



## BİRLEŞMİŞ MİLLETLER SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ KAPSAMINDA TÜRKİYE'NİN SAĞLIK ALANINA İLİŞKİN MEVCUT DURUM ANALİZİ

### CURRENT SITUATION ANALYSIS RELATED TO HEALTH AND WELFARE IN TURKEY WITHIN THE SCOPE OF UNITED NATIONS SUSTAINABLE DEVELOPMENT TARGETS

Murat DERİN\*

#### Öz

Günümüzde, artan yoksulluk, gelir dağılımındaki eşitsizlik, hastalıklar, göçler, savaşlar ve çatışmalar tüm dünya ülkeleri için oldukça önemli ve kontrol edilmesi güç sosyal sorunlar haline gelmiştir. Milyonlarca insanı etkileyen bu sorunlar, farklı coğrafyalarda farklı ağırlıklarda kendisini hissettirmektedir. Öyle ki, bu gün dünya üzerindeki bazı kesimler refah içerisinde yaşarken, bazı kesimler ise açlık, yoksulluk, bulaşıcı hastalıklar gibi insan yaşamını doğrudan tehdit eden sosyal sorunlarla mücadele etmektedir. Ancak temeli gelir eşitsizliğine ve kaynakların dağılımındaki dengesizliğe dayanan bu sosyal sorunlara sürdürülebilir çözümler üretilememektedir. Ayrıca, kısıtlı ve tükenbilir dünya kaynakları hızlı bir şekilde tüketilmekte ve doğal çevre insan eliyle tahrip edilmektedir. Öte yandan, dünya kaynaklarının tüketiminin bu şekilde sürdürülmesinin gelecek nesillere yaşanılabilir bir dünya bırakmaya olanak vermeyeceği ve var olan düzenin "sürdürülemez" olduğuna ilişkin küresel bir farkındalık oluşmuştur. Bu nedenle tüm dünya devletlerinin katkı ve işbirliği ile küresel düzeyde harekete geçilerek, sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin belirlenmesine ve acilen eyleme geçirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu makalede, sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilmesi amacıyla başlatılan küresel girişimler ile belirlenen hedefler hakkında bilgiler verilerek, Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde "Sağlık ve esenlik: Herkes için her yaşta sağlıklı bir yaşam sağlamak ve esenliği desteklemek" şeklinde Hedef 3'de belirlenen temel ve alt hedefler odağında Türkiye'nin sağlık ve esenlik durumuna ilişkin mevcut duruma yönelik bir analiz ortaya konulacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kalkınma, Sürdürülebilir Kalkınma, Sağlık ve Esenlik.

#### Abstract

Today, increasing poverty, inequalities in income distribution, diseases, migrations, wars and conflicts have become very important and difficult to control social problems for all the countries of the world. These problems, affecting millions of people, make them feel differently in different geographies. It is such that today some parts of the world live in prosperity while others are struggling with social problems that directly threaten human life such as hunger, poverty and infectious diseases. However, sustainable solutions can not be produced for these social problems based on the inequality of the basic income and the imbalance of the distribution of resources. In addition, limited and consumable world resources are rapidly consumed and the natural environment is destroyed by human hands. On the other hand, a global awareness has arisen that the continuation of the consumption of world resources will not allow for a viable world to future generations, and that the existing order is "unsustainable". For this reason, global governments need to act at the global level with the contribution and cooperation of the governments of the world, to determine the targets of sustainable development and to act immediately. In this article, by giving information about the targets set by the global initiatives initiated to realize sustainable development, an analysis of the current state of health and well-being of Turkey will be presented at the centre of basic and sub targets identified in United Nations 2030 Sustainable Development Targets Goal 3: "Good Health: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages".

**Keywords:** Development, Sustainable Development, Health and Welfare.

#### Giriş

Günümüzde dünyadaki nüfusun küçük bir kesimi zenginlik ve refah içerisinde bir hayat sürerken, geri kalan nüfusun oldukça büyük bir kesimi açlık, hastalıklar, doğal felaketler, savaşlar gibi çeşitli felaketlerle karşı karşıya kalmış durumdadır. Ortaya konulan çeşitli istatistiksel göstergeler, zenginler ile yoksullar arasındaki farkın sürekli olarak artış göstermekte olduğunu ve dünyada bir milyardan fazla insanın yoksulluk sınırının altında hayatını sürdürmek zorunda kaldığını ortaya koymaktadır. Bunlarla birlikte gün geçtikçe daha müreffeh bir yaşam ve adil bir dünya düzenine olan talep artmaktadır. Ancak bu görünümle birlikte, insan faaliyetlerinin çevre üzerindeki tahrip edici etkisi de devam etmektedir. Bunun en temel nedeni tüketimdeki artışa karşılık, üretim düzeyinin doğal kaynakların yenilenme kapasitesini aşmasıdır. Dünya çok farklı ve karmaşık sorunlarla karşı karşıya olduğundan ve tüm kesimler için uygun ve kalıcı çözümler ortaya konulamadığından, bir an evvel sürdürülebilir kalkınma ilkelerinin benimsenmesi ve acil olarak küresel düzeyde harekete geçilmesi gerektiği görüşü çeşitli aktörlerce büyük ölçüde kabul görmüştür. Küresel düzeydeki kalkınma tartışmalarında özellikle "sürdürülebilir kalkınma" konusu üzerinde durulmaktadır. Çünkü birçok kalkınma modelinde sürdürülebilirlik sağlanamamaktadır (Bayazit ve Önsal, 2017, 3).

Sürdürülebilir kalkınma kavramından ilk defa 1987'de, Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu tarafından hazırlanan "Ortak Geleceğimiz" başlıklı Brundtland Raporu'nda söz edilmiştir. Bu raporda sürdürülebilir kalkınma kavramı, insanlığın gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden vazgeçmeksizin, mevcut gereksinimlerini karşıladığı kalkınma şeklinde tanımlanmış ve insanoğlunun bunu yapabilme yeteneğinin olduğu ortaya konulmuştur (UN, 1987, 16).

Sürdürülebilir kalkınma 1990'lı yıllarda imzalan uluslararası anlaşmalar sonucu küresel bir eylem planı haline almıştır. Sürdürülebilir kalkınma anlayışı ülkelerin sosyal ve ekonomik gelişme hedeflerinde geleceği sahiplenmesini, daha iyi bir hayata ilişkin beklentilerin ve temel ihtiyaçların bu doğrultuda karşılanmasını gerektirmektedir. Sürdürülebilir kalkınma anlayışı büyümeye birlikte gelecek nesillerin ihtiyaçlarının hakkaniyetle gözetilmesini, bu yüzden, ekonomik, sosyal yapı ve çevre ilişkisinin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesini ve çevresel kaynakların

\* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi



korunmasını öncelikli görmektedir. Tüm bunlar sürdürülebilir kalkınmanın temel felsefesini oluşturmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2016).

Sürdürülebilir kalkınma kavramı sınırlandırma anlamına gelmemektedir. Ancak, biyosferin çevresel kaynaklar üzerindeki insan faaliyetlerinin etkilerini absorbe etme kabiliyeti ile ilgili sınırlamalar söz konusu olmaktadır. Bununla birlikte sürdürülebilir kalkınma, hızla büyüyen nüfus grupları üzerinde baskıyı arttırabilmekte, yaşam standartları üzerindeki artışı yavaşlatabilmektedir. Bu nedenle nüfus büyüklüğü ve büyümenin, ekosistemin değişen üretken potansiyeli ile uyumlu olması gereklidir. Ancak, sürdürülebilir kalkınma, sabit bir uyum hali demek değildir. Kaynakların dikkatli bir şekilde tüketildiği, yatırımların ve teknolojik gelişmenin yönlendirildiği, kurumsal değişimin geleceğe uyumlu olduğu, şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçların tutarlı hale getirildiği bir değişim süreci olarak görülmektedir (UN, 1987, 16). Sürdürülebilir kalkınma kavramı, çevrenin uzun vadeli değerini koruyarak ekonomik ilerlemeyi amaçlamaktadır. Bu, çevre politikalarının ve kalkınma stratejilerinin entegrasyonu için bir çerçeve oluşturmaktadır (United Nations General Assembly 1987'den akt. Emas, 2015, 1).

Sürdürülebilir Kalkınmanın gerçekleştirilmesine ilişkin oldukça iddialı hedef ve amaçlar belirlenmiş olmasının yanı sıra, bunların hayata geçirilmesi sınırlı olmuştur. Bunun temel nedenleri arasında, uygulama araçlarının varlığı ve bunlara erişimdeki sıkıntılar, acil ihtiyaç ve küresel kalkınma hedeflerinin çelişebilmesi ve paydaşların kapasite ve farkındalık düzeylerinin sınırlı olması sayılabilmektedir. Ülkemiz için de kalkınma hedeflerinin uygulamaya geçirilmesinde bu durumlar etkili olmuştur. Türkiye 1992'den itibaren ulusal plan, program ve stratejilerine sürdürülebilir kalkınma ilkelerini önemli ölçüde entegre etmiştir. (Bayazıt ve Önsal, 2017, 4).

Bir sonraki bölümde, genel hatlarıyla sürdürülebilir kalkınmaya yönelik küresel girişimler ele alınacaktır.

### **1.Küresel farkındalıktan 2030'a: Sürdürülebilir kalkınma yolculuğu**

#### **1.1.Birleşmiş Milletler (BM) Çevre ve Kalkınma Konferansı (Rio Zirvesi-1992)**

1992'de Brezilya-Rio de Janeiro'da, 172 ülkenin katılımıyla BM Çevre ve Kalkınma Konferansı düzenlenmiştir. Rio Zirvesi olarak da adlandırılan konferans çevre sorunları ile mücadele ve sürdürülebilirlik arasındaki bağları küresel ölçekte güçlendirmeyi hedeflemiştir. Zirvede sürdürülebilirlik olgusu özellikle ön planda olmuş, iklim değişikliği, çölleşme ile mücadele ve biyolojik çeşitlilik gibi konularda 21. yüzyıl için hususları sıralayan Rio Sözleşmeleri (Çölleşme ile Mücadele Sözleşmesi, Biyolojik Çeşitlilik Sözleşmesi ve İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesi imzaya açılmıştır (Çevre ve Orman Bakanlığı, 2017).

BM tarafından yapılan ilk Çevre Konferansı 1972 yılında yapılan konferanstır, ancak 1992 yılı sürdürülebilir kalkınma bakımından bir dönüm noktası niteliği taşımaktadır. Konferans, amaçları ve katılım yönünden, BM konferansları arasında önemli bir yeri bulunmaktadır (Kavas ve Sezer, 2002, 2).

#### **1.2.BM Binyıl Zirvesi (Binyıl Bildirgesi-2000)**

BM Genel Kurulu 2000 yılında, 147 devlet ve hükümet başkanının ve 189 ulusun temsilcisi ile 55. B.M Genel Toplantısı için New York'ta toplanarak Binyıl Zirvesini gerçekleştirmiştir. Genel Kurul tarafından yayınlanan deklarasyonda, daha huzurlu, müreffeh ve adil bir dünyanın vazgeçilmez temelleri olarak örgüt ve tüzüğüne olan inanç vurgulanmıştır. Deklarasyonda uluslar ve halkların gittikçe birbirine bağlı ve bağımlı hale geldiği, insanlık onurunu, hakkaniyet ve eşitlik ilkelerinin, küresel düzeyde desteklenmesinde ortak bir sorumluluğun bulunduğu, BM'nin bütün devletlerin toprak bütünlüğüne ve siyasi bağımsızlığına saygı duymaya, anlaşmazlıkların barışçıl yöntemlerle çözülmesine ve adalet ve uluslararası hukukun ilkelerine uygun olarak kendi kaderini tayin hakkına uymaya, insan haklarına ve temel özgürlüklere saygı duymaya, ırk, cinsiyet, dil veya din konusunda ayırım gözetmemeye, uluslararası işbirliğine, ekonomik, sosyal, kültürel veya insani nitelikteki uluslararası sorunları çözmeye yeniden kendisini adanmış ifade edilmiştir (UNGA/General Assembly of the United Nations, Millennium Declaration, 2000, 1-8).

Zirvede, Birleşmiş Milletler Üyeleri yeni yüzyıl için yeni bir gündem belirlemiştir. Bildirge, güvenlik, barış, ortak çevreyi koruma, insan hakları gibi konularda öncelikler sıralamıştır (BM Kalkınma Programı Rehberi, 2006, 4). Zirvede, 192 üye ülkenin, yoksulluk ve açlık sorununun çözülmesi, evrensel ilköğretimin sağlanması, kadınların güçlendirilmesi ve cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması, çocuk ölümlerinin en aza indirilmesi, anne sağlığının iyileştirilmesi, sıtma, HIV/AIDS ve diğer hastalıklarla savaşılması, çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması ve küresel kalkınma için ortaklığın sağlanması şeklinde sekiz ana hedef belirlenmiştir (BM Türkiye, 2016).

Ortak kararlar almanın yanı sıra Zirvede günümüzde karşılaşılan en önemli sorunun küreselleşmenin tüm dünya halkı için olumlu bir güç olmasını sağlamak olduğu, gelişmekte olan ülkelerin ve geçiş ekonomileri olan ülkelerin bu merkezi zorluğa cevap vermede özel zorluklarla karşılaştıklarının kabul edildiği vurgulanmıştır. Buna karşılık ortak bir gelecek yaratmak için geniş ve sürekli çabalar vasıtasıyla küreselleşmenin tamamen kapsayıcı ve adil hale getirilebileceği belirtilmiştir. Yirmi birinci yüzyılda uluslararası ilişkiler için temel bazı değerler, doğaya saygı, eşitlik, dayanışma, özgürlük, hoşgörü ve ortak sorumluluk olarak sıralanmıştır (UNGA, Millennium Declaration, 2000, 1-8).

#### **1.3.Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi (Johannesburg Zirvesi- 2002)**

2002'de Güney Afrika'nın Johannesburg şehrinde Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi düzenlenmiştir. Johannesburg Zirvesi 1992 yılından beri devam etmekte olan sürecin ulaştığı noktayı göstermektedir. Zirvede kalkınma için önemli unsurlar ön plana çıkarılmış, hedefler belirtilmiş ve başta yoksullukla mücadele olmak üzere, enerji, su, balıkçılık, sağlık ve kapasite geliştirme gibi çeşitli konularda devletler taahhütlerde bulunmuştur. Bildirgede sürdürülebilir kalkınmanın 3 yönü (sosyal, ekonomik ve çevresel) vurgulanarak üretim- kalıplarının değiştirilmesi, yoksulluğa son verilmesi ve tabiat kaynaklarının korunması/idaresi hususlarında müşterek vaatlerde bulunulmuş, bununla birlikte hedeflere ulaşmada, yoksul ve zenginler arasındaki eşitsizliğin derinleşmesi, biyolojik çeşitliliğin



bozulması, globalleşmenin negatif etkileri ve demokratik sistemlere olan güvenin önemli ölçüde azalmış olması temel bazı zorluklar olarak sıralanmıştır (Kavas ve Sezer, 2002, 1-24).

#### **1.4.BM Sürdürülebilir Kalkınma Konferansı (Rio + 20-2012)**

2012'de Brezilya-Rio de Janeiro'da gerçekleştirilen konferans, sürdürülebilir kalkınmanın uygulanmasını kolaylaştırmayı amaçlayan siyasi bir belgeyle sonuçlanmıştır (Sustainable Development Knowledge Platform, 2012). "İstedığımız Gelecek" adıyla ortaya konulan sonuç belgesi "2015 Sonrası Kalkınma Gündemi" adıyla yeni bir kalkınma gündemi oluşturulmasına yönelik bir çağrıda bulunmuştur (Bayazıt ve Önsal, 2017, 4). Rio+20 Zirvesi bugüne kadar düzenlenen en büyük Birleşmiş Milletler etkinliğidir. Konferansa 193 üye ülke ve çok sayıda uluslararası organizasyon katılım sağlamıştır (İş Dünyası ve Sürdürülebilir Kalkınma Derneği, 2017).

#### **1.5.BM 2015 Sonrası Kalkınma Gündemi (2030 Kalkınma Gündemi-2015)**

BM Genel Merkezi tarafından 2015 yılında gerçekleştirilen BM Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinde 17 hedef ve 169 amacı kapsayan 2015 Sonrası Kalkınma Gündemi (2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri) 193 ülkenin imzasıyla kabul edilmiştir. Kararlar 2016 yılının başından itibaren tüm dünyada uygulanmaya başlanmıştır. 2030 Kalkınma Gündemi 2030'a kadar ulaşılacak üzere sayısal ve niteliksel amaçları içeren, bütün ülkeler için politika ve uygulamaları yönlendirecek bütüncül bir rehberdir (Bayazıt ve Önsal, 2017, 4). Bu gündem insanların refahı ve gezegen için bir eylem planı olmakla birlikte, dünya barışının güçlendirilmesini de amaçlamaktadır. Eylem planında sürdürülebilir kalkınma için yoksulluğun ortadan kaldırılması vaz geçilmez bir gereklilik olarak ele alınmaktadır. 17 sürdürülebilir kalkınma hedefi ve 169 alt başlığı, yeni küresel gündemi ve bunların amaçlarını ortaya koymaktadır. Tüm ülkelerin ve paydaşların işbirliği içinde hareket ederek bu planı uygulamaya koyması beklenmektedir (UNGA, 2015, 15).

#### **BM 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri**

- |                                |  |                               |
|--------------------------------|--|-------------------------------|
| 1. Yoksulluğa son              | 7. Erişilebilir ve temiz enerji            | 13. İklim eylemi              |
| 2. Açlığa son                  | 8. İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme    | 14. Sudaki yaşam              |
| 3. Sağlıklı bireyler           | 9. Sanayi, yenilikçilik ve altyapı         | 15. Karasal yaşam             |
| 4. Nitelikli eğitim            | 10. Eşitsizliklerin azaltılması            | 16. Barış ve adalet           |
| 5. Toplumsal cinsiyet eşitliği | 11. Sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları | 17. Hedefler için ortaklıklar |
| 6. Temiz su ve sıhhi koşullar  | 12. Sorumlu tüketim ve üretim              |                               |

(İş Dünyası ve Sürdürülebilir Kalkınma Derneği, 2015).

Rio Zirvesi ardından, 2000'deki Binyıl Zirvesi ve 2012'deki Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi küresel kalkınma gündeminde önemli dönüm noktaları olarak değerlendirilmektedir. Rio Konferansının, kalkınmanın ekonomik, sosyal ve çevresel boyutlarını bütüncül bir yaklaşımla ele alma yaklaşımı devrimsel bir çaba olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan Binyıl Zirvesinin küresel kalkınmayı hedef bazında önceliklendirmesi, politika ve karar vericiler için "Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH)" olarak tanımlanan bir araç oluşturması bakımından oldukça önem görülmektedir (Bayazıt ve Önsal, 2017, 3). Binyıl Zirvesi 1990'lı yıllardan günümüze kadar olan sürede önemli bir yere sahiptir. Bu zirvede tüm ülkeler belirlenen hedeflere ulaşılmasının yoksulluk olgusunu büyük bir oranda değiştireceğini vurgulamıştır. BKH'nin nicel olması, belirli bir zaman kısıtlamasının olması ve izleme gerekliliği, ülkelerin sistematik ölçümler yapmasını zorunlu kılmıştır. Küresel olarak yapılan izleme çalışmaları ülkelerin bu hedeflere ulaşma yönünde farklı ivmelerinin olduğunu, tüm ülkelerin belirlenen hedeflere ulaşma noktasında yeterli kaynağa sahip olmadığını göstermiştir (Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye, 2010, 12).

Buraya kadar olan bölümlerde sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilmesine yönelik oluşturulan küresel işbirliği çalışmalarının kısa tarihine ve kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesine yönelik uluslararası çabalara yer verilmiştir. Kalkınma Hedefleri kapsamında, BM öncülüğünde daha yaşanabilir bir dünya düzeninin oluşturulması ve sürdürülebilir bir sosyal kalkınmanın gerçekleştirilmesine yönelik hükümetler, karar alıcılar ve çeşitli aktörlerce planlanan, hayata geçirilen, üzerinde düşünülen veya hiçbir şekilde eyleme geçirilemeyen onlarca hedef ve programdan söz etmek mümkündür. Bununla birlikte kalkınma hedefleri çerçevesinde alınan kararların ne kadarının uygulamaya geçirildiği ve ne kadarının uluslararası taahhütler uyarınca yerine getirildiği konusu ülkelerin sahip oldukları kaynaklara, gelişmişlik düzeylerine, ulusal önceliklerine, politik, sosyal ve ekonomik yapılarına göre değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle kalkınma hedefleri doğrultusunda gelinecek noktanın neresi olduğunu net bir biçimde ölçmek ya da bu sürece ilişkin net çıktılar ortaya koymak hem güç hem de bu çalışmanın amacı dışındaki konulardır. Bu nedenle çalışma, kalkınma hedeflerine ilişkin küresel dönüm noktaları olarak sayılabilecek girişim ve çalışmalardan elde edilen genel çıktılarla, alınan temel kararlarla ve hedeflerle sınırlı tutulmuş, geniş bir açıdan anlaşılır bilgi sunulmaya çalışılmıştır. Bundan sonraki kısımda ise ele alınan konu itibarıyla, en son kalkınma göstergeleri ve hedefleri olarak belirlenmiş "2030 Kalkınma Hedefleri" üzerinde durulmuştur. Sağlık ve esenlik başlığı altında sıralanan kalkınma hedeflerine ilişkin Türkiye'nin mevcut durumuna ilişkin bir analiz ortaya konulmaya çalışılmıştır.

#### **2. 2030 Kalkınma Hedefleri- Hedef 3: Sağlık ve Esenlik "Herkes İçin Her Yaşta Sağlıklı Bir Yaşam Sağlamak ve Esenliği Desteklemek".**

2030 Kalkınma Hedeflerinde sağlık ve esenlik (iyi oluş, iyilik) başlığı altında 9 ana hedef belirlenmiştir. Bu hedefler için göstergeler oluşturulmuş ve bir süre öngörülmüştür.

Bu bölümde, 2030 Kalkınma Hedeflerinde sağlık alanı için belirlenen hedefler genel başlıklar halinde ele alınmış, bu kapsamda ülkemizde yapılan çalışmaların neler olduğuna yer verilmiştir. Diğer ülkeler ile karşılaştırmalı olarak, ilerleme göstergeleri istatistikî tablolar halinde sunulmuştur. Ülkemizdeki sağlık alanındaki mevcut durum belirlenen hedefler ile sınırlı tutularak ortaya konulmuş ve hedef-durum karşılaştırmaları yapılmıştır.



**Tablo 1: Sağlık Alanındaki Hedefler, Göstergeler ve Öngörülen Süre**

2030 Kalkınma Hedefleri	Gösterge	Süre
Anne ölüm oranlarının düşürülmesi	100.000 canlı doğumda en azından 70 altı ölüm	2030'a kadar
Yenidoğan ölüm oranlarının düşürülmesi	1.000 canlı doğumda en azından 12'ye düşürülmesi-önlenebilir ölümlerin sonlandırılması	2030'a kadar
Beş yaşın altındaki ölüm oranlarının düşürülmesi	1.000 canlı doğumda en azından 25'e düşürülmesi - önlenebilir ölümlerin sonlandırılması	2030'a kadar
AIDS, tüberküloz, sıtma ve ihmal edilen tropik hastalık salgınlarının bitirilmesi ve hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi		2030'a kadar
Bulaşıcı olmayan hastalık kaynaklı prematüre bebek ölümlerinin üçte bir oranında düşürülmesi ve ruh sağlığının desteklenmesi		2030'a kadar
Uyuşturucu madde ve alkol bağımlılığının engellenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi		-
Karayollarındaki trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaların dünya çapında yarıya indirilmesi		2020'ye kadar
Aile planlaması- cinsel sağlık-üreme sağlığı hizmetlerine ve bu konuda eğitimin sağlanması- bu konuların ulusal stratejilere ve programlara entegre edilmesi,		2030'a kadar
Finansal risklerin ortadan kaldırılması, kaliteli sağlık hizmetlerine /güvenli, etkili, kaliteli ve uygun fiyatlı zaruri ilaç ve aşılarla erişimi içeren genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması,		-
2030'a kadar tehlikeli kimyasal maddelerden ve kirlilikten kaynaklanan ölümlerin önemli ölçüde azaltılması		2030'a kadar

### 2.1. Anne Sağlığının İyileştirilmesi-Anne, Yenidoğan ve Beş Yaş Altı Ölüm Oranlarının Düşürülmesi

Türkiye'de anne ölüm oranlarının düşürülmesinde önemli sonuçlar elde edilmiş ve son 10 yılda ülkemiz, OECD ülkelerinin son 20 yıldaki oranları ile aynı oranları yakalamıştır. 1993 yılında 100.000 canlı doğumdaki anne ölüm hızı 132 ve 2002'de 64 iken, 2014 yılında 15.2'ye gerilemiştir (Ministry of Development, 2016, 10).

Anne sağlığında elde edilen olumlu başarılarla birlikte, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması hedefinin gerçekleştirilmesinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Doğumların eğitilmiş sağlık personeli aracılığıyla gerçekleştirilmesi, çeşitli önlenebilir hastalıklara karşı aşılamanın yapılması ve kadının eğitim düzeyinin artırılması ile mümkün olduğu öngörülerek çeşitli programlar uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılından itibaren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamaya konulmuş ve genel sağlık sistemi kurulmuştur. Yapısal reformlarla birlikte ücretsiz aşılama programı içine alınan aşı sayısındaki artış, çocuklara yönelik tarama-önleme programlarının güçlendirilmesi, anne sütü teşviki, bebek dostu hastane uygulamaları ve demir desteği gibi özellikle yeni doğanlara yönelik koruyucu programların sayısının artırılması ve güçlendirilmesi beş yaş altı çocuk ölümlerinde belirgin düşüşler sağlamıştır. 2004'ten buyana bebelere, 2005'ten itibaren hamile annelere ücretsiz demir desteği ve bebelere 1 yaşına kadar ücretsiz D vitamini sağlanmaktadır. Fenilketonüri tarama programına ek olarak 2006'da "Hipotiroidi Tarama Programı" ve 2007'de "İşitme Taraması Programı" başlatılmıştır (Türkiye Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu, 2010, 33). Bunlarla birlikte anne sağlığının iyileştirilmesi, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik ülkemizde daha birçok program uygulanmaktadır. Bu programlar aşağıda bir tablo halinde verilmiştir.

**Tablo 2: Türkiye'de Anne ve Çocuk Sağlığına Yönelik Çeşitli Programlar**

Aile Planlaması Programı	D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Geliştirilmesi Programı
Evlilik ve Gebelik Öncesi Yönlendirme ve Danışmanlık Programı	Gebe Kadınlara Demir Takviyesi Programı
Evlilikle İlgili Tıbbi Muayeneler	"Demir Gibi Türkiye" Programı
Hemoglobinopati Kontrol Programı	Bebek Ölümleri İzleme Programı
Antenatal Bakım Programı	Çocukluk Dönemi Enfeksiyonlarının Önlenmesi Programı
Doğum ve Sezaryen Programı	Kızamık Eliminasyon Programı
Acil Durum Obstetrik Bakım Programı	Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü Programı
Postnatal Bakım Programı	Bebek ve Çocuk Gelişiminin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı
Anne Ölümleri İzleme Programı	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
Yenidoğan Yoğun Bakım Programı	İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı
Temel Yenidoğan Bakım Hizmetleri Programı	Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerine Erkeklerin Katılımı Programı
Yenidoğan Tarama Programı	Ergen Sağlığı ve Gelişimi Programı
Yenidoğan Canlandırma Programı	Maternal ve Neonatal Tetanozun Eradikasyonu
Yenidoğan İşitme Taraması Programı	İyot Yetersizliği Hastalıklarının Kontrolü ve Tuzun İyotlanması Programı
Anne Sütüyle Beslenmenin Önemi ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı	

(Unicef, 2009).

**Tablo 3: Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), 2015.**

Türkiye ortalaması	14,7
En yüksek Orta Anadolu:	19,8
En düşük Doğu Karadeniz	9,4

(Sağlık Bakanlığı, 2015).





Anne ölümleri Orta Anadolu'da en yüksek, Doğu Karadeniz'de en düşük oranlara sahiptir. Türkiye ortalaması 14,7'dir.

**Tablo 4 :** Anne Ölüm Oranı Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Canlı Doğumda), 2014.

Dünya ortalaması	221,0
Orta-üst gelir grubu ülkeler	56,0
Üst gelir grubu	18,0
DSÖ Avrupa Bölgesi	17
Türkiye	14,7

(Sağlık Bakanlığı,2016, 25).

Anne ölüm oranları dünya ortalaması oldukça yüksektir (221). Türkiye ortalaması (14,7) tüm bölge sıralamalarının altında seyretmektedir.

**Tablo 5 :** Perinatal Ölüm Hızı, (1.000 Doğumda), 2015.

Türkiye ortalaması	7,7
En yüksek Kuzeydoğu Anadolu:	10,2
En düşük Batı Anadolu	6,3

(Sağlık Bakanlığı,2016).

Perinatal ölüm hızı Kuzeydoğu Anadolu'da en yüksek, Batı Anadolu'da en düşüktür. Türkiye ortalaması 7,7 olarak bulunmuştur.

**Tablo 6 :** Neonatal Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2015.

Türkiye ortalaması	4,1
En yüksek Kuzeydoğu Anadolu	10,2
En düşük Batı Anadolu	6,3

(Sağlık Bakanlığı,2016).

Neonatal ölüm hızı Kuzeydoğu Anadolu'da yine en yüksek, Batı Anadolu'da en düşüktür. Türkiye ortalaması 4,1 olarak bulunmuştur.

**Tablo 7 :** Neonatal Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2015.

Dünya ortalaması	19,2
Orta-üst gelir grubu ülkeler	8,9
DSÖ Avrupa Bölgesi	6,0
Türkiye	4,1
Üst gelir grubu ülkeler	3,7

(Sağlık Bakanlığı,2016).

Türkiye'nin neonatal ölüm hızı dünya ortalamalarının oldukça altında olup, üst gelir grubu ülkelerinin hemen gerisinde yer almaktadır. Avrupa ve orta üst gelir grubu ülkelerinde ölüm hızı daha yüksektir.

**Tablo 8 :** Beş Yaş Altı Ölüm Hızı, (1.000 Canlı Doğumda), 2015.

Türkiye ortalaması	9,7
En yüksek Ortadoğu Anadolu:	14,6
En düşük Batı Marmara	6,9

(Sağlık Bakanlığı,2016).

Beş yaş altı ölüm en fazla Ortadoğu Anadolu'da görülürken en düşük ortalamalar Batı Marmara'dadır. Türkiye ortalaması 9,7'dir.

**Tablo 9 :** Beş Yaş Altı Ölüm Hızının Uluslararası Karşılaştırması, (1.000 Canlı Doğumda), 2015.

Dünya ortalaması	42,5
Orta-üst gelir grubu ülkeler	19,1
DSÖ Avrupa Bölgesi	11,3
Türkiye	9,7
Üst gelir grubu ülkeler	6,8

(Sağlık Bakanlığı,2016, 24).

Türkiye'de beş yaş altı ölüm hızı dünya ortalamalarının oldukça altında olup, üst gelir grubu ülkelerinin hemen gerisinde yer almaktadır.

Ülkemizdeki son verilere bakıldığında 2015'teki bebek ölüm hızı binde 10,2'den, 2016 yılında binde 10'a gerilemiştir. Diğer bir deyişle 2016'da yılında her yüz canlı doğumda 1 bebek ölmüştür. Bingöl, 2016 yılında bebek ölüm hızının en yüksek olduğu şehir (binde 18,2) olurken, Tunceli en son sırada yer almıştır (binde 3,1). 2015 yılında bebek ölüm sayısı 13.654, 2016 yılında 13.036'dır. Beş yaş altı ölüm hızı binde 12,1, doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığını ifade eden beş yaş altı ölüm hızı binde 12,4'tür (TÜİK ve Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2017).

Sonuç olarak kalkınma hedefleri bakımından ülkemiz anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik oldukça iyi bir sonuca ulaşmıştır. Kalkınma hedeflerinde 100.000 canlı doğumda anne ölümü en azından 70 altı hedeflenirken, Türkiye'de 2014 yılında bu sayı 14,7 olarak bulunmuştur. Yenidoğan ölümleri 1000 canlı doğumda en azından 12 olarak hedeflenirken, ülkemizde perinatal ölüm (7,7), neonatal ölüm hızı (4,1) olarak bulunmuştur. Beş yaş altı ölümlerde 1000 canlı doğumda en az 25 hedeflenirken, 2015 yılında Türkiye ortalaması 9,7 olarak bulunmuştur.

## 2.2.AIDS, Tüberküloz, Sıtma ve Diğer Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Bulaşıcı-salgın hastalıklarla etkin mücadele için ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartlarına uygun Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı uygulanmaktadır. Ülkemiz "Binyıl Kalkınma Hedefleri" ve "Tüberkülozu Durdurma Stratejisi Hedefleri"ni 2015'den önce yakalamıştır. Sonuç itibarıyla Türkiye, DSÖ tarafından 2015 için ortaya



konulan hedeflere 2005 yılından itibaren ulaşmıştır. Aynı şekilde yerli sıtma vakası ise 2002 yılında 10 binin üzerinde iken, 2010 yılında sıfıra düşerek, ülkemiz için sorun olmaktan çıkmıştır. AIDS ile mücadele kapsamında Türkiye HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı, gönüllü danışmanlık ve test merkezlerinin kurulması, rehber ve bilgilendirme çalışmaları, sağlık çalışanlarına yönelik danışmanlık ve test eğitimleri, HIV/AIDS'e ilişkin koruyucu ve önleyici hizmetlere erişimin artırılması, bilinçlendirme ve bilgilendirmeye yönelik eğitim projeleri yürütülmüştür. Sağlık Bakanlığı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kontrol altına alınması için yürüttüğü faaliyetlere bilimsel destek sağlamak amacıyla 2010 yılı içerisinde "Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Bilim Kurulu"nu oluşturmuştur (Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, 143-148).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilere göre 1985 ile 2013 arasındaki dönemde HIV bulaşmış AIDS tanısı konmuş olgu sayısı 1.103'tür. HIV bulaşmış vakaların sayısı tanısı 2000'de 158, 2013'te 93'tür (Ministry of Development, 2016, 10).

**Tablo 10:** Yıllara Göre Enfeksiyon Hastalıklarının Vaka Sayısı, Türkiye.

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
AIDS	48	80	89	93	126	118
Sıtma	10.224	132	376	265	249	221
Tüberküloz	18.043	15.054	14.139	13.170	13.108	12.550

(Sağlık Bakanlığı, 2016, 31).

Türkiye'de yıllara göre AIDS vakalarında artışlar görülürken, sıtma ve tüberküloz vaka sayısında düşüşler görülmüştür.

**Tablo 11 :** Yıllara Göre Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı, (100.000 Nüfusta) Türkiye.

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
AIDS	0,07	0,11	0,12	0,12	0,16	0,15
Sıtma	15,4	0,2	0,5	0,4	0,3	0,3
Tüberküloz	32	24	22	20	19	18

(Sağlık Bakanlığı, 2016, 31).

Yıllara göre AIDS yaygınlığı artarken, sıtma ve tüberküloz yaygınlığı düşme eğilimi göstermektedir.

**Tablo 12:** Yıllara Göre AIDS İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Nüfusta) Türkiye.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Avrupa Birliği Bölgesi	2,08	2,00	1,91	1,86	1,70	1,58	1,57	1,39	1,34	1,20	1,18	1,02	0,80
DSÖ Avrupa Bölgesi	1,53	1,52	1,49	1,64	1,63	1,59	1,57	1,52	1,69	2,01	2,07	1,89	1,80
Türkiye	0,07	0,08	0,07	0,05	0,05	0,03	0,07	0,10	0,09	0,11	0,12	0,12	0,16

(Sağlık Bakanlığı, 2016, 31).

AIDS vakalarında ülkemizdeki vaka sayısı ve yaygınlık artış göstermekle birlikte, uluslararası yaygınlık karşılaştırmalarında Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi ve Avrupa Birliği Bölgesindeki yaygınlık oranlarından daha düşük oranlara sahiptir.

**Tablo 13:** Yıllara Göre Tüberküloz İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Nüfusta)

	2002	2012	2013	2014
Dünya	161	139	136	133
Orta Üst Gelir Grubu Ülkeler	111	89	86	84
DSÖ Avrupa Bölgesi	66	41	39	37
Üst Gelir Grubu Ülkeler	32	23	22	21
Türkiye	32	22	20	19

(Sağlık Bakanlığı, 2015, 33).

Tüberküloz yaygınlığına bakıldığında Türkiye'deki hastalık yaygınlığının dünya ortalamasının ve diğer gelişmiş ülke ortalamalarının oldukça gerisinde seyrettiği görülmektedir.

**Tablo 14 :** Yıllara Göre Sıtma İnsidansının Uluslararası Karşılaştırması, (100.000 Nüfusta)

	2002	2012	2013	2014
Dünya	2,5	1,2	1,3	1,4
DSÖ Avrupa Bölgesi	3,9	0,8	0,8	0,9
Türkiye	15,4	0,5	0,4	0,3

(Sağlık Bakanlığı, 2016, 3).

Dünyada sıtma ortalamasındaki yaygınlık artış göstermektedir. Buna karşılık Türkiye ortalaması DSÖ Avrupa Bölgesi ve dünya ortalamalarından oldukça geridedir.

Kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesi bakımından Türkiye bulaşıcı hastalık sayısı ve yaygınlığı bakımından diğer ülke ortalamalarının gerisinde seyretmekte, yaygınlık oranlarında, yıllara göre genel olarak düşüş göstermektedir. Ancak AIDS vakalarına ilişkin ülkemizde, tüm dünyada olduğu gibi artış yaşanmaktadır. Ülkemizde AIDS vakalarının azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalardan ve uygulanan programlardan yeterli sonuç alınmadığı görülmektedir.

### 2.3.Koruma ve Tedavi Yoluyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıklardan Kaynaklanan Prematüre Bebek Ölümünün Düşürülmesi

Gelişmiş ülkelerde perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebi Prematüreliktir. ABD'de % 12-13 olan prematüre doğum insidansı, gelişmiş ülkelerde ve Avrupa'da ve % 5-9 arasında farklılık göstermektedir. Dünya geneli için veriler sınırlıdır. Prematürelikle ilgili ülke genelini temsil kabiliyeti olan çalışma bulunmamaktadır. Değişik sağlık



kuruluşlarında değişik örnek büyüklüğüne sahip çalışmalarda prematüreliliğin % 9-10 civarında olduğu belirtilmektedir. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan 2001-2006 yıllarını kapsayan bir araştırmada prematürelilik oranının %19,2-24,6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bebek ölümleri arasında prematüre ölümler istatistiki olarak anlamlı bir şekilde azalmaya devam etmektedir. Azalma ileri prematürelerde görülmektedir. Orta ve sınırda prematürelerde azalma görülmemektedir. Bebek ölümlerinin % 55'den fazlası prematüre bebektir. İyi izlem ve genetik anomalilerin taranması, folik asit kullanımı, toplum eğitimi ile akraba evliliklerinin engellenmesi, çeşitli hastalıkların risk taraması, ailelere genetik danışmanlık verilmesi, doğumdan sonra erken dönemde tanı konulması ve erken girişim uygulanması gibi önlemlerin ölüm oranını azaltabileceği öngörülmektedir. Son yıllarda sayısı artmakla birlikte bazı prematüre bebeklerde çeşitli tedavi merkezlerinin olmaması önemli bir sorundur. Bebek ölümlerinde önlenebilir olan risk faktörleriyle mücadele etmek gerekmektedir. Bu risk faktörlerinin çoğu sosyoekonomik faktörler ve sağlık davranışı ile ilgilidir (2007-2012 Anne ve Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi Raporu, 188 ).

#### **2.4.Akıl Sağlığı ile Esenliğin Desteklenmesi**

Ülkemiz, Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planını uygulamaya geçirmiş olup, halen toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini sürdürmektedir. Bu doğrultuda 44 ilde 50 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017, 2012, 144). Çocuk İzlem Merkezleri, Otizm ile mücadele hizmetleri, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Programı, Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Projesi, Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı ve Çocuk Koruma Kanunu kapsamında Sağlık Tedbiri uygulamaları, Türkiye'de ruh sağlığının desteklenmesine yönelik önemli çalışmalar (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, 2012, 165-167).

#### **2.5.Madde Bağımlılığının Engellenmesi ve Tedavisinin Güçlendirilmesi**

Dünya Sağlık Örgütü'nün 56. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilen "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi" 2003 tarihinde kabul edilmiş olan ve tütünle mücadelede ilk uluslararası anlaşmadır. 2004'de ülkemiz sözleşmeye taraf olmuştur. Sözleşme ile birlikte ülkemizde tütün kontrolü ile ilgili çalışmalar hızlandırılmıştır. Türkiye Tütün Kontrol Programı 2006 tarihinde yayınlanarak "İl Tütün Kontrol Kurulları" oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2008-2012) eyleme konulmuştur. 2009'da düzenleme yapılarak tütün ürünlerinin kamuya açık kapalı mekânlarda kullanımı yasaklanmıştır. Bu kapsam daha sonra genişletilmiş, dumansız hava sahası gibi uygulamalar yaygınlaştırılmıştır. Tüm bu düzenlemelerle birlikte ALO SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) 184 hattı, sigara bırakma poliklinikleri, ALO 171 Sigara Bırakma Hattı gibi birçok düzenleme ile ilaç desteği, bağımlılıkla mücadelede önemli birçok düzenleme yapılmıştır (Irmak ve İter, 2011, 83-88).

2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Başbakan Yardımcısı Başkanlığında farklı bakanlıklardan temsilcilerle (Aile ve Sosyal Politikalar, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, Gümrük ve Ticaret, Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlığı) "Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu" oluşturulmuştur. Düzenlemede gerekli görüldüğü durumlarda kurul ve alt kurullar ile başka çalışma gruplarının da madde bağımlılığı ile mücadelede görevlendirilebileceği belirtilmiştir. Bu kapsamda madde bağımlılığı ile mücadele kurulları oluşturulmuştur. Uyuşturucu maddeler ve bağımlılıkla mücadele için, acil eylem planı, strateji belgesi ve il kurullarının çalışma usul ve esasları kapsamında çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalarının bilimsel temelli yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı bünyesindeki komisyonlar faaliyetlerini sürdürmüştür. 2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ile 2016-2018 Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı, Avrupa Birliği İlerleme Raporları hakkındaki gelişmeler göz önüne alınarak yeniden oluşturulmuştur (Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018, 2015, 3).

Türkiye'de madde bağımlılığı tedavisi hem ayaktan hem de yatarak yapılabilir. Sağlık Bakanlığı tarafından tedavi merkezlerinin yapısının geliştirilmesine ve sayılarının artırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Ülkemizde 39 AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi), 6 ÇEMATEM (Çocuk Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi) ve 9 Ayakta Tedavi Merkezi bulunmaktadır. Merkezlerde ve psikiyatri polikliniklerinde çalışan sayısını ve hizmet kalitesini artırmaya ve bağımlılıkla ilgili hizmetlerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Ayrıca, 112 ve acil hizmetlerde görev yapan personele yönelik hizmet içi eğitimlere, uyuşturucu bağımlılığı konuları dâhil edilerek hizmet kalitesinin artırılmasına, bağımlılık oluşumunun erken fark edilmesi ve tedavi gören kişilerde nüksün önlenmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Madde bağımlılığı konusunda danışmanlık ve destek alınabilecek "ALO 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı" uygulamaya konulmuştur (Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018, 2015). Ancak tüm bu çalışmalar ve uygulamalar madde bağımlılığı ile mücadelede yeterli olamamaktadır. Öyle ki madde bağımlılığının yaygınlığına ilişkin yapılan araştırmalar bunu doğrulamaktadır. Aşağıda ülkemizde yapılan bazı araştırmalar bulunmaktadır. Araştırmalardan elde edilen sonuçlar BM hedeflerinden "Madde Bağımlılığının Engellenmesi ve Tedavisinin Güçlendirilmesi" alt başlığında Türkiye'nin nasıl bir ilerleme kaydettiğine ilişkin bir resim sunulmuş olacaktır.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezinin 2011 yılında, 30'a yakın ilde yaptığı araştırmada, katılımcıların % 51,8'inin (4.169 kişi) bir tütün ürününü, % 28,3'ünün alkollü içecekleri denediği, % 10,5'inin doktor önerisi dışında yatıştırıcı ilaç kullandığı bulunmuştur. Araştırmaya göre ülkemizde 15-64 yaş arasındaki kişilerde yasa dışı bağımlılık yapıcı herhangi bir maddenin deneme (en az bir kez kullanma) oranı % 2,7 olarak bulunmuştur (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2012, 18-19).



Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında 11.200 hanede yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasında on beş yaş ve üstü kişilerin % 31,2'sinin sigara kullandığı bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2010, 11). Türkiye Sağlık Araştırmasına (2016) göre her tütün kullanımı % 26,5 olarak bulunmuştur. Bu oran 2014 yılında % 27,3 iken, 2016 yılında %26,5 olmuştur. 2016 yılında oran dağılımı erkeklerde % 40,1, kadınlarda ise % 13,3 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2017).

Derin (2017) tarafından Ankara AMATEM'de (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi) yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan madde bağımlısı bireylerin % 75,4'ünün eroin, % 57,2'sinin esrar, % 70'inin sigara, % 41,8'inin alkol, % 41,8'inin uyuşturucu hap, % 40'ının kokain, % 30'unun Bali/UHU/çakmak gazı vb. madde, % 12,7'sinin bağımlılık yapıcı ilaç, % 10'unun morfin kullandığı bulunmuştur. Madde bağımlısı bireylerin % 9'unun yalnızca tek madde, % 75,4'ünün 2 farklı madde, % 61,8'inin 3 farklı madde, % 46,3'ünün 4 farklı madde, % 45,4'ünün 5 farklı madde, % 42,7'sinin 6 farklı madde, % 31,8'inin 7 farklı madde, % 15,4'ünün 8 farklı madde, % 10,9'unun 9 farklı madde kullandığı bulunmuştur. Araştırmada, kokaine erken başlama yaşı 12, morfine 13, eroine 11, Esrara 9, uyuşturucu hapa 10, bağımlılık yapan tıbbi ilaçlara 8, Bali/UHU/tiner ve çakmak gazı gibi maddelere 9, sigaraya 7, alkole 12 olarak bulunmuştur.

2014 yılında, 28 Avrupa Birliği üyesi ülkede 15-24 yaş aralığında 13.128 genç yetişkin ile yapılan uyuşturucu madde kullanım araştırmasında katılımcıların % 8'i bu maddeleri yaşamları boyunca kullandıklarını bildirmişdir. 2011 verilerine göre madde kullanımında % 5 orandan bir artış olduğu bulunmuştur (Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2016, 47).

2016 yılı BM raporuna göre madde kullanım bozukluğu olan kişilerin sayısı 27 milyondan 29 milyona ulaşmıştır. 2014 yılı içinde 250 milyon kişi (15-64 yaşları arası) uyuşturucu madde kullanmıştır. 29 milyon kişiden yüzde 14'ü HIV, 6 milyonu Hepatit C virüsü taşımaktadır (Yeşilay, 2016).

Yapılan araştırmalar ülkemizde ve dünyada madde bağımlılarının sayısında artış olduğunu ortaya koymaktadır. Tüm önleme çalışmalarına rağmen, küresel anlamda madde bağımlılığı en önemli sosyal sorunların başında yer almaya devam etmektedir. Sonuç olarak madde bağımlılığının engellenmesine ve tedavisinin güçlendirilmesine yönelik belirlenen Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirebilme, kısa vadede mümkün görünmemektedir. Bu yüzden yeni önleme politikalarına ve farklı mücadele araçlarına ihtiyaç bulunduğu sonucuna varılabilmektedir.

## 2.6. Karayollarındaki Trafik Kazalarından Kaynaklanan Ölüm ve Yaralanmaların Dünya Çapında Yarıya İndirilmesi

Sayıştay Başkanlığı tarafından 2008 yılında, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu kapsamında görev verilen kurumlarda yapılan denetleme sonrası, ortaya konulan raporda, trafik kazaların önlenmesine yönelik ulusal stratejilerin olmadığı vurgulanmış ve çok sayıda eksiklik olduğu tespit edilmiştir (Sayıştay, 2008, Performans Denetimi Raporu-Trafik Kazalarını Önleme Faaliyetleri).

Dünya Sağlık Örgütü trafik kazası nedeniyle gerçekleşen ölümlerin yarısının, 10 ülkede (Rusya, Türkiye, Brezilya, Çin, Kamboçya, Mısır, Meksika, Hindistan, Vietnam, Kenya,) meydana geldiğini bildirmektedir. Bununla birlikte Avustralya, Hollanda, İngiltere ve İsveç gibi ülkelerde trafik kazalarında görülen ölümler son 40 yılda yarı yarıya azalmıştır. Bunun nedenleri arasında, önemli düzeyde siyasi taahhüt, toplumda gelişen güvenlik kültürü ve iyi örnek uygulamaları gösterilmektedir (DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 2011).

Tablo 15: Yıllara Göre Trafik Kaza İstatistikleri, Türkiye.

Yıl	Kaza sayısı	Kaza yeri ölü sayısı	Kaza sonrası ölü sayısı (30 gün içerisinde ölenler)	Toplam ölü sayısı	Yaralı sayısı
2007	825.561	5.007			189.057
2008	950.120	4.236			184.468
2009	1.053.346	4.324			201.380
2010	1.104.388	4.045			211.496
2011	1.228.928	3.835			238.074
2012	1.296.634	3.750			268.079
2013	1.207.354	3.685			274.829
2014	1.199.010	3.524			285.059
2015	1.313.359	3.831	3.699	7.530	304.421
2016	1.182.491	3.493	3.807	7.300	303.812

(Emniyet Genel Müdürlüğü, 2017).

Türkiye'de yıllara göre trafik kazalarına bakıldığında tek yönlü artış ya da azalıştan söz etmek mümkün görünmemektedir. 2015 ve 2016 yıllarına ait toplam ölüm sayılarına bakıldığında, sayısal olarak bir azalmadan söz edilebilmektedir. Ancak iki yıla ait verilerin birbirine oldukça yakın olduğu, sayısal olarak kayda değer bir farklılığın bulunmadığı görülmektedir. Bu haliyle, ülkemizde ölümlü kazaların sayısı oldukça yüksek seyretmektedir ve kazaların azaltılmasına yönelik kalıcı çözümler bulunmamaktadır. Sonuç olarak, Türkiye'nin Kalkınma Hedefleri kapsamında belirlenen hedeflere ulaşabilmesi için, trafik kazalarından kaynaklanan ölüm ve yaralanmaları yarıya indirmesi gerekmektedir. Ancak göstergeler bu hedefin oldukça gerisinde bulunduğunu göstermektedir.

## 2.7. Cinsel Sağlık-Aile Planlaması-Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Bu Konuda Bilgi ve Eğitime Evrensel Erişiminin Sağlanması/Üreme Sağlığının Ulusal Stratejilere ve Programlara Entegre Edilmesi

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini arttırmaya yönelik Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı yürütülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm ile üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında ciddi başarılar yakalanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlardan 2002 yılında





3.260.000, 2011 yılında 8.165.000 çift üreme sağlığı hizmeti almıştır. Ayrıca Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında Türk Silahlı Kuvvetler bünyesinde her yıl 500 bin kişiye üreme sağlığına ilişkin eğitim verilmektedir. Bunlarla birlikte, doğum öncesi bakım konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Doğum öncesi bakım oranı 2002-2011 arasında % 70'den % 95'e tırmanmıştır. Bu gün ülkemizde doğurgan aralıktaki kadınların % 73'ü doğum kontrol yöntemi (herhangi bir yöntem) kullanmaktadır. DSÖ Avrupa Bölgesi bu oranının altında kalmaktadır. Ülkemizde kürtajla gebeliklerin sonlandırılma oranı 2008'de %10'a düşmüştür ( kürtaj oranı 1998'de % 14,5 ve 2003'de %11,3'tür). Bu oldukça önemli bir gelişmedir çünkü istenmeyen gebelik ve kısa aralıklı gebelik anne ölümlerinin önemli bir nedenidir. Ülkemizde 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlara, birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimleri tarafından yılda en az iki kez kadın sağlığı konusunda danışmanlık hizmeti verilmektedir. Gebelik öncesi takiplerde risk değerlendirmeleri yapılmakta ve izlem sıklığı değişmektedir (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu /2003-2011, 2012, 117-119). Ülkemiz sağlık hizmetlerinde oldukça önemli adımlar atmış ve birçok sağlık programını uygulamaya koymuştur.

## 2.8.Kaliteli Sağlık Hizmetlerine/Güvenli-Uygun Kalite ve Fiyatlı Zaruri İlaç ve Aşılarla Ulaşım Olanak Sağlayan Genel Sağlık Sigortasının Hayata Geçirilmesi ve Finansal Riskten Koruma

Ülkemiz 1980'lerden 2000'li yıllara kadar teorik reformların yapıldığı, 2000'li yıllardan zamanımıza kadar sağlıkta dönüşüm programlarının hayata geçirildiği yıllar olmuştur. Sağlık hizmetlerindeki dönüşüm çalışmaları ile birinci basamak, acil ve yoğun bakım hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. Hastanede rehin kalma gibi durumlara son verilmiştir. İlaç ve tıbbi malzemeye ulaşım kolaylaştırılmıştır. 18 yaş altı nüfus Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Aile hekimliği güçlendirilmiştir. Kırsalda ücretsiz gezici sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmıştır. Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulmuştur. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM) ve ücretsiz kanser taraması yapan merkezler (KETEM) yaygınlaştırılmıştır. Aşılama programı iyileştirilmiştir. Sigara ve tütün mamullerinin kullanımına ilişkin çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması başlatılmıştır. Kan ve kan ürünleri, organ nakli gibi hizmetler için sistemler oluşturulmuştur. Hasta Hakları Birimleri kurulmuş ve hekim seçme hakkı uygulamaya konulmuştur. Bunlarla birlikte İlaç Takip Sistemi (İTS), ALO SABİM 184 çağrı hattı, online sağlık yönetimi eğitimleri, hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlayan düzenleme (Tam Gün Kanunu) bu başlık kapsamında gerçekleştirilen oldukça başarılı uygulamalar olmuştur (Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, 19-95). Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 2008 yılında Genel Sağlık Sigortasını başlatan mevzuat kabul edilmiş, böylelikle, hem ekonomik imkânları kısıtlı vatandaşlar için mali koruma, hem de sağlık hizmetlerine eşit erişimine olanak sağlanmıştır (Başara, 2011, 48). Aşağıda sağlık hizmet sunumuna ilişkin ülkemizdeki ve diğer ülkelerdeki durumu gösterir istatistiksel bilgiler yer almaktadır.

Tablo 16 : Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye.

1999	4,77
2000	4,95
2001	5,16
.	
.	
2013	5,38
2014	5,42
2015	5,36

(TÜİK'ten akt. Sağlık Bakanlığı, 2016, 212).

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içindeki kamu ve özel sağlık harcamaları 2000'li yıllardan buyana sürekli artış göstermekle birlikte oranlar arasında ciddi farklar bulunmamaktadır.

Tablo 17: Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, SGP ABD \$, 2014.

Amerika	9.024
İsviçre	6.787
Lüksemburg	6.682
İngiltere	3.971
OECD-35	3.681
Letonya	1.295
Meksika	1.052
Türkiye	984

(TÜİK'ten akt. Sağlık Bakanlığı, 2016, 215).

Kişi başı cari sağlık harcaması ülke sıralamalarında Türkiye oldukça geri sıralarda bulunmaktadır. Kaba bir hesaplama söylenecek olursa, Amerika ve İsviçre gibi ülkelerde yaşayan bir kişinin sağlık harcaması, Türkiye'deki bir kişinin harcamasından 10 kat daha fazladır.

Tablo 18: Sağlık Personel Durumu, Türkiye.

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam hekim	91.949	126.029	129.772	133.775	135.616	141.259
Toplam personel sayısı	378.551	670.092	698.518	732.323	749.584	787.352

(TÜİK'ten akt. Sağlık Bakanlığı, 2016, 183).

2002 yılından itibaren ülkemizde hekim ve diğer sağlık personeli sayısında sürekli bir artış görülmektedir.



**Tablo 19 :** 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2014.

Norveç:	506
Almanya:	434
OECD-20:	339
Japonya:	242
Türkiye:	179

(Health Data 2016'den akt. Sağlık Bakanlığı, 2016, 25).

Sağlık personeli ve hekim sayısında sürekli ve önemli bir artışa rağmen gelişmiş ülkelerdeki 100.000 kişiyeye düşen hekim sayıları ile ülkemizdeki sayılar karşılaştırıldığında hekim sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki nüfus yoğunluğu da göz önüne alınacak olursa ülkemizdeki durumun henüz istenilen düzeyde olmadığı daha net anlaşılmaktadır.

**Tablo 20:** Yıllara Göre AB ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (%)

Yıllar	2013	2011	2012	2013	2014
AB	62	62	62	63	61
Türkiye	40	76	75	75	71

(Bulletin of the World Health Organization 2009;87:271-278, Avrupa Komisyonu Social Climate Report 2011, 2012, 2013, 2014, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2014'den akt. Sağlık Bakanlığı, 2016, 172).

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları AB ülkeleri ve Türkiye arasında karşılaştırıldığında ülkemizdeki memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer istatistik bilgilerle birlikte düşünüldüğünde sonuç şaşırtıcı bulunmaktadır. Memnuniyet farklarının, hasta bilinçliliği, önceki yıllardaki sağlık hizmetleri ile kıyas edilmesi gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

### Sonuç

Türkiye'de sürdürülebilir kalkınma ilkeleri 1992'den itibaren ulusal plan, program ve stratejilere önemli ölçüde bütünleştirilmiştir. Oldukça iddialı hedef ve amaçlara rağmen bunların hayata geçirilmesi sınırlı olmuştur. Bunun arkasındaki temel neden; diğer ülkelerle benzer şekilde, uygulama araçlarının varlığı ile bunlara erişimdeki sıkıntılar, ulusal acil ihtiyaçlar ile küresel kalkınma önceliklerinin çelişebilmesi ve paydaşların kapasite ve farkındalık düzeylerinin sınırlı kalmasıdır (Bayazıt ve Önsal, 2017, 4).

Ülkemiz BM Kalkınma Hedefleri kapsamında ilk raporunu, 2005 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) hazırlamıştır. Bu süreçte BM Türkiye Temsilciliği katkı sağlamıştır. 2010 yılında DPT tarafından ikinci rapor hazırlanmış, raporlandırma çalışmalarına bir çok kamu kurumu ve BM Türkiye Temsilciliği görüşleriyle katkı sağlamıştır. (Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye, 2010, 12).

Bu çalışma, Birleşmiş Milletler 2030 Kalkınma Hedeflerinden sağlık alanında belirlenen hedeflerle sınırlı tutulduğundan, burada başka kalkınma göstergelerine yer verilmemiştir. Bu bölümde ülkemizin sağlık alanında elde ettiği sonuçlar, sınırlandırılan bu çerçevede maddeler halinde değerlendirilmiştir:

- Ülkemizde anne sağlığının iyileştirilmesi, anne-yenidoğan ve beş yaş altı ölüm oranlarının düşürülmesine ilişkin birçok program uygulanmış ve tüm bu programlardan olumlu sonuçlar elde edilmiştir. İstatistiksel göstergeler bu hedeflerin belirlenen sürelerden önce gerçekleştirildiğini ve birçok gelişmiş ülkeye göre daha iyi sonuçlar elde edildiğini göstermektedir.
- Tüberküloz, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele konularında hedeflere ulaşılmıştır. Ancak 2015 yılı için sayılarda bir azalma görülse bile, AIDS ile mücadelede diğer bulaşıcı hastalıklarda ulaşılan başarılı sonuçlara ulaşamamıştır.
- Koruma ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre bebek ölümlerinin düşürülmesi hedeflerini doğrudan ölçmeye yönelik verilerde tüm dünyada ve ülkemizde sınırlılık bulunmaktadır. Bu yüzden net göstergeler bulunmamaktadır. Ancak ülkemizde bebek ölümleri sayısındaki düşüşler prematüre bebek ölümlerinde azalmaların olduğu yönünde bilgi sağlamaktadır.
- Madde bağımlılığı ile mücadeleye ilişkin ülkemizde birçok önleme ve tedavi programı bulunmaktadır. Ancak madde bağımlılığını önlemeye yönelik oluşturulan programlardan kesin bir sonuç alınamamaktadır. Ülkemizde ve tüm dünyada madde bağımlılığının yaygınlığı artmaktadır.
- Karayolu trafik kazalarının önlenmesine yönelik kalkınma hedefleri bakımından ülkemizde iyi oluşturulmuş önleme araçları ve programların olmadığı görülmektedir. Yıllara göre trafik kazası istatistiklerine bakıldığında sayısal çokluk bakımından yıllar arasında önemli bir fark bulunmamaktadır. Bununla birlikte ülkemizdeki trafik kazaları coğrafi şartlar, nüfus yoğunluğu, belirli dönemlerdeki hareketlilik (örneğin dini bayramlar, resmi tatiller) gibi birçok faktörden doğrudan etkilenmektedir. Hedeflerde ölüm oranlarının yarıya indirilmesi söz konusudur ancak bu hedeften oldukça uzak sonuçlar bulunmaktadır.
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hedefleri kapsamında, ülkemizde bir çok programın yürütülmekte olduğu görülmektedir. Hedeflere uygun çalışmaların hayata geçirildiği ve uygulanan programlardan (kadın sağlığı, kürtaj oranları, doğum kontrol yöntemleri, doğum öncesi bakım oranları vb.) olumlu sonuçlar alındığı değerlendirilmektedir.
- Kaliteli sağlık hizmetlerine erişime, kaliteli-yeterli ve ucuz ilaç ve aşılarla ulaşımına izin veren ve finansal riskten korumayı hedefleyen genel sağlık sigortasının oluşturulması hususlarında, ülkemiz özellikle son yıllarda önemli gelişmeler kaydetmiştir. Acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi, 18 yaş altı kişilerin genel



sağlık sigortası kapsamına alınması, ilaç ve aşıya ulaşımdaki düzenlemeler, danışma ve hastane randevu sistemleri, ücretsiz tarama testleri, sağlık çalışanı ve sağlık tesisi kapasitelerinin artırılması bunlar arasındadır. Ülkemizde bu anlamda çok önemli adımlar atılmıştır. Ancak gelişmiş ülkelere göre, kişi başı sağlık harcaması ve kişi başı hekim sayısı gibi göstergeler geride seyretmektedir.

Sonuç olarak, ülkemiz BM 2030 sağlık hedefleri kapsamında, önemli çalışmalar gerçekleştirmiş ve sağlık alanında birçok ilerleme kaydetmiştir. Ancak tüm bu olumlu göstergelerle birlikte üzerinde daha fazla durulması gereken, yeterli ilerlemenin sağlanamadığı sağlık alanları bulunmaktadır. Bunlar arasında madde bağımlılığı, trafik kazalarının önlenmesi ve HIV/AIDS ile mücadele en dikkat çeken konular arasında yer almaktadır. Bu nedenlerle, sözü edilen ve benzer sorunların çözümüne yönelik, sağlık alanında uygulanacak daha etkili sağlık politika ve programlarına, araştırma ve geliştirme çalışmalarına, iyi izleme ve değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

#### KAYNAKÇA

- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Gümrük ve Ticaret Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı (2015). *Ulusal Uyuşturucu İle Mücadele Strateji Belgesi 2016-2018*. Akdağ, Recep (2012) *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu: Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular*. Ankara: KOM Yayınları 92.
- Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (2016). *Avrupa Uyuşturucu Raporu: Trendler Gelişmeler, Konular, Lüksemburg, BELÇİKA: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu*.
- Bayazıt, Sema ve Önsal, Arzu (2017). *Türkiye İçin 2030 Kalkınma Gündemi; Binyıl Kalkınma Hedefleri Değerlendirilmesiyle Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi İçin Yol Haritası Önerisi*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayın No: 2965.
- BM Türkiye (2006). *UNDP'yi Tanıyalım: Yeni Öğrenenler İçin Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Rehberi*. Ankara.
- BM Türkiye (2016). *Binyıl kalkınma hedefleri nedir?* Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.un.org.tr/includes/files/Binyil02.pdf>.
- Çevre ve Orman Bakanlığı.(2017). *Rio sözleşmeleri*. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.ncsa-turkey.cevreorman.gov.tr/rio-sozlesmeleri.aspx>
- Derin, Murat ve Demirbilek, Melahat (2017). *Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları*. Almanya: LAP Lambert Academic Publishing.
- Devlet Planlama Teşkilatı ve Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü (2010). *Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye*. Ankara.
- DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (2011). Basın Bülteni, 11 Mayıs 2011. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, [http://www.degistirebiliriz.org/images/pdf/who\\_turkey\\_press\\_02.pdf](http://www.degistirebiliriz.org/images/pdf/who_turkey_press_02.pdf)
- Emas, Rachel (2015). *Brief for GSDR 2015: The Concept of Sustainable Development: Definition and Defining Principles*. Florida International University.
- Emniyet Genel Müdürlüğü (2017). *Yıllara göre trafik kaza istatistikleri*. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.trafik.gov.tr/sayfalar/istatistikler/genel-kaza.aspx>.
- Irmak, Hasan ve İltter, Hüseyin (2011). *Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklarla Mücadele Politikaları. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*, (Ed. Yasin Erkoç ve Nazan Yardım), Sağlık Bakanlığı Yayın No : 809, Anıl Matbaası:Ankara.41-58.
- Irmak, Hasan ve İltter, Hüseyin (2011). *Tütün. Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*, (Ed. Yasin Erkoç ve Nazan Yardım), Sağlık Bakanlığı Yayın No : 809, Anıl Matbaası:Ankara.83-88.
- İş Dünyası ve Sürdürülebilir Kalkınma Derneği (2015). *Sürdürülebilir kalkınma hedefleri ve iş dünyası*, Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.skdturkiye.org/haber/surdurulebilir-kalkinma-hedefleri-ve-is-dunyasi>.
- İş Dünyası ve Sürdürülebilir Kalkınma Derneği (2017) Rio20 Zirvesi ardından. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.skdturkiye.org/program/rio20zirvesiardindan-43>.
- Kalkınma Bakanlığı (2016). *Sürdürülebilir kalkınma hakkında temel bilgiler*. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.surdurulebiliralkinma.gov.tr/temel-tanimlar/>
- Kavas, Kayhan ve Sezer, Sibel (2002). *Johannesburg Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nin Ardından. Türk İdare Dergisi*, C.74, S. 437, s. 1-25.
- Ministry of Development (2016). *Report on Turkey's Initial Steps towards the Implementation of The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2015). *İstatistik Yıllıkları, 2015 Haber Bülteni*.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803, Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *2007-2012 Anne ve Bebek Ölümlemlerinin Değerlendirilmesi Raporu*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Sağlık Bakanlığı Yayın No : 1054. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın.
- Sayıştay (2008). *Performans Denetimi Raporu: Trafik Kazalarını Önleme Faaliyetleri*. Ankara.
- Sustainable Development Knowledge Platform (2012). *United Nations conference on sustainable development, Rio+20*. Erişim tarihi: 11 Aralık 2017, <https://sustainabledevelopment.un.org/rio20>
- TÜİK ve NVİGM (2017). *Türkiye İstatistik Kurumu ve Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Haber Bülteni*. Sayı: 24649, 07 Haziran 2017.
- TÜİK (2012). *Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Haber Bülteni*. Sayı: 13142, 31 Ağustos 2012.
- TÜİK (2017). *Türkiye Sağlık Araştırması. Haber Bülteni 2016*. Sayı: 24573. 31 Mayıs 2017
- UN (1987). *Report of the world commission on environment and development: our common future*. Erişim tarihi: 17 Ekim 2017, <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>.
- UNGA (2000). *United Nations Millennium Declaration*. A/RES/55/2. Distr.: General. Fifty-fifth session. Agenda item 60 (b).
- UNGA (2015). *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. A/RES/70/1.
- UNICEF (2009). *Türkiye'de 5 yaş altında ölüm hızında (5YAÖH) azalma: bir durum çalışması*. Türkiye.
- Yeşilay (2016). *2016 dünya uyuşturucu raporu açıklandı*. Erişim tarihi: 10 Aralık 2017, <http://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/detay/2016-dunya-uyusturucu-raporu-aciklandi>