım öneriler geliştirilmiştir: (yetişkinlere dahi) pazarlanması yasaklanacak gıdalar, çocuklara yönelik pazarlaması kısıtlanacak gıdalar (nasıl tanımlanacağı belirlenecektir) ve pazarlanmasına izin verilebilecek gıdalar. DSÖ Avrupa Bölgesi modelinden yapılan adaptasyonlar, mandıra ürünlerinin tam yağlı olmasını sağlama şeklinde olmuş görünmektedir.

* + 1. **Mali önlemler (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında ele alınmamıştır)**

*Durum:* Sağlık Bakanlığının ve Tarım Bakanlığının yüksek yağ, tuz ve şeker içeriğine sahip (HFSS) gıdalara ek vergi getirme fikrine açık olmaları olumludur.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Sağlık ve Tarım bakanlıkları yüksek yağ, tuz ve şeker içeriğine sahip gıdalara vergi uygulama konusunda daha da geliştirebilir ve şu ana kadarki deneyimler ile Macaristan, Danimarka ve Fransa gibi ülkelerin iyi deneyimleri ve edindikleri dersler ışığında bir teklif halinde Maliye Bakanlığına sunabilirler (14). Bu yaklaşımda a) çocukluk çağı obezitesi, b) nüfus genelinde sağlıklı yeme konusundaki eşitsizlikleri azaltmada fiyat gibi sorunun özüne yönelik müdahalelerin daha etkili olması ile ilgili kanıtlar ışığında ilk olarak şekerle tatlandırılmış içeceklere ek vergi getirilmesi üzerine yoğunlaşılabilir. Sağlıklı yeme müdahalelerinde sosyoekonomik eşitsizliklerin etkisine yönelik daha yakın zamandaki sistematik bir inceleme çalışmasına göre, "fiyat" müdahalelerinin en fazla sosyoekonomik durumu düşük olan gruplar üzerinde etkili olduğu ve eşitsizlikleri azaltmada daha büyük bir potansiyele sahip olduğu görülmektedir. Vergi ve teşviklerin bir arada kullanıldığı bütün müdahaleler eşitsizlikleri tutarlı biçimde azaltmaktadır. Sağlıklı yeme alışkanlıklarına yönelik fiyat politikaları yakın döneme kadar ülkeler tarafından yaygın kabul görmemiştir ve buna yönelik teklifler sıklıkla kilit paydaşlardan ciddi direnç görmüştür. Ancak, son yıllarda Bölge dahilindeki pek çok ülke tüketicilerin satın alma ve diyet alım davranışlarını etkilemeye dönük fiyat politikaları uygulamaya başlamıştır (14). Ayrıca, Macaristan'ın yanısıra diğer Avrupa ülkeleri ve Meksika'nın fiyat politikası uygulama deneyimleri, politika yapıcılar ve halk nezdinde mali tedbirlerin daha fazla kabullenilmesi konusunda bazı dersler sağlamaktadır (14,15).

Ücretsiz sebze, meyve ve diğer gıdaların sağlanması da mühim bir tamamlayıcı unsurdur. AB Programına yönelik 2012 yılında yapılan bir değerlendirme, program sayesinde çocukların toplam sebze ve meyve tüketiminin kısa vadede arttığını göstermiştir. Kilit başarı faktörleri arasında çocukların ilgisini çekecek bol sebze veya meyve çeşidinin bulunması ve haftada üç defa ücretsiz meyve ve sebze dağıtılması sayılabilir (14). Türkiye'deki mevcut okul gıda programlarının çerez dışında sebze ve meyveyi kapsayacak şekilde genişletilmesi düşünülebilir.

*Diğer:* DSÖ Avrupa Bölgesi Üye Devletleri, obezite ile mücadele ve diyetle ilgili BOH'ların önlenmesi amacı çerçevesinde Viyana Bildirgesi ve Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2010-2015 konusunda taahhütte bulunmuşlardır. Bu belgelerde diyet (beslenme) ile ilgili hastalık yükü ile baş etmenin, obezitenin gıda fiyatları gibi daha yapısal ve geniş belirleyicilerini ele almak gibi bir dizi gıda politikası müdahalesinden geçtiği gerçeği kabul edilmektedir. Bu nedenle, gıda fiyatlarının makul düzeylere çekilmesi ve ve farklı gıdaların satın alınmasına yönelik teşvikler kilit bir politika aracı olarak görülmektedir (14). Mali tedbirler giderek sağlıklı beslenme, diyet ve fiziksel aktiviteyi teşvik edici dengeli eylemlerin önemli bir parçası haline gelmektedir. Görüldüğü üzere, nüfusun daha geniş kesimleri için yapısal etkenlere yönelik fiyat veya politika müdahaleleri potansiyel olarak daha etkilidir, çünkü bu müdahalelerle nüfusun geniş kesimlerine ulaşılabilmekte ve kişisel/bireysel müdahalelere nazaran eşitsizliklerin daha da derinleşmesinin önü alınmaktadır (32).

* + 1. **Sağlıklı gıdanın erişilebilirliği (maliyet, kaliteli ürün bulunduran mağazalara erişim) (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında ele alınmamıştır)**

*Durum:* Türkiye büyük bir sebze, meyve ve çerez üreticisidir. Ziyaret edilen bazı kuruluşlarda / illerde ev bahçesi yapmak için arazi erişiminin sorun olmadığı ifade edilmiştir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Türkiye'nin bazı bölgelerinde veya spesifik nüfus grupları için sağlıklı gıdalara erişim sorunları bulunup bulunmadığının tespit edilmesi önemlidir. Ülkeyi temsil kabiliyetine sahip bir il ve ilçe örnekleminde sağlıklı gıda kaynaklarına erişim haritasının çıkarılacağı ve sağlıklı gıdaların (mutlak ve göreli) maliyetlerinin tespit edileceği bir gıda erişilebilirliği araştırması yapılabilir.

*Diğer:* DSÖ Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015-2020'de besleyici bir diyet benimsenmesine yönelik belirleyicilerin gıda ve beslenme güvenliği (sürdürülebilir ve yeterli arz; hijyenik ve tutarlı kalite; yaygın sunulabilirlik, makul fiyat ve erişilebilirlik) ve tüketici seçimi ve tüketim örüntüleri olduğu kabul edilmektedir. Gıda sunulabilirliği uygun görülmekle birlikte, ülke genelinde farklı nüfus gruplarının sosyoekonomik durumlarına ve yerleşim bölgelerine göre sağlıklı gıda erişilebilirliği konusunda fazla bir bilgi yoktur. Sağlıklı gıdalara erişim ile ilgili olarak maliyet, sağlıklı gıda tedarikçilerinin konut bölgelerine ve diğer gıda tedarikçilerine göre lokasyonu, sağlıklı gıdaların kalitesi (tazelik, görünüm vb.) gibi faktörlerin nazara alınması gereklidir. Bu anlamda, bölgeler/iller ile farklı sosyal gruplar (örn. farklı gelir dilimleri) arasındaki farklılıklara da bakılmalıdır. Sözgelimi, 2013 yılı itibariyle hane başına aylık gıda ve alkolsüz içecek harcamasının hanenin aylık gelirine oranı kentsel bölgelerde %17.8, kırsal bölgelerde ise %27.2 idi. Kentsel ve kırsal bölgelerde en düşük ve en yüksek gelir dilimindeki gruplar arasında da farklılıklar mevcuttur: örneğin, 2013 yılında kentsel bölgelerde birinci (en düşük) gelir dilimindeki hanelerin aylık gıda ve alkolsüz içecek harcamalarının aylık hane gelirine oranı %24.6 iken bu oran kentsel bölgelerde beşinci (en yüksek) gelir dilimindeki hanelerde %13,2'dir (33).

* + 1. **Fiziksel aktivite rehberi ve FA politikası (Bölüm A.3)**

*Durum:* Türkiye'de Fiziksel Aktivite (FA) rehberi mevcuttur ve 2016 yılında revize edilecektir. Rehber Türkiye'de FA ile ilgili toplum farkındalığı oluşturmak, bu alanda çalışan uzmanlara rehberlik etmek ve genelde fiziksel aktivite düzeylerini artırmak amacıyla tasarlanmıştır. Rehberde farklı yaş grupları için fiziksel aktivite üzerine odaklanılmakla birlikte işitsel, görsel, fiziksel veya zihinsel engelli bireyler için fiziksel aktivite konuları da ele alınmaktadır. Mevcut Spor politikasının farklı bileşenlerinin uygulanmasından Sağlık, Milli Eğitim ve Çevre bakanlıkları sorumludur.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Fizik aktivite rehberinin 2016 yılında revizyonu bağlamında, genel nüfusun yanısıra sağlık ve fiziksel aktivite profesyonelleri için farklı yelpazede materyaller geliştirilmesi ve bu sayede gerekli hallerde daha teknik bilgilerin aktarılmasının sağlanması önerilmektedir. İçerik bakımından: Haftada 150 dakika sağlığı geliştirici fiziksel aktivite (SGFA, HEPA),yani farklı yaş grupları, erkekler, kadınlar ve sağlık düzeyi farklı bireyler için sağlığı geliştirici etki elde edebilmek için gerekli fiziksel aktivite yoğunluğu ile ilgili daha spesifik rehberlik gereklidir. Sözgelimi, genel nüfusa yönelik materyallerde yapılan fiziksel aktivitenin yeterli olduğunun emareleri (örn. hafif nefessiz kalma, özellikle kadınlar ve hem toplum içinde hem bakımevlerinde yaşayan yaşlılar için kuvvet egzersizi vb.) vurgulanabilir. Rehberin bu kısmının daha detaylandırılması gereklidir. Rehberin bütününde ise spordan ziyade SGFA'ya vurgu yapılmalıdır. Bu, özellikle fiziksel aktiviteyi teşvik edici ve insanları eğitici materyaller için önemlidir. Rehberde birinci basamakta hangi profesyonel(ler)in fiziksel aktivite konusunda esas sorumluluğa sahip olduğunun netleştirilmesi de yararlı olacaktır. Revize rehberin uygulanmasını sağlamak için: Sağlık Bakanlığının ilgili personeli de dahil bütün paydaşların sağlığı geliştirici fiziksel aktivite (SGFA) konusunda yeterince eğitilmesi gereklidir. Ayrıca, farklı hedef gruplar için bir dizi materyal ve aracın geliştirilmesi, dağıtılması/ duyurulması, uygulanması ve izlenmesi önerilmektedir.

Gençlik ve Spor Bakanlığı 2011 yılında kurulmuş olup gençlikten sorumlu merkezi hükümet merciidir. Bakanlık örgün eğitimde bütün gençlik hizmetlerini planlamakta, uygulamakta ve izlemektedir. Bakanlık gençlik merkezleri ve kampları, yıllık gençlik haftası faaliyetlerinin yanısıra gençlerle ilgili araştırmalar yürütmekte ve gençlerin sosyal yaşamın bütün alanlarına katılımını sağlamaya yönelik mekanizmalar geliştirmektedir (bkz. **Kutu 5**). Ulusal gençlik ve spor politika belgesinde sporun tanımı şu şekildedir: “beden ve ruh sağlığını geliştirmek, sosyal ilişkiler kurmak, eğlenmek, iyi vakit geçirmek veya bir müsabakayı kazanmak amacıyla yapılan organize veya plansız her türlü fiziksel aktivite.” Sağlık, Milli Eğitim ve Çevre Bakanlıkları bu politika belgesinin uygulanmasına katkıda bulunan kurumlardır. Bu konudaki işbirliğine okul beden eğitimi öğretmenlerinin eğitimi ve okul sporlarının teşviki örnek verilebilir. Hükümet kurumlarından yararlanmak ücretsizdir.

**Kutu 5. Gençlik kampları ve gençlik merkezleri**

Gençlik ve Spor Bakanlığının iki programı mevcuttur ve ikisi de ücretsizdir: gençlik kampları (bildirilen katılımcı sayısı 56,000 olup uzun vadede 80,000'e çıkarılması amaçlanmaktadır) ve gençlik merkezleri (mevcut rakam 220'dir ve 1 milyon gence ulaşılması hedeflenmektedir). Spor faaliyetleri gençlik kamplarının bir parçasıdır. Spor tesisleri gençlik merkezlerinin bir parçası olarak geliştirilmektedir ve bununla BOH ve fiziksel aktivite farkındalığının artırılması hedeflenmektedir. Katılımda cinsiyet dağılımının yaklaşık 50:50 olduğu kaydedilmiştir. Gençlerin %25'i düşük gelirli gruplardan gelmekte, engelli veya suç geçmişi olan gençlere kontenjan ayrılmaktadır. Pozitif ayrımcılık uygulanan diğer gruplar gazi çocukları ve üstün başarı sergileyen öğrencilerdir. Kamplarda ve gençlik merkezlerinde Sağlık Bakanlığının beslenme rehberlerine kati surette uyulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ile Gençlik ve Spor Bakanlığı arasındaki mevcut işbirliği, spor kampları ve toplum merkezleri vasıtasıyla başta gençler olmak üzere nüfusun genelinde fiziksel aktivite düzeylerini artırmak için iyi bir temel teşkil etmektedir. Ancak, önceden ifade edildiği üzere, SGFA eylemlerinin spor faaliyetlerinin ötesinde her türlü fiziksel aktiviteyi ve bütün nüfus gruplarını kapsayacak biçimde genişletilmesi gereklidir. Bu kapsamda spor dışında bir dizi SGFA faaliyetini teşvik edici programları desteklemek için spor federasyonlarıyla birlikte çalışılması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı uygulamanın yanısıra kapsamı, sağlık davranışı ve maliyet etkinlik de dahil bildirilen sağlık etkilerini değerlendirmek amacıyla bisiklet ve adımölçer dağıtımının değerlendirmesini gerçekleştirmelidir.

* + 1. **Fiziksel aktivitenin ve aktif seyahatin teşviki**

 **ve**

* + 1. **Yapılı çevrede bisiklet sürme ve yürüme imkanları (Bölüm B.6)**

*Durum:* Bisiklet dağıtım programı (önümüzdeki 3 yıl içerisinde 1 milyon bisiklet dağıtılacaktır) ve bununla bağlantılı bisiklet yolu geliştirme programı, çevrenin aktif ulaşım açısından değiştirilmesi ve fiziksel aktivite kültürünün oluşturulması konusunda farkındalık yaratılması ve konunun vurgulanması adına olumludur. Bu programın Aktif Kampüs uygulaması ile okullardan üniversitelere yaygınlaştırılması da olumludur. Bu program, küresel planda ilk örnekler arasındadır. Muhtemelen bu alanda dünyadaki ilk programdır.

 

*Daha fazlası/daha iyisi:* Bisiklet dağıtım programının bütün yaş grupları için olumlu ve yaralanmaların artması gibi olumsuz sonuçlar da dahil bütün etkileri bakımından ve belirlenen amaçlar, beklenen sonuçlar ve programın kanıt zemini bağlamında değerlendirilmesi gereklidir. Türkiye de Boston Bisiklet programı gibi diğer bisiklet dağıtım programlarında olduğu gibi yıllık raporlama başlatabilir. Boston programının yıllık raporlarında (bkz. [2012](https://drive.google.com/file/d/0B5pdqTMhDgHPYkdiZ0hvUUR6djA/view?pref=2&pli=1) ve [2014](http://www.cityofboston.gov/images_documents/2013%20ReportFinal_tcm3-44028.pdf) raporları) kaydedilen başarılar ve gelecek adımlar yer almaktadır. Bunun yanısıra, kırsal Zambiya'da eğitimin bisikletle güçlendirilmesi programının 2011 raporuna da müracaat edilebilir. Bisiklet dağıtım programı önemli bir girişim olmakla birlikte, kış mevsiminde yollar buzlandığında bisiklet kullanımının azaldığı bildirilmiştir; bu nedenle, yapılı çevrenin bisiklet dışında da aktif ulaşımı teşvik edecek biçimde iyileştirilmesi ve bu çalışmaların hızlandırılması gereklidir. Bu bağlamda aktif ulaşımı etkileyen diğer sorunlar da ele alınmalıdır: toplu taşıma imkanlarının *bulunması ve erişilebilirliği* (ücret, hareket saatleri tabloları, güzergahlar, emniyet, kadın ulaşım personelinin sayısının artırılması), yapılı çevrenin *fiziksel erişilebilirliği* (örn. yürüyüş yollarının düzgün/eşit orantılı yapılması, yaya geçişlerinin muntazam olması), toplu taşıma araçlarının iyileştirilmesi (örn. otobüslerde tekerlekli sandalye erişimi), toplu taşıma istasyonlarının / duraklarının bu ihtiyaçlara göre düzenlenmesi (örn. tren istasyonlarındaki merdivenler, pusetli annelere güçlük yaşatmaktadır); işyerlerine, duraklara, kamusal alanlara, eve gidip gelirken emniyetli yürüme yolları; alt geçitlerin iyi aydınlatılması, temiz ve emniyetli hale getirilmesi.

*Diğer:* Göründüğü kadarıyla dünya genelinde çeşitli bisiklet dağıtım programları uygulanmaktadır. Dolayısıyla, Türkiye'nin bu programların izleme ve değerlendirme raporlarını incelemesi, özellikle beklenmedik olumlu ve olumsuz sağlık etkileri ile ilgili edinilen kilit dersleri belirlemesi yararlı olabilir.

* + 1. **Okullarda beden eğitimi dersleri (ve tesisleri) (Bölüm B.2 ve B.6)**

*Durum:* İlköğretim çağında haftalık 5 saat ve ayrıca ilave seçmeli (müfredat dışı) iki saat beden eğitimi dersi bulunmaktadır. Bütün gençler için gençlik merkezi ve kampı sistemi de gençler arasında fiziksel aktiviteyi geliştirmek için önemli bir girişimdir (bkz. Bölüm 3.2.12). E-okul sistemi kapsamında geliştirilen karne sisteminde beden eğitimi öğretmenleri her öğretim yılının başında ve sonunda öğrencilerin BKİ değerlerini kaydetmekte, veliler bu sayede çocuklarının fiziksel aktivite düzeylerini izleyebilmektedir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Ortaokullarda ve liselerde iki saat olan haftalık beden eğitimi ders süresi artırılmalı, ilave seçmeli iki saat daha konmalıdır. Adolesan çağı kızların ve erkeklerin fiziksel aktivite düzeylerinin önemli ölçüde azaldığı bir dönemdir. **Şekil 2**'de görüldüğü üzere, 11-15 yaş grubundaki çocuklarda bildirilen en aza 1 saat orta-yoğun düzeyde fiziksel aktivite (MVPA) kızlarda daha erken dönemde düşük göstermeye başlamaktadır. Bu düşüş kızlarda erkeklere nazaran daha sert olmaktadır (34). Dolayısıyla, yaşam boyu aktivite açısından bakıldığında, erken adolesan dönem çok kritiktir. Bu dönemde beden eğitimi ders saatlerinin ve fiziksel aktivite imkanlarının artırılması çok önemlidir. Bu kapsamda, adolesan kızların ve genç kadınların fiziksel aktiviteye katılımları önünde engel teşkil eden toplumsal cinsiyet normlarının ve rollerinin değerlendirilmesi ve ele alınması gereklidir.

**Şekil 2. Türkiye'de 11-15 yaş grubu kız ve erkeklerde bildirilen en az 1 saat orta-yoğun düzeyde fiziksel aktivite (34)**

Eylem için gerekli bilgi düzeyini artırabilmek için, Gençlik ve Spor Bakanlığının Sağlık Bakanlığı ve Kadın ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü) ve ayrıca diğer ilgili bakanlıklar ile birlikte mevcut Gençlik ve Spor politikasındaki toplumsal cinsiyet bakış açılarını gözden geçirmeleri toplumsal cinsiyet norm ve rollerinin adolesan kız ve erkeklerin fiziksel aktiviteye katılımını nasıl etkilediğini belirlemeleri önerilmektedir. Ayrıca, ilkokullardaki haftalık 5 saat beden eğitimi derslerinin yoğunluk ve ayrıca oyun dışında fiziksel aktivite ihtiyaçları ile uyumlu hale getirilmesi gereklidir. 4-18 yaş arası bütün eğitim kurumlarının tesislerinin her hava koşulunda fiziksel aktivite yapılmasına imkan verecek şekilde düzenlenmesine büyük önem verilmelidir. Uygun fiziksel aktivite tesislerine sahip okulların oranı, bunların lokasyonu ve iyileştirme planları da dahil ülke genelindeki okulların mevcut fiziksel aktivite tesisleri hakkında daha iyi bilgi gereklidir. Bu tesislere başta adolesan kızlar olmak üzere adolesanlar için uygun giyinme odaları da dahildir. Bunun dışında, belediye ve gençlik merkezlerine ve kamplarına erişim hakkında ve başta adolesanlar (9-11, 11-13 ve 13-15 yaş grupları) olmak üzere okul çağı nüfusta fiziksel aktivite düzeyleri ile ilgili daha iyi bilgi gereklidir.

*Diğer:* Kilit bilgi kaynakları ile yapılan görüşmelerde haftalık 5 saat beden eğitiminin içeriği ve müfredatı hakkında net bilgi edinilememiştir. Bazı bilgi kaynakları içeriğin oyun ve fiziksel aktivite olduğunu ifade etmişlerdir.

* + 1. **Birinci basamak sağlık hizmetlerinde beslenme, fiziksel aktivite ve obezite**

 **ve**

* + 1. **Yetişkinlerde ve çocuklarda fazla kilo ve obezitenin yönetimi için bakım yolları (Bölüm B.1, B.3 ve C)**

*Durum:* Sağlık sisteminin bu alandaki ihtiyaçlara birinci basamak seviyesinde daha iyi cevap verecek şekilde güçlendirilmesi önemli yatırımlar ve çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, yalnızca tedaviye değil BOH ve ilgili risk faktörlerinin önlenmesine daha fazla yoğunlaşılmıştır. Bu yaklaşımın bir yansıması, toplum sağlığı merkezlerine ve Sağlıklı Yaşam Merkezlerine ve ayrıca eğitici eğitimi yaklaşımıyla farklı sağlık profesyonellerinin eğitimine yapılan ciddi yatırımlardır. Bazı illerin egzersiz ve obezite danışmanlık programlarının sonuçlarına ilişkin detaylı bir çalışma yürütmeyi planladıkları bildirilmiştir. Diğer olumlu bir amaç, aile hekimi başına hasta sayısını azaltarak aile hekimlerinin hasta başına ayırdıkları süreyi artırmaktır. Geliştirilmekte olduğu bildirilen entegre bilgi sistemi birinci basamakta beslenme, fiziksel aktivite ve obezite girişimlerinin kapsamının ve yararlanma düzeyinin daha iyi izlenmesini sağlayabilir. Hacettepe Üniversitesi tarafından hemşirelik, diş hekimliği ve tıp fakültesi 2 ve üçüncü yıl müfredatında pilot uygulaması yapılan seçmeli BOH ünitesi ile a) bu disiplinlere BOH ile ilgili gerekli teknik bilgilerin verilmesi, b) multidisipliner bir ekip olarak çalışma anlayışının getirilmesi amaçlanmaktadır.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Mevcut yatırım seviyesi düşünüldüğünde, yenilikçi hizmet modelinin değerlendirilerek farklı gruplar için maliyet, yararlanma/kapsam, fayda ve maliyet etkinlik analizlerinin yapılmasına öncelik verilmelidir. Farklı birinci basamak girişimleriyle ilgili uygulama ve kapsam konusunda ulusal bir genel bakış veya kimlerin fazla kilo veya obezite danışmanlığı aldığı veya program(lar)dan kimlerin yararlandığı ve yararlanamadığı konusunda veri elde edilememiştir. Sözgelimi, kırsal bölgelerde yaşayan ve en düşük gelir dilimi grubunda bulunan (8) 15-49 yaş grubu kadınlarda obezitenin daha yüksek olması, bu grubun bu hizmetler için kilit hedef kitlesi olması gerektiğini göstermektedir. Değerlendirme ekibi durumun böyle olup olmadığını net biçimde tespit edememiştir. Bu bilgilerin mevcut olduğu ve farklı illerdeki programların etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak, her değerlendirme için veri temin edilmesi ve kullanılması gereklidir. Bu veriler, Türkiye'ye birinci basamakta günümüze değin elde edilen kazanımların birinci basamak seviyesinde BOH önleme çalışmalarına tahvil edilmesine ve birinci basamağın sağlık sisteminin ilk giriş kapısı haline getirilmesine yardımcı olacaktır. Bu kapsamda filtreleme mekanizmasının, teşviklerin ve ayrıca (reçete yazma ve SBS'yi daha iyi kullanma bakımından) aile hekimlerinin güçlendirilmesi de gereklidir.

Ayrıca; birinci basamakta beslenme, fiziksel aktivite ve obeziteye mevcut yaklaşımla ilgili kararlara bireylerin, hastaların ve toplumun daha iyi katılması önerilmektedir. Bu çerçevede sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin işyeri, okul ve sağlık kuruluşları dışında bireyler ve toplum grupları nezdinde teşvik edilmesine yönelik programlara bakılmalıdır. Bundan amaç, insanlara fazla kilo, obezite ve/veya BOH riski gelişmeden ulaşılması, farkındalık ve eğitim faaliyetlerinin ötesine geçerek toplum tabanlı kuruluşlarca kadınlar için yürüyüş grupları gibi yöntemlerin kullanılmaya başlanmasıdır. Dolayısıyla, toplum gruplarının ihtiyaçlarının ve ilgi alanlarının belirlenmesine ve kendilerinin bu sürece dahil edilmesine daha fazla yatırım yapılması gereklidir.

Türkiye, fiziksel aktivite tarama ve danışmanlığının (BOH taraması kapsamında) rutin uygulamaya dahil edilmesine yönelik politikaların uygulanmasını değerlendirebilir. halen farklı birinci basamak merkezlerde multidisipliner ekipler oluşturma çalışması kritik öneme sahiptir ve aile hekimleri bu ekiplerden istifade edebilir. Bu bağlamda, Hacettepe Üniversitesi tarafından bildirildiği tarzda, multidisipliner ekiplerin oluşturulmasına yönelik mevcut eğitim ve mesleki gelişim girişimleri temel alınarak geliştirilebilir. İlaveten, hastayla teması bulunan bütün sağlık profesyonellerinin fiziksel aktivite ve temel beslenme konularında tavsiye verebilecek düzeyde beceri, bilgi ve özgüvene sahip olması gereklidir. Diyet ve fiziksel aktivite reçetelerinin geri ödenmesine ilişkin sorunlar çözülerek bunun normal uygulama haline getirilmesi sağlanmalıdır.

*Diğer:* Birinci basamakta sağlık eğitimi ve teşviki, düzenleme ve mali önlemler ile bireysel danışmanlık hizmetlerinin sağlığı ve uzun yaşam beklentisini destekleme konusunda etkili olduğu görülmüştür. 2010 yılında OECD tarafından gerçekleştirilen obezite ile mücadelenin ekonomik analizine göre, birinci basamak temelli müdahaleler diğer müdahalelere nazaran daha büyük sağlık kazanımları üretebilmekte, bu sayede hem toplumun büyük kesimlerinin hekim ve sağlık kuruluşlarına erişimi hem de maliyet etkinlik açısından istenir sonuçlar elde edilmektedir. Bu çalışma ayrıca mali önlemlerin dezavantajlı kesimler için sürdürülebilir ve daha iyi sağlık kazanımları elde edilmesine sağlayan yegane müdahale olduğunu göstermiştir. Sağlıklı yeme müdahalelerinde sosyoekonomik eşitsizliklerin etkisine yönelik daha yakın zamanlı bir sistematik inceleme çalışmasının sonuçlarına göre, kişiselleştirilmiş beslenme eğitimi/danışmanlığı gibi birey temelli bilgilendirme ve eğitim müdahalelerinin sosyoekonomik durumu daha iyi kişilerde daha etkili olduğu ve diyetle ilgili 4 müdahalenin bütününün eşitsizlikleri artırma eğiliminde olduğu görülmüştür (37). Sözgelimi, kırsal kesimde yaşayan veya en düşük sosyoekonomik gruplardaki kadınlar arasında obezite oranının daha yüksek olmasının, sosyoekonomik düzeyi daha iyi kadınların birinci basamak önleme ve bakım hizmetlerini daha erken dönemde almaya başladıkları gerçeğine ("ters bakım kanunu") işaret etmesi olasıdır.

Dolayısıyla, Türkiye'nin, planlanan değerlendirme kapsamında hangi nüfus gruplarının birinci basamakta sunulan obezite danışmanlık programlarından yararlandıklarını belirlemesi ve erken aşamada birinci basamak önleme girişimlerine iştirak etmeyen nüfus gruplarının kilit bilgi kaynaklarıyla odak grubu vb. yöntemlerle görüşmeler yürüterek bunun nedenlerini tespit etmesi çok önemlidir. Ayrıca, sağlık kuruluşları ile işyerleri ve okullar dışındaki toplum ortamlarında uygulanan önleme programlarına nasıl yatırım yapılabileceği hususunun araştırılması önerilmektedir (ayrıca bkz. Bölüm 3.2.18). Birincil önleme hizmetlerinin verildiği ortamlar genişletilerek kadınlara veya başka kişilere fazla kiloluluk veya obezite tanısı almak için birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitme dışında seçenekler sunulması önerilmektedir. Bu sayede Türkiye'nin bireysel obezite ve fazla kiloluluk danışmanlığına yaptığı yatırımların etkinliği de artırılabilir.

* + 1. **İşyerinde beslenme ve fiziksel aktivite (Bölüm B.3)**

*Durum:* İş sağlığı hizmetlerinde telafi/tazminat yaklaşımından önleme ve sağlığın geliştirilmesi/teşviki yaklaşımına geçilmesi çok olumludur. İş sağlığı profesyonellerinin beslenme ve fiziksel aktivite ile ilgili kapasitelerini geliştirme ve birinci basamak kuruluşlarıyla bağlantılandırma yönünde çalışmalar mevcuttur. İşyerlerinde beslenme ve fiziksel aktiviteyi, iyileştirmeye yönelik olduğu bildirilen örnekler arasında şunlar bulunmaktadır: 2015 yılında başlatılan ve işyeri hekimlerine yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz beslenme, bağımlılık ve işyeri hastalıkları da dahil BOH'ların önlenmesi ve ilgili risk faktörleri konularının ele alındığı 2 günlük işyeri hekimliği eğitim programı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Hacettepe Üniversitesi Halk sağlığı Enstitüsünün desteğiyle uygulanan "İşyerinde Sağlığa Davet" programı. Bu programda sağlık eğitimi ve bilgilendirme oturumlarıyla sağlıklı davranışların teşviki üzerine yoğunlaşılmaktadır ve yetişkinlerin çoğunun zamanlarının büyük bölümünü işyerinde geçirdiği düşünüldüğünde olumlu bir gelişmedir. Program kapsamında temel durum verilerini tespit etmek amacıyla bir araştırma yapılmış ve ikinci bir versi seti de kısa süre önce toplanmıştır. İlgili kamu kurumlarında yaşayarak örnek olma olgusuna vurgu yapılması da olumludur. Kilit bilgi kaynakları bu meyanda Sağlık Bakanlığı tarafından bakanlık personeli için olmakla birlikte halkın katılımına açık yürüyüş ve fiziksel aktivite etkinlikleri düzenlediğini kaydetmişlerdir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* İşyerleri, özellikle yetişkinlerin zamanlarının büyük bir bölümünü işte geçirmesi hasebiyle çok önemli bir müdahale ortamıdır. Mevcut İş Sağlığı ve Güvenliği politikasının gözden geçirilerek sağlıklı davranışların teşviki konusunun dahil edilmesi ve ILO Sözleşmesinde detaylandırılmış koruyucu sağlık bileşenine uyumlu hale getirilmesi önerilmektedir (39). İş sağlığı risklerinin ve BOH'ların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi/teşviki alanına daha fazla odaklanabilmelerini sağlamak adına işyeri hekimlerine ve diğer profesyonellere daha fazla destek verilmesi gereklidir. Türkiye'nin önümüzdeki 12 ay içerisinde hem işyeri hekimliği eğitim programını ve ÇSGB'nin İşyerinde Sağlığa Davet Programını değerlendirmesi şiddetle tavsiye edilmektedir. ÇSGB'nin programı ile ilgili olarak, programın şu ana kadar olan potansiyel etkisini değerlendirebilecek verilerin hazır olacağı anlaşılmaktadır. Değerlendirmede programa katılan çalışanların yaş ve cinsiyete göre analiz edilerek bu verilerin mesleki rol/kategorileri, eğitim düzeyleri ve iş akdi türleri ile bağlantılandırılması önerilmektedir. Mümkün hallerde, programa aktif dahil olmayan çalışanlarla ilgili olarak aynı kriterler temelinde bilgilerin değerlendirmeye dahil edilmesi gereklidir.

İşyeri girişimlerinin daha da geliştirilmesi için mevcut girişimlerin etki değerlendirmelerinden, farklı girişimlerin çalışanlara yönelik sağlık eğitimi ve bilgilendirmenin ötesinde etkinliklerine dair kanıtlardan bilgi edinilmesi gereklidir. Örneğin, farklı ülkelerden kamu ve özel kurumlarda işyeri sağlığının geliştirilmesine ilişkin kalite kriterleri ve iyi uygulama modelleri ile bu tür girişimlerin tasarım ve uygulama aşamalarına çalışanların katılımı konusunda Avrupa İşyeri Sağlığını Geliştirme Ağı incelenebilir. İşyeri ortamlarının yalnızca riskli davranışların azaltılması değil, aynı zamanda iyi beslenme ve fiziksel aktivite (gıda/beslenme rehberleri, tesisler vb.) ve ruh sağlığının geliştirilmesi bakımından da daha elverişli hale getirilmesine yönelik yollar değerlendirilmelidir.

*Diğer:* Spesifik meslek gruplarında (taksi sürücüleri, kamu görevlileri ve mühendisler) fiziksel aktivite ile ilgili bazı çalışmaların yapıldığı, fakat (taksi sürücüleri ile ilgili) verilerin yayımlanmadığı veya analiz edilmediği, kayıt dışı sektörde çalışanlarla ilgili işyeri müdahalelerine ilişkin veri bulunmadığı belirtilmiştir. Kayıt dışı sektörde çalışanlar, potansiyel olarak ulaşılamayan bir grup olduğundan, mevcut işyeri programları istemeden eşitsizliklerin artmasına yol açabilir. Aynı durum yetişkin kadınlar için de geçerlidir. Türkiye, 15 [yaş ve üzeri] kadınların işgücüne katılım oranı DSÖ Avrupa Bölgesindeki en düşük ülkedir. Bu yaş grubunda işgücüne katılım %29.4 iken aynı yaş grubundaki erkeklerde %70.8'dir. Bu ise, kayıtlı işyerlerinde obezite ve fazla kiloluluğu azaltmaya yönelik müdahalelerin ve mevcut eylemlerin yetişkin kadınlara ulaşma ihtimalinin düşük olduğunu ve bu durumun istemeden de olsa cinsiyet eşitsizliklerini artırabileceği anlamına gelmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki programlara ilaveten ve nüfusa yönelik farkındalık ve eğitim girişimleri dışında toplum ortamlarında uygulanacak programlara daha fazla yatırım yapılması gereklidir. Sözgelimi, toplum grupları ve kadınların düzenli bir araya geldikleri mekanlar sağlığın geliştirilmesi / teşviki programları için kullanılabilir. Risk faktörlerinin birincil önlenmesi, kadınların yalnızca birinci basamak kuruluşlarına gitmesiyle sınırlı değildir.

* + 1. **Mikro besin ögesi eksikliklerine yönelik toplum temelli yanıtlar (Bölüm B.2)**

*Durum:* Takviye yaklaşımları mevcuttur ve kapsama düzeyi iyidir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Başta demir ve iyot olmak üzere takviye yaklaşımlarının izleme ve değerlendirmesinin güçlendirilmesi, bu kapsamda bu yaklaşımların mikro besin ögesi bakımından en savunmasız gruplara ulaşıp ulaşmadığı ve ne denli etkili olduğu konusuna yoğunlaşılmalıdır. 5 yaş altı çocuklardan en düşük gelir diliminde bulunanlar arasında beslenme bozukluğu oranı (%14.6) en yüksek gelir diliminde bulunan çocuklara (%2.9) nazaran daha yüksektir. Hükümet, takviye politikalarını tamamlamak adına sağlık profesyonellerine ve kamuoyuna sağlıklı ve besleyicilik bakımından eksiksiz diyetler, iyi diyet kaynakları (örn. sebze, meyve) ve temel mikro besin ögeleri ile ilgili rehberlik sağlayabilir.

* + 1. **Sektörler arası liderlik ve koordinasyon (Bölüm A.1-A.2)**

*Durum:* Kilit bilgi kaynakları, Tarım ve Milli Eğitim Bakanlıkları da dahil diğer bakanlıklarla çalışma ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Obeziteden sorumlu birimin liderlik ve sahiplenme durumu aşikardır ve diğer sektörlerle işbirliği ve bu sektörlü motive etme arzusu gözlenmiştir. Sektörler arası işbirliği (örn. RTÜK) düzeyi iyi görünmektedir. Ayrıca, illerde işbirliği, iletişim, sahiplenme ve farkındalık düzeyi de güçlü görünmektedir.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Türkiye'nin asgari müsteşarlık düzeyinde resmi bir koordinasyon mekanizması kurması önerilmektedir. Uyuşturucu bağımlılığı ile mücadele konusunda illerin de temsil edildiği çok sektörlü çalışmalara yönelik koordinasyon mekanizması bir model olarak düşünülebilir. Türkiye'nin özel sektör paydaşlarının da dahil edildiği ve ciddi hesap verebilirlik gereklerinin, net hedeflerin ve kıyas kriterlerinin bulunduğu mekanizmalar geliştirmesi tavsiye edilmektedir. Son olarak; sektörler arası işbirliği, bütçe paylaşımı gibi daha spesifik ve açık süreç değerlendirme göstergelerinin geliştirilmesi gereklidir. Bu göstergeler sektörler arası tekliflerin girdi taleplerinin zamanındalığı, temsil gibi asgari standartlar kullanılarak geliştirilmelidir.

* + 1. **Politika tutarlılığı (Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında yer almamaktadır)**

*Durum:* Sağlık sektörü dışındaki kilit bilgi kaynakları arasında Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ile ilgili farkındalık düzeyi yüksek idi. Bu kaynakların hepsi Türkiye'de obezite ve fazla kiloluluğu azaltma amacını paylaştıklarını kaydetmişlerdir. Sağlık sektöründe tuz tüketiminin azaltılması vb. diğer pek çok plan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ile uyumlu ve tutarlıdır.

*Daha fazlası/daha iyisi:* İzleme ve değerlendirme mekanizmaları da dahil çakışan ve mükerrerlik potansiyeli bulunan bir dizi spesifik planın var olduğu görülmektedir. Bölgesel ve küresel politika gelişmeleri düşünüldüğünde, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının odağının obezite ve fazla kiloluluk ağırlıklı bir gıda, beslenme ve fiziksel aktivite politikasına doğru genişletilmesinin zamanıdır denebilir. Obezite ve fazla kiloluluk da bu yaklaşımın bir parçası olarak, yani daha geniş strateji içerisinde bir eylem planı olarak ele alınabilir. Bunun için daha sağlıklı seçim ve davranışları (örn. çevrenin yürüme ve aktif ulaşım ve fiziksel aktivite olanaklarını artırma) mümkün kılacak yapısal ve çevresel değişiklere ilişkin politikalara daha fazla vurgu yapılması ve (örn. tuz ve yağ içeriği bakımından) gıdaların besleyici kalitesinin iyileştirilmesi gereklidir.

Milli Eğitim Bakanlığı mensubu kilit bilgi kaynakları ile yapılan görüşmelerde bir politika tutarlılığı ile ilgili bir sorunun altı çizilmiştir: uygulamalar kamu-özel ortaklığına ilişkin hükümet politikalarına / düzenlemelerine uygun bir şekilde olmakla birlikte, sağlıklı beslenme projeleri gıda firmaları tarafından finanse edilmektedir (veya sponsorluğu gıda firmalarınca yapılmakta). Bölüm 3.2.4'te ifade edildiği üzere, Türkiye'nin özellikle beslenme eğitimi verilmesi konusunda özel sektörün en uygun ve etkin katılımını belirlemek ve bu konuya ilişkin kamu kurumları ve ilgili kuruluşlar için daha net rehberlik geliştirmek ve bu sayede elde edilmiş kazanımları muhafaza etmek amacıyla PPP yaklaşımlarının uygunluğunu değerlendirmesi şiddetle önerilmektedir.

*Diğer:* Herhangi bir politika teklifinin potansiyel beklenen ve beklenmedik sağlık etkilerinin belirlenmesi için bir politika aracı olarak Sağlık Etki Değerlendirmesi (SED) kullanılmaktadır. Türkiye, ilgili sektörler (örn. tarım, milli eğitim, çevre, aile ve sosyal politikalar, çalışma ve sosyal güvenlik, maliye veya hazine) tarafından getirilen politika tekliflerinin BOH ve ilgili risk faktörleri ile ilgili çalışmalar üzerindeki muhtemel olumlu veya olumsuz etkilerini gözden geçirmek amacıyla resmi bir koordinasyon mekanizması oluşturmayı düşünebilir. BOH politika ve uygulamaları ile potansiyel tutarsızlıkları ve bu politika ve uygulamalar üzerindeki muhtemel etkileri belirlemek amacıyla hızlı bire SED çalışması yürütülebilir.

* + 1. **Beslenme, fiziksel aktivite ve obezitenin izlenmesi ve sürveyansı (Bölüm A.3 ve D)**

*Durum:* Türkiye, DSÖ Çocukluk Çağı Obezite Sürveyans Girişimine ve STEPS (Türkiye Ulusal Sağlık Araştırması) planlamasına katılmaktadır.

*Daha fazlası/daha iyisi:* Değerlendirme ekibi, ele alınan önceki alanların neredeyse tümünde beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili izleme ve sürveyans çalışmalarının iyileştirilmesinin gerektiğini kaydetmiştir. Verinin mevcut olduğu fakat pek kullanılmadığı bildirilmiştir. Sözgelimi, ziyaret edilen birinci basamak sağlık kuruluşları, danışmanlık girişimlerinin etkili olduğunu ve bu konuda veri bulunduğunu, fakat şu aşamada bu verileri kullanmadıklarını kaydetmişlerdir. Ayrıca, hem Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programında hem Tuz Tüketimini Azaltma Programı 2011-2015 gibi ilgili planlarda etki değil daha çok süreç göstergelerine yer verilmiştir. Ayrıca, hedefler genellikle spesifik değildir (yapılan toplantı sayısı vb.) Türkiye'nin (gıda ve yapılı çevre dahil) beslenme, fiziksel aktivite ve obezite alanında rutin sürveyans için bir yol haritası geliştirmesi çok önemlidir. Sürveyans kapsamına 24 saatlik idrarda sodyum atılımı, doğrulanmış fiziksel aktivite ölçümleri, gıda terkip veri mevcudiyetinin iyileştirilmesi, yeni Ulusal Beslenme Araştırması gibi diyet araştırmaları dahil edilmelidir.

Bunun yanısıra, farklı metodolojilerin kullanıldığı bir proje değerlendirme kültürünün inşasına daha fazla yatırım yapılmalıdır. Bu bilgiler, yeni plan ve stratejilerin farklı yelpazede politika seçeneklerine ilişkin sağlıklı analizlerle ve öndegelen hastalık ve risk faktörlerine dair kanıtlarla desteklenmesi bakımından olmazsa olmazdır. Bu öneri, Türkiye'de sağlık sistemlerinin daha iyi BOH sonuçlarına yönelik değerlendirme çalışmasının 5.5 sayılı önerisi ("BOH planlarında değişim ve revizyon gerekçelerinin analiz edilmesi") ile de uyumludur.

Bütün etki (kapsam, değişiklik davranış değişikliği, risk faktörlerindeki değişiklikler ve prevalans) izleme ve değerlendirme çalışmalarının cinsiyet ve yaş verilerine göre ayrıştırılarak yapılması ve bu verilerin yerleşim yeri (kentsel/kırsal), eğitim düzeyi bve gelir dilimi gibi sosyal belirleyicilerden en az biriyle bağlantılandırılması önerilmektedir. Bu bilgiler TÜİK web sitesinde ve Hane halkı Nüfus Araştırmasında mevcuttur. Yaş ve cinsiyete göre ayrıştırılmış verilerin bu sosyal belirleyicilerle çapraz bağlantılandırılması sayesinde nüfusun hangi gruplarında iyileşme görüldüğü, hangi gruplarda eksiklikler olduğu ve politika ve programların nasıl daha da geliştirilebileceği konusunda daha spesifik bilgiler ve istikamet elde edilebilir. Bu öneri, Türkiye'de sağlık sistemlerinin daha iyi BOH sonuçlarına yönelik değerlendirme çalışmasının 5.4 sayılı önerisi ("Hakkaniyet ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin genel eylem ve raporlama uygulamalarına entegre edilmesi (anaakımlaştırılması") ile de uyumludur. Ancak, 2013 TNSA'da 15-49 yaş grubundaki kadınlara ilişkin veriler, kadınlar arasında önemli farklılıklar bulunduğunu ve buna yönelik muhtemel eylem gereklilikleri için derinlemesine analiz ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sözgelimi, birincil önleme müdahalelerinin kırsaldaki veya en düşük gelir diliminde bulunan kadınlara zamanında ulaşıp ulaşmadığı, ulaşmaması halinde bu durumun bu gruplardaki kadınlar arasında obezite oranın artmasına yol açıp açmadığı ve bu sonucun kapsamdaki sorunlar nedeniyle eşitsizliklerin artmasını etkileyip etkilemediği ve ayrıca bu hizmetlerin kentlerde yaşayan veya gelir dilimi daha yüksek kadınlara ilişkin kapsamı ve etkisi analiz edilmelidir. Son olarak, müdahalelerin etkinliğinin yerleşim yeri, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi sosyoekonomik faktörlerden etkilenip etkilenmediğini, etkileniyorsa nasıl etkilendiğini belirlemek için adolesanlar, yaşlılar ve yetişkin erkeklere ilişkin bu verilere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

*Diğer:* Farklı girişimlerin uygulanması ve etkilerine dair yayımlanmış veri ve bilgi olmaması ve Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı kapsamında belirli faaliyetlerin neden seçildiği ile ilgili veri ve bilgi bulunmaması, programın sistematik biçimde değerlendirilmesini ve ilerlemeyi/güçlükleri doğrulama konusunda zorluk çıkarmıştır. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının mevcut eylem planı, etki ve temel duruma nazaran gerçekleşen değişim/farklılıklar yerine büyük ölçüde planla ilgili süreç bilgilerinin (yapılan toplantı sayısı, geliştirilen proje sayısı vb.) sağlanmasını öngörmektedir. Bir alanda yaşanan değişimi doğrudan belirli bir politika ve programa atfetmek her zaman güçtür; etki verileri eksik olduğunda ise daha da güç hale gelmektedir. Örneğin, Türkiye'de gençler arasında fiziksek aktivite düzeyleri ile ilgili güncel veriler bulunmadığı bir ortamda adolesanlara yönelik fiziksel aktivite girişimlerinin potansiyel etkinliğini değerlendirmek çok güçtür. Son olarak, veri bulunmaması veya mevcut verilerin kullanılmaması, izleme ve sürveyans yapılmadığı için beklenmedik olumsuz etki(ler) doğuran politika veya programların da (örn., tüketimin şeker eklenmiş meyve sularına kayması gibi istenmedik ikame seçeneklerinin doğması) tespit edilememesi anlamını taşımaktadır.

1. **DEĞERLENDİRMENİN GENEL ÖNERİLERİ**

Değerlendirme ekibi gerçekleştirilen bu kısa değerlendirme ve doküman incelemesi ışığında, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programının obezite ile diyabet gibi obeziteyle bağlantılı hastalıkların prevalansını düşürmek için toplumun bilgi düzeyini artırmak ve sağlıklı davranışlar (yeterli ve dengeli beslenme, düzenli fiziksel aktivite gibi) benimsenmesini sağlamak şeklindeki genel amacına matuf ciddi düzeyde faaliyet ve yatırım gerçekleştirildiğini tespit etmiştir. Bu manada, Türkiye övgüyü hak etmektedir. Bölüm 3.2'de Türkiye'nin mevcut kazanımlar üzerine bina edebilmesine ve belirlenen eksikliklerin sonraki plan ve programlarda ele alınması da dahil eylemin güçlendirilmesine katkı sağlayacak bir dizi spesifik öneri yer almaktadır. Bu öneri listesi oldukça detaylıdır. Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Kurumunun bu değerlendirmeden elde edilen bulguları önümüzdeki 12 - 15 aylık sürede uygulayabileceği konusunda dört genel öneri geliştirilmiştir.

1. Halk Sağlığı Kurumunun **2010-2014 eylem planındaki stratejileri** ve mevcut bilgileri kullanarak bir durum değerlendirmesi gerçekleştirmesi ve bu çerçevede aşağıdaki hususları sistematik biçimde belgelemesi önerilmektedir:
* Faaliyetler / eylemler uygulandı mı ve hedeflerle ilgili spesifik ilerleme kaydedildi mi?
* Faaliyetlerin / eylemlerin uygulanmadığı haller için, bunlar neden uygulanmadı ve planlanan sonraki adımlar nelerdir? 2010-2014 eylem planının uygulanmasında karşılaşılan engellerin değerlendirilmesi
* Sağlık eşitsizlikleri dikkate alındı mı, nasıl dikkate alındı?
* Yeterli finansman mevcut muydu?
* Aşağıdaki veya buna benzer bir puanlama sistemi kullanarak planın dört bölümünün her bir amacı (örn. B.1 - Toplumu obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirme) için bir genel değerlendirme yapılması (1) başarı yok(2) sınırlı başarı (3) orta düzeyde başarı – önlemler nüfusun %50'sinden fazlasına ulaşmıştır (4) başarılı – önlemler bütün illerde uygulanmakta ve nüfuzun %50'sinden fazlasına ulaşmaktadır (5) çok başarılı - etkilerin nüfusun farklı grupları genelinde dağılımı da dahil sürdürülebilir ve tam kapsamlı uygulama. Burada bir husus da dikkatlere sunulmalıdır: bazı durumlarda, uygulama başladıktan sonra yapılan detaylı durum analizi neticesinde belirleniş eyleme / faaliyete ihtiyaç olmadığının ortaya çıkması nedeniyle uygulama sonucu "başarı yok" çıkabilir.

Durum değerlendirmesi için kullanılabilecek bir şablon **Ek 6**'da yer almaktadır. Önerilen bu genel durum değerlendirmesinin amacı, bir sonraki program ve eylem planının geliştirilmesinde bilgi etmek için belgelendirilmiş ve ayrıntılı bir temel durum / durum analizi gerçekleştirmektir. Bu çalışma makul sürede, yeterince hızla gerçekleştirilebilir; zira, büyük ölçüde bir masabaşı değerlendirmesi olacaktır ve ekibimizin yapmış olduğu mevcut nitel değerlendirmede yararlanılan bilgiler bu amaçla kullanılabilir. Bu genel durum değerlendirmesi, birinci basamak kuruluşlarını mevcut verileri obezite danışmanlık hizmetlerini değerlendirmede kullanmaları için teşvik etmek amacıyla da kullanılabilir.

1. Bir sonraki obezite kontrol ve önleme **program ve eylem planının yapısını belirlemede *DSÖ Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015–2020* ve *DSÖ Avrupa Bölgesi Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016–2025*'in hedefleri / öncelik alanları kullanılabilir.**  Mevcut nitel değerlendirmenin bulguları, eylem kapsamının genişletilerek sağlık ve sağlığın geliştirilmesi/teşviki ile ilgili faktörler bakımından daha kapsayıcı hale getirilmesi gereğinin altını çizmektedir. Bu kapsamda yalnızca obezite ve fazla kiloluluktansa yüksek BKİ ve yetersiz fiziksel aktivite düzeyleri ile bağıntılı BOH yüklerine özel vurgu yapmak suretiyle gıda, beslenme ve fiziksel aktivite üzerinde durulmalıdır. Bu sorunların bir arada ele alınması daha mantıklı, etkili ve verimli olacaktır. Bu yaklaşım, her yeni program ve eylem planında a) obezite ve fazla kiloluluk ile ilgili epidemiyolojik kanıtlar, b) fiziksel aktivitenin önemine yapılacak özel vurgu, c) başta nüfus düzeyinde obezite ve fazla kiloluluğun yapısal ve çevresel belirleyicilerini ve bunların hakkaniyet üzerindeki etkilerini hedef alan müdahaleler için kanıtlar yansıtılmalıdır. Sözgelimi, farkındalık yaratmanın ötesine giderek çevrenin değiştirilmesi. Mevcut nitel değerlendirmede yer verilen spesifik öneriler bir sonraki program ve plan taslağına entegre edilebilir. DSÖ bu çalışma esnasında rehberlik ve destek sağlayabilir.
2. **Politikaların, projelerin, epidemiyolojinin ve gıda ortamlarının rutin sürveyansı, izlenmesi ve değerlendirilmesi.** Bölüm 3.2.22'de belirtildiği üzere, bu kapsamda diyet ve beslenme ile ilgili risk faktörlerine yönelik rutin sürveyans (düzenli diyet araştırmaları, mükerrer 24 saatlik sodyum atılımı araştırması, sürekli COSI ve HBSC (Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışları Araştırması) uygulanması yoluyla) yapılmalı ve politika ve müdahalelerin (nüfus genelindeki dağılımları da dahil) beklenen veya beklenmedik, olumlu ve olumsuz (sağlık) etkileri değerlendirilmelidir. Kilit bilgi kaynaklarının verdikleri bilgiler ve kilit dokümanların incelenmesi ışığında, belirlenen bazı eksikliklere karşın halihazırda gerekli verilerin çoğunun mevcut olduğu ve bunların daha iyi ve sistematik biçimde kullanılması gerektiği görülmektedir. Rutin sürveyans, küresel beslenme ve BOH hedeflerine ulaşma yolunda kaydedilen ilerlemeyi izlemesi konusunda Türkiye'ye yardımcı olacaktır. Bu noktada, DSÖ, Türkiye'deki modern gıda ve obezojenik çevrenin (pazarlama, etiketleme, gıda terkipleri, sunulabilirlik ve satın alabilme vb. dahil) ilgili boyutlarının izlenmesi için mevcut en iyi kanıt ve rehberler ışığında Sağlık Bakanlığı ile birlikte gerekli metodolojilerin geliştirilmesi ve uyarlanması adına araştırma kurumlarının kapasitelerinin desteklenmesi alanında çalışabilir.
3. Türkiye'nin bir sonraki program ve eylem planının ayrıntılı taslağının hazırlanması çerçevesinde **hızlı bir Hakkaniyet Odaklı Sağlık Etki Değerlendirmesi (EfHIA)** yapması önerilmektedir. Türkiye bu çalışma sayesinde revize edilen yaklaşımın beklenen ve beklenmedik, olumlu ve olumsuz potansiyel sağlıkta hakkaniyet etkilerini belirleyebilir, uygulama öncelikleri üzerinde mutabakat oluşturabilir, politikalarda tutarlılığı sağlayabilir ve yeni program ve planın sağlık sektörü içerisinde, diğer sektörlerde ve toplum nezdinde sahiplenilmesini kolaylaştırabilir. Hakkaniyet Odaklı Sağlık Etki Değerlendirmesi ancak istişare için detaylı bir taslağın mevcut olması durumunda etkin biçimde yürütülebilir. Burada da, kapsamlı olmaktansa hızlı bir değerlendirme çalışması yapılması gerektiği vurgulanmalıdır. DSÖ bu çalışma esnasında rehberlik ve destek sağlayabilir.

**KAYNAKLAR**

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara, Türkiye, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010.

2. Jakab M ve ark. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar), No. 2. Türkiye Ülke Değerlendirmesi. Kopenhag, DSÖ, 2014.

3. Alwan A ve ark.. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries (Kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların izlenmesi ve sürvayansı: hastalık yükünün yüksek olduğu ülkelerde ilerleme ve kapasite). Lancet, 2010, 376(9755):1861–1868.

4. Hallal P ve ark.. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects (Küresel fiziksel aktivite düzeyleri: sürveyansta kaydedilen ilerleme, eksiklikler ve geleceğe yönelik planlar. Lancet, 2012, 380(9838):247–257.

5. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Physical activity strategy for the WHO European Region (DSÖ Avrupa Bölgesi fiziksel aktivite stratejisi) 2016–2025. Kopenhag, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2015.

6. Institute of Health Metrics and Evaluation (Sağlık Ölçüm ve Değerlendirme Enstitüsü) (IHME). Turkey [web sitesi]., 2015 (http://www.vizhub.healthdata.org/gbd-compare/, erişim tarihi: 14 Mayıs 2016).

7. Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 Yaş) Şişmanlık Araştırması (COSI-TUR). Ankara, Türkiye, Sağlık Bakanlığı, MEB, Hacettepe Üniversitesi Cumhuriyeti, 2014.

8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TR Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, 2014.

9. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türk Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Ankara, Türkiye, SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.

10. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Progress in reducing salt consumption in Turkey (Türkiye'de tuz tüketiminin azaltılmasında kaydedilen ilerleme) [web sitesi]., 2014 (http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2013/04/progress-in-reducing-salt-consumption-in-turkey, Erişim tarihi: 7 Mayıs 2016).

11. Erdem Y ve ark. Türk nüfusunda hipertansiyon ve tuz alımı arasındaki ilişki: SALTÜRK araştırması. kan Basıncı, 2010, 19(5):313–318.

12. Sağlık Bakanlığı Türkiye Beden Ağırlığı Araştırması. Ankara, Türkiye, Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2012.

13. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (birinci). Public Health Product Tax in Hungary (Macaristan'da Bazı Ürünlere Halk Sağlığı Vergisi Uygulaması). İyi Uygulama Özet Belgesi. Kopenhag, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2015.

14. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Using price policies to promote healthier diets (Daha sağlıklı diyetleri teşvik için fiyat politikalarının kullanılması). Kopenhag, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2015.

15. PAHO. Taxes on Sugar-sweetened Beverages as a Public Health Strategy: The Experience of Mexico.(Bir Halk Sağlığı Stratejisi olarak şekerle tatlandırılan içeceklere vergi uygulanması: Meksika Deneyimi). Mexico DF, Meksila, PAHO, 2015.

16. Cecchini M, Warin L. Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies (Gıda etiketleme sistemlerinin gıda seçimleri ve yeme davranışları üzerindeki etkileri: randomize çalışmaların sistematik incelemesi ve meta analizi). Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity (Obezite İncelemeleri: Uluslararası Obezite Çalışmaları Derneği Resmi Dergisi), 2016, 17(3):201–210.

17. Sağlık Bakanlığı, Avustralya. Front-of-pack labelling updates (Ambalaj üzeri paketleme - güncel gelişmeler). A summary of the development of the Front-of-Pack Labelling project (Ambalaj Üzeri Paketleme Projesinde gelişmeler - özet). [web sitesi]., 2015 (http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/foodsecretariat-front-of-pack-labelling-1, Erişim tarihi: 8 Mayıs 2016).

18. Sağlık Bakanlığı, İngiltere. Guide to creating a front of pack (FoP) nutrition label for pre-packed products sold through retail outlets (Perakende satış noktalarında satılan hazır ambalajlı ürünler için ön yüz besin değeri etiketi hazırlama rehberi). Londra, Sağlık Bakanlığı, Gıda Standartları Kurumu ve ayrıca İskoçya, Kuzey İrlanda ve Galler sorumlu kurumları - Britanya Perakende Konsorsiyumu işbirliği ile, 2013 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\_data/file/300886/2902158\_FoP\_Nutrition\_2014.pdf, Erişim tarihi: 14 Mayıs 2016).

19. Sağlık Bakanlığı, İngiltere. Response to consultation on front of pack nutrition labelling (Ön yüz etiketleme hakkında kamuoyu istişaresine yanıt). Birleşik Krallık, Sağlık Bakanlığı, 2013 (https://www.gov.uk/government/publications/response-to-consultation-on-front-of-pack-nutrition-labelling--2, Erişim tarihi: 14 Mayıs 2016).

20. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Eliminating trans fats in Europe (Avrupa'da trans yağların kullanımdan kaldırılması). Politika özet belgesi. Kopenhag, DSÖ, 2015 (http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0010/288442/Eliminating-trans-fats-in-Europe-A-policy-brief.pdf?ua=1, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2016).

21. Hawkes C ve ark.. Smart food policies for obesity prevention (Obezitenin önlenmesi için akıllı gıda politikaları). The Lancet, 2015, 385(9985):2410–2421.

22. Storcksdieck Gennant Bonsmann S ve ark.. Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland (28 AB Devleti ile Norveç ve İsviçre'de Ulusal Gıda Politikalarını Haritalama Çalışması). İtalya, Ortak Araştırma Merkezi, Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Enstitüsü, 2014 (http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC90452/lbna26651enn.pdf, Erişim tarihi: 14 Mayıs 2016).

23. Hawkes C. Promoting healthy diets through nutrition education and changes in the food environment: an international review of actions and their effectiveness (Beslenme eğitimi ve gıda çevresinde değişiklikler vasıtasıyla sağlıklı diyetlerin teşviki: eylemlere ve etkinliklerine ilişkin uluslararası inceleme). FAO, 2013 (http://www.fao.org/docrep/017/i3235e/i3235e.pdf, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2016).

24. WHO’s engagement with non-State actors (DSÖ'nün devlet dışı aktörlerin katılımına yönelik çalışmaları) [web sitesi]., 2016 (http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/en/, Erişim tarihi: 1 Haziran 2016).

25. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. Progress in reducing salt consumption in Turkey (Türkiye'de tuz tüketiminin azaltılmasında kaydedilen ilerleme) [web sitesi], 2013 (http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2013/04/progress-in-reducing-salt-consumption-in-turkey, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2016).

26. Cogswell M ve ark.. Sodium and sugar in complementary infant and toddler foods sold in the United States (ABD'de takviye edici bebek ve küçük çocuk mamalarında sodyum ve şeker). Pediatrics, 2015, 135(3):416–423.

27. Elliott C, Conlon M. Packaged baby and toddler foods: questions of sugar and sodium (Ambalajlı bebek ve küçük çocuk gıdaları: şeker ve sodyum sorunları). Pediatric obesity, 2015, 10(2):149–55.

28. Watson R. European Parliament rejects high sugar content in baby foods (Avrupa Parlamentosu bebek mamalarında yüksek şeker içeriğini reddetti). BMJ, 2016, 352. (http://www.bmj.com/content/352/bmj.i553).

29. DSÖ Bilimsel ve Teknik Danışma Grubu (STAG). Technical Paper: Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children (Teknik Belge: Bebek ve Genç Çocuk Gıdalarının Uygunsuz Promosyonu). Cenevre, DSÖ, 2013.

30. DSÖ, UNICEF, IBFAN. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code (Anne Sütü İkamelerinin Pazarlanması: Uluslararası Kodun Ulusal Düzeyde Uygulanması). Status Report 2016 (Durum Raporu 2016). Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206008/1/9789241565325\_eng.pdf?ua=1&ua=1, Erişim tarihi: 16 Mayıs 2016).

31. DSÖ. Information concerning the use and marketing of follow-up formula (Devam formülünün kullanımı ve pazarlanmasına dair bilgiler). , 2013. (http://www.who.int/nutrition/topics/WHO\_brief\_fufandcode\_post\_17July.pdf, Erişim tarihi: 22 Mayıs 2016).

32. McGill R ve ark. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all (Sağlıklı yemeyi teşvik müdahaleleri etkili mi)? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact (Etkide sosyoekonomik eşitsizliklere yönelik sistematik inceleme). BMC Public Health, 2015, 15:457.

33. TÜİK. Türkiye Hanehalkı Bütçe Anketi, [web sitesi]., (http://www.turkstat.gov.tr/PreTablo.do?alt\_id=1012, Erişim tarihi: 13 Mayıs 2016).

34. Social determinants of health and well-being among young people (Gençler arasında sağlık ve iyilik halinin sosyal belirleyicileri). Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey (Türkiye’de Okul Çocuklarında Sağlık Davranışları Araştırması: 2009/2010 araştırması uluslararası raporu). Factsheets: Gender (Bilgi notları: Topumsal cinsiyet). , 2012. (http://www.hbsc.org/publications/factsheets/Gender-english.pdf, Erişim tarihi: 22 Nisan 2015).

35. OECD. Obesity and the Economics of Prevention (Obezite ve Önlemenin Ekonomisi). Fit not Fat (Şişman değil Zinde Olun). Paris, OECD, 2010.

36. Cecchini M ve ark. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness (Sağlıksız diyetler, fiziksel hareketsizlik ve obezite ile mücadele: sağlık etkileri ve maliyet etkinlik). The Lancet, 2010, 376(9754):1775–1784.

37. McGill R ve ark. Are interventions to promote healthy eating equally effective for all (Sağlıklı yemeyi teşvik müdahaleleri etkili mi)? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact (Etkide sosyoekonomik eşitsizliklere yönelik sistematik inceleme). BMC Public Health, 2015, 15:457.

38. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW (TERS BAKIM KANUNU). The Lancet, 1971, 297(7696):405–412.

39. Uluslararası Çalışma Örgütü. C187 - Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention (İş Güvenliği ve Sağlığını Geliştirme Çerçevesi), 2006 (No. 187). [web sitesi]., 2009 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\_ILO\_CODE:C187).

40. UNDP İnsani Kalkınma Raporları. Labour force participation rate (female-male ratio) (İşgücüne katılım oranları - kadın-erkek oranı)[web sitesi]. (http://hdr.undp.org/en/content/labour-force-participation-rate-female-male-ratio, Erişim tarihi: 22 Nisan 2015).

**EKLER**

1. **Nisan ayı değerlendirme misyonunun programı**
2. **Değerlendirme heyetindeki uluslararası ve ulusal uzmanların listesi**
3. **Kilit bilgi kaynaklarının listesi**
4. **Türkiye'de bütün yaşlar için DALY risk faktörleri**

**Şekil 4.1. Toplam DALY için risk faktörleri(%), erkek ve kadın, tüm yaş grupları, 2013 (6)**



**Şekil 4.2. Toplam DALY için risk faktörleri(%), erkek, tüm yaş grupları, 2013 (6)**



**Şekil 4.3. Toplam DALY için risk faktörleri(%), kadın, tüm yaş grupları, 2013 (6)**



1. **İlave kaynaklar - yeni eylem planının geliştirilmesine ve bu değerlendirmenin önerilerinin ilerletilmesine yönelik yayınlar ve web siteleri**
2. **Durum değerlendirme çalışması için önerilen şablon**

Bu şablondan, önerilen durum değerlendirme çalışmasında örnek olarak yararlanılabilir. Sağlık eşitsizlikleri bileşenine ve bu genel değerlendirmenin puanlama sistemine müracaat ediniz.

| **Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı [ve Eylem] Planı** | **Uygulanan faaliyetler / eylemler** | **Uygulanmayan faaliyetler / eylemler ve nedeni** | **Sağlık eşitsizlikleri - dikkate alındı mı, nasıl dikkate alındı1** | **Finansman dahil yeterli kaynak mevcut** | **Yeterli izleme sistemi ve kapasitesi** | **Puanlama sistemini kullanarak genel değerlendirme2** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Obeziteyle mücadele ve kontrol programı yönetiminin oluşturulması ve politika geliştirilmesi**
 |
| *A.1 Ulusal ve yerel düzeyde siyasi irade ve kararlılık gösterilmesi ve uygulama* |  |  |  |  |  |  |
| *A.2 Obezite ile mücadelenin yönetilmesinde mali düzenlemeler* |  |  |  |  |  |  |
| *A.3 Ulusal ve yerel düzeyde mevcut durumun saptanması ve yapılacak araştırmaların desteklenmesi.* |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Obeziteyle mücadeleye yönelik çalışmalar.**
 |
| *B.1 Toplumun obezite, yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi.* |  |  |  |  |  |  |
| *B.2 Okullarda obezite ile mücadelede, yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması.* |  |  |  |  |  |  |
| *B.3 İşyerlerine yönelik çalışmalar.* |  |  |  |  |  |  |
| *B.4 Obezitenin önlenmesinde gıda sanayii ile işbirliğinin sağlanması.* |  |  |  |  |  |  |
| *B.5 Medya haberleri ve reklamlarda yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivitenin desteklenmesi.* |  |  |  |  |  |  |
| *B.6 Fiziksel aktivitenin teşviki ve çevresel faktörlerin iyileştirilmesi.* |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Sağlık kuruluşlarında obezitenin teşhis ve tedavisine yönelik önlemler.**
 |
| *1. Sağlık personelinin obezitenin tanı ve tedavisi konularında bilgilerinin artırılmasına ve topluma yönelik uygulamaların yaygınlaştırılması* |  |  |  |  |  |  |
| *2. Sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerin fazla kiloluluk ve obezite açısından değerlendirilmeleri ve tedavilerinin sağlanması* |  |  |  |  |  |  |
| *3. Obezitenin tedavisinde cerrahi müdahalelerin uygulama şartlarının ve bu yöntemlerin bedelinin ödenmesine yönelik resmi düzenlemelerin yapılması*  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **İzleme ve değerlendirme**
 |
| *1. İzleme ve değerlendirme sisteminin oluşturulması.* |  |  |  |  |  |  |
| *2. 3 yıllık ilerleme raporlarının hazırlanması, ilk ilerleme raporunun 2010 yılında yayımlanması* |  |  |  |  |  |  |
| *3. "Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı" değerlendirmesinin 2015 yılında yapılması ve değerlendirme raporunun yayımlanması.*  |  |  |  |  |  |  |

1. Sağlık eşitsizlikleri: (i) mevcut eşitsizliklerin azaltılmasına özel vurgu yapılarak uygulanan faaliyet / eylem idi. Bunların nasıl tanımlanmıştır ve/veya (ii) faaliyet/eylem, yaş ve cinsiyete göre ayrıştırılmış veriler kullanılarak farklı sosyal gruplar üzerindeki etkisi bakımından değerlendirilmiş midir. Sözgelimi; çocuklar, gebeler gibi hedeflenen gruplara, yerleşim yerine (kentsel, kırsal, uzak kesimler), eğitim düzeyine veya sosyoekonomik duruma (gelir dilimi, gelir düzeyi veya iş durumu) göre er,i,ö, kapsam, etki veya sonuçlarda farklılıklara ilişkin bilgi bulunmakta mıdır.

**2 Genel değerlendirme puanlaması: hem nicel hem nitel bilgilere dayalı bir puan tahsis edilmesinde aşağıdaki sistemin kullanılması önerilmektedir.**

1. Bilgi yok
2. Başarı yok
3. Sınırlı başarı
4. Orta düzeyde başarı - önlemler hedef nüfusun %50'sinden fazlasına ulaşmıştır
5. Başarılı – önlemler bütün illerde uygulanmakta ve nüfuzun %50'sinden fazlasına ulaşmaktadır
6. Çok başarılı - etkilerin nüfusun farklı grupları genelinde dağılımı da dahil sürdürülebilir ve tam kapsamlı uygulama