

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARLA SAVAŞIM KAMPANYALARLA BAŞARILIR MI?

Hatice ŞİMŞEK KESKİN*, Reyhan UÇKU**

Özet: Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) tüm dünyada başlıca halk sağlığı sorunudur. DSÖ'nün Raporu'na göre 2012 yılında tüm dünyadaki ölümlerin %68'nin, 70 yaş öncesi ölümlerin %42'sinin nedeni BOH'lardır. Türkiye'de 2009 yılı verisine göre ölümlerin yaklaşık %70'i BOH'lara bağlıdır. BOH'ların önlenmesinde ve kontrolünde koruma, sağaltım, esenlendirme ve sağlığın geliştirilmesini içeren bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Ayrıca dikey örgütlenme yerine ulusal sağlık sistemi ile bütünleşmiş yatay örgütlenme biçiminde hizmet planlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: bulaşıcı olmayan hastalıklar, kontrol programı, kampanyalar

Can Combat Against Non-Communicable Diseases Succeed Through Campaigns?

Abstract: Non-communicable diseases (NCD) constitute a major health problem throughout the world. According to a WHO report, NCD account for 68% of total mortality burden and for 42% of mortality under age 70 in 2012. According to 2009 data, about 70% of deaths are associated with NCD. The prevention and control of NEC requires a holistic approach encompassing protection, treatment and therapy. Also, services should be planned through a horizontal organization integrated with the national healthcare system instead of a vertical approach.

Key words: non-communicable diseases, control programmes, campaigns

Giriş

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH); pek çok nedensel etmene bağlı olarak ortaya çıkan, bulaşıcı olmayan, yavaş ilerleyen ancak uzun süren, çoğunlukla tam olarak iyileşmeyen ve kalıcı engelliliğe neden olan hastalıklardır. Literatürde kronik hastalıklar, dejeneratif hastalıklar olarak da isimlendirilmekle birlikte yaygın kullanımı "bulaşıcı olmayan hastalıklar"dır. Doğurganlığın düşmesi ve çocuk sağkalımlarının artması ile toplumların yaşlanması tüm dünyada BOH epidemisinin temel nedenidir. Risk etmenlerindeki artış da eklenince epideminin boyutu artmaktadır (**Beaglehole, 2003**).

Sık görülen, yüksek ölümlülüğe ve engelliliğe neden olan BOH toplumlarda "önemli hastalık" özelliğini taşımaktadır. Ayrıca toplumsal maliyeti yüksek olan hastalıklardır (**WHO, 2014**). Küresel düzeyde 2012 yılında gerçekleşen ölümlerin %68'i BOH nedenlidir. BOH nedenli ölümlerin %42'si 70 yaş altı erken ölümlerdir ve yaklaşık dörtte üçü düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (**WHO,**

2014). BOH nedenli ölümlerin %82'si kardiyovasküler hastalıklar (KVH) (%46.2), kanser (%21.7), kronik solunum yolu hastalıkları (%10.7) ve diyabete (%4) bağlıdır (**WHO, 2014**).

Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yaptığı Sağlık Araştırması 2012'ye göre hekim tarafından tanı konmuş başlıca BOH sıklıkları şöyledir: Diyabet %6.7, kronik akciğer hastalıkları %2.9, koroner kalp hastalığı (KKH) %4.1, inme %0.9, kanser %0.9 (**TÜİK, 2013**). Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada ise sıklıklar; diyabet %11, KKH erkeklerde %3.8, kadınlarda %2.3, serebrovasküler hastalıklar erkeklerde %1.8, kadınlarda %2.2, kronik solunum yolu hastalıkları %5, kanser %1'dir (**Sağlık Bakanlığı, 2013**). TÜİK'in 2009 yılı verisine göre nedeni belirlenen 280,531 ölümün %39.9'u dolaşım sistemi, %20.7'si kanser, %8.9'u solunum sistemi hastalıkları kaynaklıdır (**TÜİK, 2009**).

BOH'ın oluşumunda sosyal eşitsizlikler, bireysel, genetik etmenler ve davranışsal özellikler yer

*Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

almaktadır. BOH'in çoğu kan basıncında, kan glukozunda ve kolesterolünde, beden kütle indeksinde artışa neden olan tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve aşırı alkol tüketimine bağlıdır (WHO, 2015a). Kontrol programları da bu önenebilir/değiştirilebilir risk etmenleri üzerinden oluşturulmaktadır. En sık görülen dört BOH için ortak risk etmenleri Tablo 1'de görülmektedir (WHO, 2015b).

Kontrol programlarının özellikleri ve Türkiye'deki durum

Kontrol programları toplumda "önemli hastalık" özelliği taşıyan, çoğunlukla önenebilen, etken ile sonuç arasında nedensel ilişki bulunan sağlık sorunlarına yönelik toplum tabanlı, çok merkezli uygulamalardır (Brownson, 1998). Bu uygulamaların başlaması için önce politik bir kararlılık gereklidir. Bu kararlılıkla uyumlu olarak uygun politikalar oluşturulmalıdır. Türkiye'de dünya geneline paralel olarak artan BOH sorununa yönelik politikalar ağırlıklı olarak 2000'li yıllarda geliştirilmeye başlanmış, hastalık temelli kontrol programları ve eylem planları hazırlanmıştır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı (SB) içinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü altında farklı isimlerle daire başkanlıkları (Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi) kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011a). SB'nin yeni yapılanmasıyla birlikte BOH kontrol programı çalışmaları Halk Sağlığı Kurumu altında farklı birimlerde toplanmış, Sağlığı Geliştirme ise Sağlık Bakanlığı altında yer almıştır. Politik kararlılık olması ve politikaların oluşturulması önemli bir adımdır; ancak benzer sorumlulukları olan farklı kurumlar/birimler arası koordinasyonun sağlanması güçtür. Örneğin BOH risk etmenleri ile ilişkili iki kampanya ('Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası' ve 'Tütün ve Tütün Mamülleriyle Mücadele Kampanyası') SB Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından sürdürülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Kontrol programları sistematik olarak ele alınan bir döngüden oluşmalıdır. Öncelikle programın

hedefleri net olarak belirlenmeli, belirlenen hedefler toplumla paylaşılmalıdır. Aynı zamanda hedeflere nasıl ulaşılabileceği de belirlenmeli, stratejiler oluşturulmalıdır; bunların oluşturulması gerekli, ancak yeterli değildir. Hedeflere ulaşmak açısından önceden planlanan bir yöntemle program sürekli olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir (Brownson, 1998). Bu izlem ve değerlendirme yapılmadığı sürece programın başarısı/başarısızlığından söz edilemez. BOH sürveyansının güçlendirilmesi gereken üç bileşeni; risk etmenlerinin izlenmesi, morbidite ve hastalığa özgü mortalitenin izlenmesi ve sağlık sistemi yanıtlarıdır (WHO, 2011). Türkiye'de bu üç bileşene ilişkin güvenilir bir sürveyans sistemi bulunmamaktadır. Risk etmenleri ve morbidite verisi yalnızca araştırmalardan, hastalıklara ilişkin mortalite verisi de ancak TÜİK'in 2009 yılı verisinden kısıtlı olarak elde edilebilmektedir (TÜİK, 2009).

Türkiye'de ilk olarak, en sık ölüm nedeni olan KVH'ler için önleme ve kontrol programı hazırlanmıştır. Bu program kapsamında, risk etmenlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı ile birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı oluşturulmuştur. Daha sonra diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları, kansere yönelik önleme ve kontrol programları peş peşe hazırlanmış, eylem planları oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2010; Sağlık Bakanlığı, 2011b). SB, 2010-2014 stratejik plan ve eylem planında da BOH'a geniş yer vermiş ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümleri 2014 yılına kadar %25 azaltmayı hedeflemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010). KVH'ler eylem planında da belirtildiği gibi BOH'un çoğunun risk etmenleri ve koruma stratejileri ortaktır (Sağlık Bakanlığı, 2008); bu nedenle BOH'u tek tek ele almak yerine, bütüncül bir koruma yaklaşımı ile hedefler belirlenmeli ve izlenmelidir. Ülkemizde hazırlanan eylem planlarında izleme ve değerlendirme başlıkları çok açıklayıcı olmasa da yer almaktadır. Ancak eylem planlarının uygulamasına ve sonuçlarına yönelik bir rapor henüz yayınlanmış değildir. Örneğin ilk olarak ele alınan KVH stratejik planları

Tablo 1. En sık görülen dört bulaşıcı olmayan hastalığa ilişkin değiştirilebilir risk etmenleri (WHO, 2015b)

Hastalık	Risk etmenleri			
	Tütün kullanımı	Sağlıksız beslenme	Fiziksel inaktivite	Aşırı alkol kullanımı
Kardiyovasküler hastalıklar	+	+	+	+
Kanser	+	+	+	+
Diyabet	+	+	+	+
Kronik solunum yolu hastalıkları	+			

(2008-2012 ve 2010-2014) süre olarak tamamlanmıştır. Bu süre sonunda elde edilen başarılar, henüz ulaşılamayan hedefler ve nedenleri eleştirel bir bakışla gözden geçirilmelidir.

Kontrol programının sürekliliği önemlidir. Bununla birlikte program projeler biçiminde planlanmamalı, ulusal sağlık sistemiyle bütünleştirilmelidir. Çok etmenli etyolojiye sahip olan, düzenli ve sürekli koruma ve sağaltım gerektiren, oluşumunda, önlenmesinde, sağaltımında ve esenlendirilmesinde eşitsizliklerin önemli bir risk oluşturduğu BOH'la savaşımın kısa süreli kampanyalar ya da projelerle başarılması beklenmemelidir. Başlangıçta farkındalık oluşturmak amacıyla dikkat çekici olabilen projelere/kampanyalara dayanan önleme ve kontrol programlarının rutin hizmet içine her basamakta yerleştirilmesi sağlanmalıdır. Bu açıdan ülkemizdeki durum değerlendirildiğinde; birinci basamakta BOH ile ilgili düzenli bir koruyucu ve sağaltıcı hizmet sunulmamakta, birinci basamak sağlık kurumları hastaların izlendiği değil, daha çok tanı konmuş BOH reçetelerinin yazıldığı birim olarak kullanılmakta, ikinci-üçüncü basamak sağlık kurumlarında ise, başvuran bireylere bütüncül yaklaşımı sağlayacak yeterli zaman ayrılmadan kısa sürede, hızlı muayenelerle sağlık hizmeti sunulmaktadır (**MEDCHAMPS, 2012**).

BOH yalnızca yetişkin dönemiyle ilişkili değildir. İntrauterin dönemden itibaren karşılaşılan riskler birikerek hastalıkların oluşumuna neden olmaktadır. Bu nedenle BOH kontrolünde "yaşam boyu yaklaşım" önemlidir. Hedef grup yalnızca yetişkinler olmamalı, program tüm toplumu kapsamalı ancak öncelikli grupların gereksinimlerine göre düzenlenmelidir. Toplum katılımının sağlanması girişimlerin toplum tarafından kabul edilebilir olması hedeflere ulaşmak açısından önemlidir (**Brownson, 1998**). KVH, diyabet gibi BOH'lerin kontrol programları incelendiğinde, ülkemizde yaşam boyu yaklaşım hedefine uygun stratejilerin yer aldığı görülmektedir (**Sağlık Bakanlığı, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2010; Sağlık Bakanlığı, 2011b**). Ancak bu stratejiler uygulamalara yansımamaktadır. Kontrol programları öncelikli olarak önlemeye yönelik olsa da birincil, ikincil ve üçüncül korumayı içerecek biçimde oluşturulmalıdır (**WHO, 2015c**). Tüm basamakları içeren kapsamlı bir yaklaşım tüm programlarımızda yer almaktadır; politika metinlerimizin bu açıdan uygunluğu göze çarpmaktadır. Ancak çoğunluğu 2014 yılında tamamlanan, toplum katılımlı, yaşam boyu yaklaşımla birincil, ikincil ve üçüncül korumayı

içeren kontrol programlarının, politika metinlerine uygun olarak yürütülüp yürütülmediği, hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı henüz değerlendirilmemiştir. Girişim olarak Toplum Sağlığı Merkezleri'nde açılan Obezite Poliklinikleri göze çarpmaktadır ki bu polikliniklerin de obeziteden korumaya ilişkin bir işlevi bulunmamaktadır. Başlıca risk etmenlerinden olan tütünün kapalı ortamda içilmesine ilişkin oluşturulan yasal düzenlemeler önemlidir ancak bu düzenlemelerin uygulaması ve denetimine ilişkin sorunlar bulunmaktadır.

BOH'un oluşumunda birden çok etmen rol oynamaktadır ve bu etmenlerin çoğu öncelikli dört BOH için ortaktır. Öyleyse bu hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde hastalıklara ve risklerine ilişkin ayrı ayrı programlar oluşturmaktansa tüm etmenlerin göz önünde bulundurulduğu, tüm etmenlere ilişkin girişimlerin aynı süreçte uygulandığı çok etmenli, bütüncül bir yaklaşım gereklidir (**WHO, 2015c**). Ancak salt bu hastalıkları ele alan dikey bir yaklaşımla değil, tüm BOH'u içine alan yatay bir yaklaşımla, birinci basamak sağlık kurumlarının etkin olarak kullanıldığı bir model planlanmalıdır (**Benton, 2012**). BOH için etkili hizmet sunumu, hastalık merkezli değil hasta merkezli, hastaneye dayalı özel bakım değil birinci basamağa dayalı bütüncül bakım, bireysel hasta odaklı değil toplumun gereksinimlerine odaklı, reaktif, semptom yaklaşımlı değil proaktif ve planlı, sağaltım odaklı değil koruma odaklı olmalıdır (**PAHO, 2013**).

Dikey programlar ya da hastalık kontrol programları, genellikle ayrı yönetim ve bütçeye sahip, belli düzeylerde var olan sistemle entegre edilmiş sağlık örgütlenmesi yaklaşımıdır. Amaç belli bir sağlık sorununu çözmektedir. Bu şekilde yaklaşımla özellikle bulaşıcı hastalıklarda kazanılan başarılar olmasına karşın, önemli sorunlar da ortaya çıkmaktadır. Var olan sağlık sistemiyle yeterince entegre olamaması nedeniyle benzer hizmetlerin farklı birimler/kurumlar tarafından sunulması, hizmet sunumunda yetersizlik ve sağlık hizmetinin parçalanması bu sorunlardandır. Yatay yaklaşım ya da entegre programlarda ise amaç bütün sağlık sorunlarını genel sağlık hizmetleri sistemi içinde çözmektir. Daha geniş bir bakışla, sürekliliği olan bir genel sağlık hizmet sistemini oluşturmaktır. Kısa sürede, özel eğitimli gruplarla, daha spesifik hedeflere yönelik hastalık temelli planlanan dikey programların, hedeflere ulaşmada daha etkili olduğu belirtilmektedir. Buna karşın, yatay programlar hastalık değil birey bazında sorunları ele alan, çeşitli sorunlara bütüncül yaklaşabilecek insan gücüyle hizmet

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen maliyet- etkin girişimler (WHO, 2014)

Girişim alanı	Girişim
Tütün kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> • Tütün tüketim vergisini artırarak tütün üretiminin maliyetini artırmak • Yasa ile tüm kapalı ortam işyerlerinde, halka açık yerlerde ve toplu taşıma araçlarında tamamen dumansız ortamlar oluşturma • Kitle iletişim araçları aracılığıyla tütün ve tütün dumanının tehlikelerine ilişkin etkili sağlık uyarıları ile toplum duyarlılığını artırmak • Tütüne ilişkin her türlü reklamı, promosyonu ve sponsorluğu yasaklamak
Alkolün aşırı kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> • Alkol kullanımına ilişkin ticari ve kamu alanlarında düzenlemeler yapmak • Alkol reklam ve promosyonlarını kısıtlamak ya da yasaklamak • Alkollü içecekler üzerindeki tüketim vergisini artıran fiyatlandırma politikaları kullanmak
Beslenme- fiziksel aktivite	<ul style="list-style-type: none"> • Tuz tüketimini azaltmak • Trans yağları yerine doymamış yağlar kullanmak • Beslenme ve fiziksel aktiviteye ilişkin toplumu bilinçlendirme programları uygulamak • Anne sütü ve emzirmeye özendirme
Kardiyovasküler hastalık ve diyabet	<ul style="list-style-type: none"> • Kalp krizi ya da inme öyküsü olan kişilerle önümüzdeki 10 yıl için ölümcül ve ölümcül olmayan kardiyovasküler riski çok yüksek ($\geq 30\%$) olan kişilere ilaç tedavisi ve danışmanlık • Akut miyokard infarktüsü için asetilsalisilik asit (aspirin) kullanmak
Kanser	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatit B aşılama yoluyla karaciğer kanserini önlemek • Tarama yoluyla servikal kanseri önlemek

sunum yaklaşımıdır (Atun, 2008; Etiler, 2002). Bu özellikler açısından değerlendirildiğinde; BOH'la savaşım kısa süreli bir yaklaşımla değil uzun soluklu, bütüncül ve entegre bir yaklaşımla başarılabilir.

Temel olarak sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin girişimler hedeflense de salt bireysel girişimlerle BOH savaşımında başarı sağlanması olası değildir. Programın ulusal sağlık politikalarının parçası olması ve sektörler arası işbirliğiyle yapılması gereklidir. Örneğin Finlandiya'da yapılan Kuzey Karelia Projesi'nde girişimler sağlık hizmetleri ile birlikte okulları, sivil toplum örgütlerini, yerel medyayı, süpermarketleri, gıda ve tarım sektörünü kapsamıştır (Puska, 2002). DSÖ önerilerine uyumlu olarak hazırlanan önleme ve kontrol programlarında sektörler arası işbirliği vurgusu yer almış ve ilgili sektörlerin rolleri eylem planlarında belirtilmiştir. Milli Eğitim, Maliye ve Tarım Bakanlıkları, yerel yönetimler, basın-yayın kuruluşları, sivil toplum örgütleri, üniversiteler vurgulanan sektörler arasındadır. Ayrıca Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Sektörlü Eylem Planı (2015-2025) hazırlık çalışmaları da başlatılmıştır (THSK, 2015). Ancak, SB ile kurumlar arasında işbirliği, koordinasyon ve güven sorunu olduğu, uzun süreli işbirliğinin başarısız olduğu belirtilmektedir (MEDCHAMPS, 2012).

DSÖ tarafından "best buys" olarak adlandırılan finansmanın kısıtlı olduğu durumlarda uygulanabilir düşük maliyetli yüksek etkili girişimler incelendiğinde de kontrol programının ulusal sağlık politikasının parçası olan, sektörler arası işbirliği gerektiren, her üç koruma basamağını da içeren özellikte olması gerektiği görülmektedir (Tablo 2) (WHO, 2014).

Sonuç olarak, BOH'la savaşım, pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, DSÖ'nün önerdiği politikaların izlenmesiyle 2000'li yıllardan bu yana sürdürülmektedir. Uzun erimli olan bu savaşım korumanın her aşamasını, sağlık sisteminin tüm basamaklarını, kamu/özel pek çok sektörün işbirliğini içeren bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Ancak, BOH'un ortaya çıkışında en temel etken olan sosyal eşitsizliklerin, hastalıkların önlenmesi, sağaltımı ve esenlendirilmesine yönelik hizmetlere erişimi de engellediği gerçeğini dikkate almayan politikaların başarılı olamayacağı açıktır.

Kaynaklar

Atun RA, Bennett S, Duran A. (2008). When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? Health Systems And Policy Analysis. Erişim tarihi: 12.02.2015, <http://www.who.int/management/district/services/WhenDo-VerticalProgrammesPlaceHealthSystems.pdf>

- Beaglehole R, Yach D.** (2003). *Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: The neglected chronic diseases of adults.* *Lancet* 362: 903-8.
- Benton DC.** (2012). *Non-communicable diseases: a vertical or horizontal approach?* *International Nursing Review* 59(3): 296.
- Brownson RC, Remington PL, Davis JR.** (1998). *Chronic disease epidemiology and control.* Second ed. USA: American Public Health Association. United Books Press.
- Etiler N.** (2002). *Sağlık hizmetlerinde yatay ve dikey örgütlenme.* *Toplum Hekimliği Bülteni.* Erişim tarihi: 12.02.2015, <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/cilt21-3.php>.
- MEDCHAMPS** (2012). *Türkiye'de kalp damar hastalıkları ve diyabet kontrolünde var olan durum ve politika önerileri, sonuç raporu.* Erişim tarihi: 10.02.2015, <https://research.ncl.ac.uk/media/sites/researchwebsites/medchamps/MedchampsRapor.pdf>
- PAHO** (2013). *Innovative care for chronic conditions: Organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas.* Washington, DC: PAHO Publication.
- Puska P** (2002). *Successful prevention of non-communicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland.* *Public Health Medicine* 4(1):5-7.
- Sağlık Bakanlığı** (2008). *Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı risk faktörlerine yönelik stratejik plan ve eylem planı.* Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı** (2010). *Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014).* Ankara: Anıl Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı** (2011a). *Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları-2011.* Ankara: Anıl Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı** (2011b). *Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014).* Ankara: Anıl Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı** (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması.* Ankara: Anıl Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı** (2014). *Devam eden kampanyalar.* Erişim tarihi: 22.01.2015, <http://www.sggm.saglik.gov.tr/belge/1-15717/devam-eden-kampanyalar.html>
- TÜİK** (2009). *Ölüm nedeni istatistikleri.* Erişim tarihi: 11 Şubat 2015, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10713>
- TÜİK** (2013). *Sağlık Araştırması 2012.* Ankara: TÜİK Matbaası.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu** (2015). *Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok sektörlü eylem planı (2015-2025).* Erişim tarihi: 12.03.2015, <http://www.thsk.gov.tr/haberler/bulasici-olmayan-hastaliklar-cok-sektorlu-eylem-planı-2015-2025.html>.
- WHO** (2011). *Bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin küresel durum raporu,2010.* Erişim tarihi: 12.03 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf
- WHO** (2014). *Global Status Report on noncommunicable diseases 2014.* Switzerland: WHO Press.
- WHO** (2015a). *Risk factors.* Erişim tarihi: 22 Şubat 2015, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/en/.
- WHO** (2015b). *Four noncommunicable diseases, four shared risk factors.* Erişim tarihi: 22 Şubat 2015, <http://www.who.int/ncdnet/about/4diseases/en/>
- WHO** (2015c). *Integrated chronic disease prevention and control.* Erişim tarihi: 24.02.2015, http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/.