



ANKARA  
HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**OBEZİTE' NİN ÖNLENMESİNE İLİŞKİN UYGULANAN  
SAĞLIK POLİTİKALARINA YÖNELİK BİR  
DEĞERLENDİRME**

**Esra KARACA**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğretim Üyesi Belma TOKUROĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
AMME İDARESİ ANABİLİM DALI  
KAMU YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**AĞUSTOS - 2019**



**OBEZİTE' NİN ÖNLENMESİNE İLİŞKİN UYGULANAN  
SAĞLIK POLİTİKALARINA YÖNELİK BİR  
DEĞERLENDİRME**

**Esra KARACA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
AMME İDARESİ ANABİLİM DALI  
KAMU YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

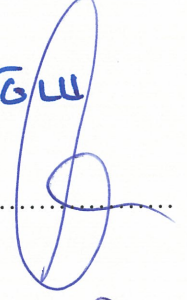
**AĞUSTOS 2019**

Esra KARACA tarafından hazırlanan “OBEZİTENİN ÖNLENMESİNE İLİŞKİN UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARINAYÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü, Amme İdaresi Anabilim Dalında Kamu Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**Danışman:** Unvanı Adı SOYADI  
Anabilim Dalı, Üniversite Adı

Dr. Öğretim Üyesi Belma TOKUROĞLU

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



**Başkan :** Unvanı Adı SOYADI  
Anabilim Dalı, Üniversite Adı

Prof. Dr. Tevfik ERDEM

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



**Üye :** Unvanı Adı SOYADI  
Anabilim Dalı, Üniversite Adı

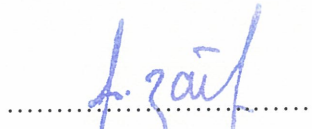
Doç. Dr. Tuğca POYRAZ

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~ .....



Tez Savunma Tarihi: 27./08./2019

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Figen ZAİF

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

  
Esra KARACA

07.08.2019

## TEŐEKKÜR

Tez çalıőmam sűresince akademik anlamda hiçbir yardımını esirgemeyen sevgili danıőmanlarım Prof. Dr. A. Argun AKDOĐAN'a ve Dr. Öğretim Üyesi Belma TOKUROĐLU'na, her konuda beni yüreklendiren ve arkamda olduğunu hissettiren başta canım babam olmak üzere tüm aileme, sevgili eşime ve oğluma teşekkürü borç bilirim.



# OBEZİTE' NİN ÖNLENMESİNE İLİŞKİN UYGULANAN SAĞLIK POLİTİKALARINA YÖNELİK BİR DEĞERLENDİRME

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra KARACA

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2019

## ÖZET

İnternet ve televizyon gibi iletişim araçlarının yaygınlaşmasıyla bireyler dünyanın öbür ucunda olup biten her şeyden kısa sürede haberdar olabilmekte ve fiziki sınırları aşan bir toplumsal kaynaşmayı ve bütünleşmeyi meydana getirmektedir. Küreselleşen dünyada bireylerin kısa sürede olaylardan ve yeniliklerden haberdar olmasıyla bireylerin ideal beden algısı değişmekte ve bu değişimle birlikte bireysel ve toplumsal bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca küreselleşme ve internet ile birlikte özellikle çocuk ve gençler dışarıda atıştırılabilirlik şeklinde bilinen fast-food tüketimine özenmekte ve bu besinlerin tüketimini arttırmaktadır. Bu gibi sebeplerin sonucunda da obezite veya anoreksiya gibi kronik hastalıklar meydana gelmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde ekonomik özgürlüğün artmasıyla daha fazla rastlanan obezite son dönemlerde Türkiye'de de yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı 2006 yılından bu yana obezite ile mücadele politikaları yürütmektedir. Tez çalışmasında obezite ile ilgili politikaların analiz edilmesinin amacı özellikle çocuklarda ve gençlerde gün geçtikçe artan obeziteye karşı yapılan mücadelelerin ne ölçüde başarılı olduğunu belirleyebilmek için sonuçları değerlendirerek daha etkili çalışmalar için önerilerde bulunmaktır. Bu çalışmada yöntem olarak ikincil veri analizi yapılmaktadır. Araştırmada literatür taramasının yanı sıra, Türkiye'de bu konuda uygulamada olan mevzuat ve mevcut uygulamalar ile biyopolitikaya dair TÜİK verileri, diğer resmi kurum verileri ve bilimsel çalışmalardan elde edilen veriler derlenerek uygulanan kamu politikalarının obezite ile mücadeleye katkısı belirlenecektir. Böylece tezin çıkış noktası olan kamu politikalarının obezitenin tedavisi ve önlenmesinde yetersiz midir sorusunun cevabı değerlendirilmektedir.

Bilim Kodu : 113503  
Anahtar Kelimeler : Obezite, Sağlık politikası, Şişmanlık, Biyopolitika, Beden algısı  
Sayfa Adedi : 147  
Tez Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Belma TOKUROĞLU

# AN EVALUATION OF HEALTH POLICIES APPLIED FOR PREVENTION OF OBESITY

(M.Sc. Thesis)

Esra KARACA

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL FOR ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY

August 2019

## ABSTRACT

With the widespread use of communication tools such as the Internet and television, individuals can quickly become aware of everything that is happening at the other end of the world and create a social cohesion and integration that transcends physical boundaries. As individuals become aware of events and innovations in a globalized world in a short period of time, individuals' ideal body perception changes and with this change, some individual and social problems arise. In addition, with globalization and the Internet especially children and young people take care of fast food consumption known as snacks outside and increase the consumption of these foods. As a result, chronic diseases such as obesity or anorexia occur. Particularly in developed countries while obesity more common with increasing economic freedom in recent years also widely seen in Turkey. Therefore the Ministry of Health has been carrying out anti-obesity policies since 2006. The aim of the thesis is to analyze the obesity-related policies and evaluate the results to determine the extent to which the struggles against obesity are increasing, especially in children and adolescents and to make recommendations for effective studies. In this study, secondary data analysis is performed. In the study of literature as well as in Turkey on this issue and to applicable laws regarding the biopolitics. As well literature as research, TÜİK's data, legislation and existing practices in the application in this regard that the biopolitics with in Turkey, the other official agency data and data obtained from scientific studies to contribute to compile the implementation of public policies to combat obesity will be determined. Thus, the answer to the question of whether public policies which are the starting point of the thesis is inadequate in the treatment and prevention of obesity is evaluated.

Science Code : 113503  
Key Words : Obesity, Health policy, Obesity, Biopolitics, Body perception  
Page Number : 147  
Supervisor : PhD. Lecturer Belma TOKUROĞLU



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLoların LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KAMUSAL KAVRAMLAR VE KAMU - SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİ.....	3
2.1. Kamu Yönetimiyle İlgili Kavramlar.....	3
2.1.1. Kamu Yönetiminin Ortaya Çıkışı.....	11
2.1.2. Kamu Yönetiminin Tarihsel Gelişimi.....	12
2.1.3. Türkiye’de Kamu Yönetimi Anlayışı.....	24
2.2. Kamunun Sağlık Hizmetlerindeki Durumu ve Rolü.....	25
2.2.1. Sağlık Politikaları Üzerine Yönetişimin Etkisi.....	27
2.2.2. Sağlık Politikaları Üzerine Küreselleşmenin Etkisi.....	28
2.2.3. Kamu Yönetimi Obezite İlişkisi.....	29
2.2.4. Obez Bireyler Üzerinde Devletin Yol Göstericiliği.....	30
2.2.5. Obezitenin Yaşam Maliyeti.....	31
3. BEDEN ALGISI, OBEZİTE VE BİYOPOLİTİKA.....	33
3.1. Beden Algısı ve Bedenin Şekillendirilmesi.....	33
3.1.1. Küreselleşmenin Bedenin Şekillendirilmesine Etkisi.....	35
3.1.2. Beden Sağlığı.....	36

3.1.3. Obezite Nedir? Dünya ve Türkiye’deki Dağılımı Nasıldır?.....	37
3.1.3.1. Obezitenin sınıflandırılması ve tespiti için ölçüm yöntemleri.....	41
3.1.3.2. Obezitenin meydana gelmesine neden olan faktörler ve obezitenin sebep olduğu hastalıklar.....	46
3.1.4. Moda Karşısında Beden ve Tüketim Alışkanlıkları.....	52
3.1.4.1. Obez bireylerin sosyal yaşamdaki konumu.....	53
3.1.5. Tıbbileşen Yaşam ve Tarihi.....	54
3.1.5.1. Obeziteye karşı alınması gereken önlemler.....	55
3.2. Biyopolitika: Beden ve Nüfus Politikaları.....	59
3.2.1. Türkiye’de Sağlıklı Yaşam ve Obezite ile İlgili Yürütülen Kamu Politikaları.....	60
3.2.1.1. Okul sağlığı çalışmaları.....	61
3.2.1.1.1. Okul sütü programı.....	61
3.2.1.1.2. Okullarda kuru üzüm dağıtım programı.....	67
3.2.1.1.3. Beslenme dostu okul projesi.....	69
3.2.1.1.4. Okul kantinlerinin denetimi.....	69
3.2.1.2. Obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014).....	70
3.2.1.3. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014-2017).....	71
3.2.1.3.1. Okullarda yiyecek içecek standartları.....	74
3.2.1.3.2. Sağlıklı yemek tabağı ve Türkiye beslenme ve fiziksel aktivite piramidi.....	75
3.2.1.3.3. Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam yürüyüşü.....	80
3.2.1.3.4. Obezite mücadele bilgi hattı.....	81
3.2.1.4. Obezite cerrahisi uygulamaları.....	82

	<b>Sayfa</b>
3.2.2. Özel Sektörde Yürütülen Çalışmalar.....	83
3.2.3. Diğer Ülkelerde Yapılan Uygulamalar.....	89
4. BİYOPOLİTİKA KAPSAMINDA RESMİ KURUM VE BİLİMSEL ARAŞTIRMA VERİLERİNE GÖRE BULGULAR .....	95
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	121
KAYNAKLAR.....	127
ÖZGEÇMİŞ.....	147



## TABLULARIN LİSTESİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
Tablo 3.1. WHO' ya Göre Yetişkinlerde BKİ aralıkları (kg/m <sup>2</sup> ).....	38
Tablo 3.2. Çocukların DKK göre persentil yüzdeleri (%).....	46
Tablo 3.3. Obezitenin Sebep Olduğu Hastalıklar.....	50
Tablo 3.4. Kutu Sütün 8 Yaşındaki Erkek Çocuğun Günlük İhtiyacını Karşılama Oranı (%).....	63
Tablo 3.5. Performans Göstergeleri.....	73
Tablo 3.6. 6 Aylık Dönemde Hareketli Yaşam Yürüyüşü Planı, Yozgat Örneği....	81
Tablo 4.1. 7-8 yaşındaki bireylerin yaşadıkları yere göre kilo, boy ve BKİ, Z skorlarının dağılımı (5), 2013 .....	95
Tablo 4.2. 2008 – 2014 yılları arasında 15 yaş ve üstü bireylerde cinsiyete göre ağırlık ortalamaları (kg).....	96
Tablo 4.3. 15 yaş üstü bireylerde 2008 – 2014 arasındaki yaş ile cinsiyete göre boy ortalamaları (cm).....	97
Tablo 4.4. Obeziteyi başlatan etmenler .....	98
Tablo 4.5. Ebeveyn birlikteliği ve obezite arasındaki ilişki .....	98
Tablo 4.6. Demografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki .....	100
Tablo 4.7. Demografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki – 2.....	102
Tablo 4.8. Kadının çalışma durumu ile obezite arasındaki ilişki.....	103
Tablo 4.9. Bireylerin hastalık durumları ile obezite arasındaki ilişki.....	104
Tablo 4.10. Beslenme parametreleri ile obezite arasındaki ilişki.....	104
Tablo 4.11. Bireylerin beslenme alışkanlıkları ile obezite arasındaki ilişki.....	105
Tablo 4.12. Bireylerin iştah durumu ile çeşitli faktörler arasındaki ilişki.....	105

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
Tablo 4.13. Bireylerin günlük öğünlere göre yemek yeme durumu, yeme şekli ile obezite arasındaki ilişki .....	106
Tablo 4.14. Tüketilen besin grubu sıklığı ile obezite arasındaki ilişki.....	107
Tablo 4.15. Aile bireylerinde var olan hastalıklar ile obezite arasındaki ilişki.....	108
Tablo 4.16. Bireylerin yaşam tarzı ile obezite arasındaki ilişki.....	108
Tablo 4.17. Bireylerin diyet yapma ve diyetisyene başvurma ile obezite arasındaki ilişki.....	109
Tablo 4.18. Obezite cerrahisi uygulayan hekim sayısı.....	109
Tablo 4.19. Türkiye’de adolesanlarda yapılmış obezite çalışmaları.....	110
Tablo 4.20. Türkiye’de yetişkin bireylerle yapılmış obezite çalışmaları.....	111
Tablo 4.21. Benlik saygısı ile obezite arasındaki ilişki .....	112
Tablo 4.22. Bireylerin yemek yeme ile ilişkili duygu hali.....	112
Tablo 4.23. Bireylerle ilgili duygusal ve bedensel ihmal, aile içi ve aile dışı istismar durumu ile obezite ilişkisi.....	113
Tablo 4.24. Bireylerde depresyon varlığı ile obezite arasındaki ilişki.....	114
Tablo 4.25. Bireylerin beden ağırlığı algısı sınıflandırması.....	114
Tablo 4.26. Beden kitle indeksine göre beden ağırlığı algısının değişimi.....	114
Tablo 4.27. Yerleşim yerine göre BKİ-beden ağırlığı algısı sınıflaması değişimi...	115
Tablo 4.28. Cinsiyete göre BKİ-beden ağırlığı algısı sınıflaması değişimi.....	115
Tablo 4.29. Obeziteyi sağlık sorunu kabul etme durumu .....	116
Tablo 4.30. Obeziteyi sağlık sorunu kabul etme durumu (BKİ, Beden algısı, Doğru beden algısına göre).....	116
Tablo 4.31. Çeşitli faktörlere göre diyet uygulama durumu .....	117
Tablo 4.32. Diyet uygulama ile BKİ, Beden algısı ve doğru beden algısı arasındaki ilişki.....	118

**Tablo****Sayfa**

Tablo 4.33. Sigara ve alkol kullanımı ile obezite arasındaki ilişki.....	118
Tablo 4.34. Çeşitli faktörler ile obezite arasındaki ilişki.....	119



## ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Beden algısı ölçeği (Stungard ölçeği).....	34
Şekil 3.2. 15 yaş ve üstü bireylerin yıllar içerisindeki obezite eğilimleri.....	41
Şekil 4.1. Yetişkin yaş grubunda BKİ değişim.....	99
Şekil 4.2. Bireylerin sakatlık durumuna göre BKİ eğrisi.....	110



## KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

### Kısaltmalar Açıklamalar

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>BETA-HCG</b>	Beta - Human Chorionic Hormon
<b>BKI</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>COSI – TR</b>	Childhood Obesity Surveillance Initiative (Çocukluk Çağı Obezite Araştırması)
<b>CRP</b>	C-Reaktif Protein
<b>DKK</b>	Deri Kıvrım Kalınlığı
<b>DNP</b>	Dinitrofenol
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
<b>FDA</b>	U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
<b>GDO</b>	Genetiği Değiştirilmiş Organizma
<b>HDL</b>	High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
<b>HSGM</b>	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
<b>IGF-1</b>	İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü - 1
<b>KBY</b>	Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>LDL</b>	Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
<b>MARG</b>	Intervention Programs for Family Obesity in India (Hindistan Aile Obezitesi İçin Müdahale Programları)
<b>MONICA</b>	Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases (Kardiyovasküler Hastalıklarda Eğilim ve Belirleyicilerin İzlenmesi)
<b>NHANNES</b>	National Center for Health Statistics (Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi)
<b>OMDER</b>	Obezite ile Mücadele Derneği
<b>RA</b>	Rölatif Ağırlık
<b>SB</b>	Sağlık Bakanlığı



<b>SGBP</b>	Satın Alma Gücü Paritesi
<b>T3</b>	Triiyodotironin
<b>TEB</b>	Türkiye Eczacılar Birliği
<b>TEİS</b>	Türkiye Eczacı İşverenler Sendikası
<b>TNF<math>\alpha</math></b>	Tümör Nekroz Faktör Alfa
<b>TURDEP</b>	Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TSH</b>	Thyrotrophin-Stimulating Hormone (Tryptofin Düzenleyici Hormon)
<b>TV</b>	Televizyon
<b>UHT</b>	Ultra High Temperature (Çok Yüksek Sıcaklık)
<b>UNDP</b> Programı)	United Nations Development Programme (Birleşmiş Milletler Kalkınma
<b>USDA</b>	United States Department of Agriculture (ABD Tarım Bakanlığı)
<b>WHO</b>	WorldHealthOrganization (Dünya Sağlık Örgütü)

## 1. GİRİŞ

Yaşam var olduğundan beri tüm canlıların, varlıklarını sürdürebilmek için vazgeçilmez ihtiyaçlarının başında beslenme gelmektedir. Hem hayatın hem de sağlığın sürdürülebilirliği canlıların beslenme durumlarına bağlıdır. Bu yüzden hayatın varlığından bu yana insanlar her zaman beslenme içgüdüleriyle hareket etmişlerdir. Daha ilkel dönemlerde sadece bireylerin yaşamsal faaliyetlerinin temini için elde edilen besinler; çağımıza gelindikçe özellikle sanayi ve ekonominin gelişmesiyle birlikte üretimini artırmakta ve yaşamın devamlılığı dışında birçok alanda kullanım alanı bulmaktadır. Ayrıca bireyler, yaşamsal faaliyetlerin devamlılığı için gerekli olan besinlere daha kolay ulaşabilmektedirler.

Besin temininin kolaylaştığı bugünlerde internet gibi teknolojik iletişim araçlarının işlevselliğinin artmasıyla birlikte bireyler fiziki sınırları kaldırıp dünyanın her yerinden kolaylıkla haber alabilmektedirler. Bunun sonucunda ise özellikle çocuk ve gençler özendirici reklamlara sahip olan birçok fast-food ürününden kısa sürede haberdar olmakta ve beslenme alışkanlıklarını hem hazırlaması kolay hem de lezzetli ve cezbedici fast-food beslenme tarzına doğru değiştirmektedirler. Böylelikle tek nedeni fast food beslenme olmasa da özellikle çocuk ve gençlerde sağlıksız beslenme alışkanlıkları oluşmakta ve obezite başta olmak üzere birçok hastalığın görülmesi daha olası olmaktadır.

Beslenmenin yanı sıra bireylerin yaşadıkları toplum içerisindeki konumlarının belirlenmesinde etkili olan beden şekli ve beden algısı kavramları son yıllarda obezitenin de daha sık görülmesi nedeniyle önemini arttırmaktadır. Çünkü kilo alımı ve obezite gibi beden şeklini etkileyen etmenler toplumda değişen güzellik ve beden algısı içerisinde bireylerin sosyolojik, psikolojik ve fizyolojik açıdan etkilenmelerini ve toplum içerisindeki dışlanmışlık duygusuyla kabul edilebilirlik arasındaki ince çizgiyi de belirlemekte, bu da bireyin yaşam standartlarını ve sağlığını etkilemektedir. Bu bağlamda obezite olarak adlandırdığımız normalden fazla ağırlık artışına bağlı bu sağlık sorunu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde bireyi her açıdan etkilemektedir. Dolayısıyla ülkemizde de son yıllarda en önemli sağlık sorunu haline dönüşmektedir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılından bu yana obezite ile mücadelenin başladığı görülmektedir. Tez çalışmasında bu konunun incelenmesinin amacı özellikle çocuklarda ve gençlerde gün

geçtikçe artan obeziteye karşı yapılan mücadelelerin sonuçları değerlendirilerek bu sonuçların ne ölçüde başarılı olduğu belirlenerek önerilerde bulunmaktır.

Araştırmada öncelikli olarak kamusal kavramlar ve sağlık hizmetleri ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Çünkü kamu politikalarının sağlık alanındaki etkinliğinin kavranabilmesi için kamusal kavramların iyi bilinmesi ve sağlığa entegrasyonunun nasıl yapıldığı veya yapılmaya çalışıldığının anlaşılması gerekmektedir. İkinci kısımda ise araştırmanın odak noktası olan obezite hakkında genel bilgilere yer verilmekte ve biyopolitika üzerinde durulmaktadır. Kamusal kavramlar ve obezite ile ilgili bilgilerin ardından Türkiye’de birey, toplum, sağlık kısaca biyopolitika ile ilgili resmi veriler ile bilimsel çalışmalardan elde edilen veriler derlenip irdelenerek ikincil veri analizi yapılmakta ve kamu politikalarının özellikle obezitenin tedavisinde oynadığı rol ve sonuçları tartışılmaktadır.

Bu çerçevede, bu araştırma ve analizlerle elde edilmek istenen çıktı obezite ile ilgili yapılan reklam, afiş, kamu spotu gibi uygulamaların ve politikaların sonuçları değerlendirilerek tezin çıkış noktası olan “kamu politikalarının obezitenin tedavisi ve önlenmesinde yetersiz midir” sorusuna cevap aranmaktadır. Böylece varsa uygulamalardaki aksaklıkların hangi aşamalarda gerçekleştiği ve aksaklık tespit edilen aşamalarda daha verimli bir politika geliştirmek için güdülmeye gereken strateji ve planlarla ilgili önerilerde bulunmak istenmektedir.

## **2. KAMUSAL KAVRAMLAR VE KAMU - SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİ**

Tezin ilk bölümünde tezin oluşturulmasında çıkış yolu olan soru cümlesinin daha iyi cevaplanması ve irdelenmesi için kamu yönetimi kuramında kullanılan kavram ve olgular ile bu olguların sağlık politikalarıyla ilişkilerine dair bilgiler yer almaktadır. Böylece obezite ile ilgili sağlık politikalarının ne denli uygulandığı ve yararlı olduğu daha iyi analiz edilebilir.

### **2.1.Kamu Yönetimiyle İlgili Kavramlar**

Kamu sözcüğü kavramsal olarak farklı anlamlar taşımaktadır. En genel anlamıyla halk, herkes manası taşıyan kamu kelimesini Türk Dil Kurumu (2018); halk hizmeti gören devlet organlarının tümü veya bir ülkedeki halkın bütünü, halk, amme olarak tanımlamaktadır. Aynı şekilde Medeni Hukuk Terimleri Sözlüğünde de (1966) amme anlamıyla yer alan kamu kelimesi Toplum Bilim Terimlerinde; topluluk oluşturucu ortak çıkarlar çevresinde oluşan ve üyeleri bu ortak çıkarlar konusunda karar birliğine ulaşmak için etkileşimde bulunan toplumsal kesim olarak geçmektedir (Ozankaya, 1975). Yani farklı mecralarda farklı anlamlar yüklenen kamu kavramı demokratik toplumlarda ülke sınırları içerisinde yaşayan bireylerin hepsi olarak adlandırılabilir. Çünkü haklar her birey için aynıdır ve tüm bireyler özgür ve eşit yaşam hakkına sahiptir (Bilgen, 1995, s. 159).

Kamu, yani halkın olduğu her yerde bireylerin eşit haklara sahip olabilmesi ve bunları kullanabilmesi için yönetime ihtiyaç vardır. Bu durumda karşımıza yönetim kavramı çıkar. Yönetim kavramı bir toplulukta veya durumda olayları yöneterek bir eşgüdüm içerisinde idare etmek anlamına gelmektedir (Ergun & Polatoğlu, 1984, s. 4). Daha geniş anlamıyla yönetim kavramı planlama, örgütlenme, koordinasyon ve yönlendirme aşamalarını içeren ve toplulukların veya iş kollarının ortak hedeflerini yerine getirebilmek için uygulanan yöntemlerin hepsidir. İş birliği içerisinde ve belirli bir düzen içerisinde gerçekleştirilen yönetme eylemini Gözübüyük (1999, s. 1) tüm aşamaların yanında denetimin de yer aldığı bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamalara ek olarak Tortop (1993) yönetim kavramına verimlilik ve ekonomiklik terimlerini eklemektedir.

Kamu yani halkın yönetilmesi ve idaresi anlamına gelen kamu yönetimi kavramı ise kamusal faaliyetlerin devamlılığının yerine getirilmesi için yapılan işlemlerin hepsidir. Türk Dil Kurumu (2018) kamu yönetimi terimini; devletin yönetim faaliyetlerinin yararlı ve verimli bir biçimde düzenlenmesiyle uğraşan bilim dalı şeklinde tanımlamaktadır. Bozkurt ve Ergun (1998, s. 133) ise kamu yönetimini genel olarak devlet kurumlarında görevli personelin, örgütlerin bireylere ve siyasal karar organlarına destek sağlanması ve bu organların yönetilmesi olarak tanımlamaktadır. Bu anlamda kamu yönetimi; yasama, yürütme ve yargı kavramlarının tümünü kapsamaktadır. Fakat kamu yönetimi denildiğinde özellikle yürütme erkinin anlaşılması gerekmektedir.

Kamu yönetimi kavramına açıklık getirdikten sonra hem obezite ile mücadelede hem de etkin bir kamu yönetiminde en önemli yere sahip aşama denetimdir. Denetim kavramı TDK' ya (2018) göre; kamu ya da özel bir kuruluşa ilişkin bilgilerin önceden belirlenmiş ölçütlere uygunluğunun saptanması ve rapor edilmesi amacı ile bir uzman birimi tarafından kanıt toplama ve değerlendirme süreci manasına gelmektedir. Yani denetim, belirlenen hedef ve gayeler doğrultusunda önceden planlanıp uygulanmış program, politika veya olayların çıktılarının hedeflere uygunluğunun tespitidir. Başka bir deyişle; kurum ve kuruluşların çıktılarının kontrol ve düzeltme sürecidir (Günel, 1995, s. 18). Aktuğlu (1996, s. 6) denetim tanımı yaparken ne, nerede, nasıl ve nereye sorularının önemini vurgulamaktadır.

Denetim problem karşısında oluşturulan hedefler ile elde edilen sonuçlar arasındaki değerlendirme yaptığından geri bildirim mekanizmasının çok iyi işliyor olması gerekmektedir ve mekanizmanın iyi çalışıyor olması denetimin eksiksiz yapılması için çok önemlidir (Ergun & Polatoğlu, 1984, s. 333-335). Botha ve Boon (2003, s. 23) denetimi bir yönetim tekniği olarak tanımlarken kamuda görev, program ve olgulardaki durum tespitini anlamamız gerekmektedir demektedir. Böylece durum tespiti ve denetlemeler sistematik bir biçimde yapılabilecektir.

Denetimin, özellikle kamuda işlerin aksamadan devamlılığının sağlanmasında önemli bir yeri vardır. Böylece denetimin belirli ilkeler göz önüne alınarak yaptığı durum tespitlerinin doğruluk payı yüksek olmaktadır. Bu bağlamda denetim başlıca 4 ilke çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bunlar sırasıyla;

- Bağımsızlık,

- Hukukilik,
- Nesnellik,
- Dürüstlüktür.

Bağımsızlık adından da anlaşılacağı üzere denetimin bağımsız yapılması anlamına gelmektedir. Denetlemeyi yapacak bireyin hiçbir güce ya da bireye bağlı olmadan süreci götürmesi, daha şeffaf sonuçların elde etmesine olanak sağlamaktadır. Özellikle denetlenen kişi ile denetçinin herhangi bir bağıının bulunmaması denetimin geçerliliği açısından önemlidir. Atay (1999, s. 45-46) da aynı şekilde denetlenen yer veya kişi ile denetleyen birey veya kurumun herhangi bir bağıının olmaması gerektiğini savunmaktadır.

Denetimin diğer bir ilkesi olan hukukilik ise yapılan denetimlerin yasaların gerektirdiği şekilde olmasını anlatmaktadır. Ayrıca denetlemenin tüm aşamalarında yapılan görev ve uygulamaların hukuka uygun bir şekilde icra edilip edilmediğinin kontrolü de denetimin hukukilik ilkesinin diğer bir yönüdür. Bu yüzden Atay (1999, s. 46) hukukilik ilkesinin denetim açısından çok önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Nesnellik ilkesi denetim kavramının üçüncü ilkesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Nesnellik kavramından anlaşılması gereken yaşanan olay veya durumda mevcut durum ile istenilen durumun karşılaştırılması anlaşılmalıdır. Bu açıdan denetleme yapılmadan önce tamamen bağımsız olan denetçinin hukuki çerçevede hazırlayarak oluşturduğu bir çerçevede denetimin gerçekleştirilmesi nesnellığın konusudur (Atay, 1999, s. 47).

Denetimin son ilkesi dürüstlüktür. Dürüstlük sağlıklı bir ortamın oluşması ve devamlılığında hayatın her anında olması gereken bir ilkedir. Dolayısıyla denetim fonksiyonunun olmazsa olmazıdır denebilir. Denetlemeyi yapan kişinin bağımsız, hukuki çerçeve içerisinde ve objektif bir tutum içerisinde denetlemeyi gerçekleştirmesi dürüstlüğün temellerini oluşturmaktadır (Atay, 1999, s. 48).

Denetim ilkesinin önemi tartışıldıktan sonra denetim kadar önemli bir diğer ilke olan disiplin kavramı göze çarpmaktadır. Disiplin insanoğlu için hayatın her evresinde farklı şekillerde uygulanan fakat düzenli bir yaşamın varlığı için hem bireyler hem de toplumlar açısından olmazsa olmaz bir kavramdır. Bu açıdan obezite konusunda da hem bireysel hem de kamusal disiplin önemli bir yere sahiptir.

Yaşamın her aşamasında önemli bir yere sahip olan disiplin kavramı TDK'ya (2018) göre; bir topluluğun, yasalarına ve düzenle ilgili yazılı veya yazısız kurallarına titizlik ve özenle uyması durumu, sıkı düzen, düzence, düzen bağı, zapturapt" şeklinde tanımlanmaktadır. Hem bireysel ilişkilerin hem de toplumsal ilişkilerin belirli bir düzen içerisinde devamlılığının sağlanması ortamın disiplinine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu açıdan sürekliliğin sağlanmasında en önemli olgulardan birinin disiplin olduğu aşikârdır. Henüz çocukluk döneminde aile içerisinde belirli kuralların koyulmasıyla başlayan disiplin süreci, okul hayatı, iş hayatı ve toplum yaşamı süreçleriyle devam etmektedir.

Bireylerin belirli kalıplar içerisinde kontrol altında tutmak için ortaya çıkan kurallar silsilesi eğitim ve iş hayatında belirli yaptırımları da beraberinde getirmektedir. Aksi takdirde düzenin sağlanması için oluşturulan kuralların kabul edilmesi ve itaatkarlık zorlaşmaktadır. Bu durumda da kaos ve kargaşa ortamı oluşmaktadır.

Özellikle siyasal erkin belirlediği kurallar kamu düzeninin sağlanmasında önemlidir. Yönetimin belirlediği kuralların uygulanmaması karşısında bireylerin karşılaştığı yaptırımların disiplin olduğunu söyleyen Tortop (1983, s. 89-100) disiplin kavramının gelişmesinin amacının olumsuz davranışların bir daha görülmemesi olduğunu söylemektedir.

Disiplin kuralları ile ilgili bağlayıcı maddeler Anayasa'nın 129. Maddesinde açıkça belirtilmektedir (THS, 2018) Bu kurallar çerçevesinde kamu personeli için oluşturulan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nu kuralları açıkça belirtmektedir. Disiplin ile ilgili suç ve cezalarla ilgili kurallar kanununun 125. Maddesinde yer almaktadır (DMK, 1965).

Anayasa ve DMK'da belirtilen disiplin kuralları özellikle kamu personeli ve tüm bireyler için bağlayıcıdır. Aksi takdirde devlet erkinin belirlediği cezalar kapsamında kişiler çeşitli cezalara çarptırılmaktadır.

Yaşamın her döneminde her ortamda olması gereken disiplinin yanı sıra özellikle kamusal işlemlerde etik kurallarından da bahsetmek gerekir. Aristoteles'in iyi erdem ve adalet olarak tanımladığı etik kavramının kelime anlamına baktığımızda TDK'nın (2018);

*"felsefenin ödev, yükümlülük, sorumluk ve erdem gibi kavramları analiz eden doğruluk ve yanlışlık ile iyi veya kötüyle ilgili ahlak yargıları ele alan, ahlaki eylemin doğasını soruşturan ve iyi bir yaşamın nasıl olması gerektiğini açıklamaya çalışan bilim dalı"*

tanımı ile karşılaşmaktayız. Bunun yanı sıra Cevizci (2014, s. 11) etik kavramının çok anlamlı bir kelime olduğunu ve kendi içerisinde dahi çok farklı anlamlar barındırdığını söylemektedir. Ayrıca Klimsza (2014, s. 52) ahlaki uygulamalarının geçerliliğinin sağlanmasında etik değerlerin devreye girdiğinden bahsetmektedir. Çünkü Mackinnon'a (2008, s. 5) göre etik doğru ve yanlışın tespitinde değerlendirici niteliktedir. Yani etik kavramı; ahlak ile iç içe olsa da ahlak kavramının kişisel farklılıklar göstermesi yönünden farklılaşmaktadır ve bireysel ya da toplumsal ahlak kurallarını değerlendirici bir rol üstlenmektedir (1998, s. 59). Bu sebepten dolayı etiğin normatif bir teori olmasından söz edilebilir. Kısaca etik kavramının bireylere ve toplumlara iyi ve kötüyü ayırabilmek için yol gösterici olduğu söylenebilir ve etik değerler sırasıyla; güven, sorumluluk, adalet, gelişen, sürdürülebilir, mantık, zenginlik, özgürlük olarak söylenmektedir (Klimsza, 2014, s. 52).

Kamu yönetiminde ise etik kavramı iyi ile kötünün ayrılmasından ziyade çalışanlara bir öz denetim mekanizması kurma açısından önem kazanmaktadır. Eryılmaz ve Biricikoğlu (2011, s. 19) öz denetim mekanizması olan etiği kişisel yükümlülüklerin hepsi olarak tanımlamaktadırlar. Kısacası etik kavramının Pieper'in (1999, s. 60) dediği gibi "*ahlaki eylem kuramı*" olduğunu kabul edebiliriz.

Kamunun yönetilmesi hususunda önemli ilkelerin obezite ve sağlık politikalarıyla ilgili kısmından bahsettikten sonra bütün bireyleri ilgilendiren obezite ile mücadele edilirken idarenin bireylerle iletişim içerisinde olması gerekmektedir. Bu kapsamda karşımıza halkla ilişkiler kavramı çıkmaktadır.

Ülkelerin ekonomik ve sosyal konumlarının iyileşmeye başlamasıyla birlikte halkın teknolojiden yararlanma oranı da artmaktadır. Böylece hem bireysel hem de toplumsal istek ve taleplerde belirli ölçülerde artışlar ve değişimler görülmektedir. Bu değişimler karşısında devletlerin yönetim sistemlerinde de çeşitli düzenlemeler ve değişiklikler olmaktadır. Teknoloji ve sanayileşmenin gelişmediği dönemlerde ülkelerin benimsediği geleneksel kamu yönetimi şekillerinde görülen katı hiyerarşik ve merkezîyetçi yapıdan küreselleşmenin etkisiyle ortaya çıkan yeni kamu yönetiminde merkezîyetçi yapının esnetilerek halk odaklı yönetim yapısıyla halkla ilişkiler kavramının da önem kazandığı görülmektedir.



Halkla ilişkiler kavramının farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. Sabuncuoğlu (2001, s. 3-4) halkla ilişkiler olgusunun bir konu üzerinde halk ile kurumsal yapıların bütünleşmesi olduğunu söylemektedir. Peltekoğlu (2012, s. 5) ise halkla ilişkilerin karşılıklı iletişim için yapılan eylemlerin bütünü olduğunu söylemektedir. Aynı zamanda yönetimin bir fonksiyonu olan kavram kurum ve kuruluşların diğer aktörler ve taraflar karşısında itibarlarının yönetimi için kullandıkları bir yöntemdir.

Özellikle özel sektörde kurumların kendi tanıtımları için kullandıkları ve kavramın İngilizce ifadesinin “Public Relations” ilk harflerinden oluşan PR çalışmaları Türkiye’de de etkisini göstermektedir. PR çalışmaları itibar yönetiminin yanı sıra hedef kitleye bilgi akışının sağlanması için yapılan işler silsilesidir. Dolayısıyla halkla ilişkiler Kitchen’in (2004, s. 27) de dediği gibi kamu ya da özel sektördeki kurumların halk ile sürdürülebilir ilişkiler kurması esasına dayanmaktadır. Ya da Seitel’in (2004, s. 3) halkla ilişkiler tanımındaki gibi altyapısı karşılıklı fayda sağlamak olan ve halkı ikna edebilmek için yapılan uygulamalar bütünüdür.

Halkla ilişkilerle ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmakta fakat tüm tanımlar belirli ilkeler doğrultusunda hemfikir olmaktadır. Bu ilkeleri Wilcox ve Cameron (2005, s. 6-7) aşağıdaki şekilde sıralamaktadır.

- Plan
- Performans
- İki yönlülük
- Yönetim
- Kamu yararı

Halkla ilişkiler kavramının kurumun hedefini tam olarak gerçekleştirebilmesi için yukarıda sayılan ilkelerin tamamının belirli bir süreç ve düzen içerisinde gerçekleştirilmesi önemlidir. Bunun yanı sıra halkla ilişkilerde belirlenen ilkeler doğrultusunda halkla ilişkilerin hangi araçlar ile yapılacağı da uygulamalarının başarısını etkilemektedir. Halkla ilişkilerde kullanılan araç gereçler kısaca;

- Sözlü
- Yazılı
- Görsel
- İnternet temelli

araçlar olmak üzere 4'e ayrılmaktadır.

Halkla ilişkiler kavramı 21. yüzyılda popüler kavramlar arasında sayılsa da kavramın kökenlerinin asırlar öncesine dayandığı bir gerçektir. Mesela Eski Yunan'da filozofların bilgi aktarımı için yaptığı halk oturumları ya da Büyük İskender'in savaş sonrasında halkın içine yerel kıyafetler ile çıkması halkla ilişkiler kavramının tarihine dair ipucu vermektedir (Güldü, 2018). Bıçakçı (2006, s. 98) Güldü'ye ek olarak ilk halkla ilişkiler örneklerine Roma'da düzenlenen forumlarını göstermektedir. Bu çağlarda tek yönlü iletişimin etkileri görülmekle birlikte özellikle propagandanın yaygınlığından bahsedilebilir.

İnsanlık tarihi ile eşdeğer bir gelişme gösteren halkla ilişkiler alanında gazete yayımının 17. yüzyılda başlamasıyla birlikte gündemde olan sorunlar özgürce tartışılma imkânına kavuştuğu görülmektedir (Grunig & Hunt, 1984, s. 17). Kazancı (1997, s. 5) halkla ilişkiler kavramından ilk kez ABD başkanı Jefferson'un bahsettiğini söylemektedir. Fakat Harrison'a (2000, s. 17) göre ilk gerçek halkla ilişkiler tanımı Eaton tarafından yapılmıştır.

1900'lü yılların başına gelindiğinde Ivy Lee kurumlar ile halkın arasındaki ilişkilerin önemini bildiren "Declaration of Principles" i yayınlarak kurumlar ile halkı aynı ortamda buluşturmayı hedeflediği görülmektedir (Sabuncuoğlu, 2001, s. 9). Daha sonraları ise halkla ilişkiler kavramının kitle iletişim araçlarının da artmasıyla birlikte gelişmeye başladığı görülmektedir. Halkın kitle iletişim araçlarıyla bir araya gelmesi ise 20. yüzyıla denk gelmektedir. Kitle iletişim araçlarının artışıyla birlikte halk hem farklı konulardan hem de kamu ve siyasette yaşanan gelişmelerden zamanında haberdar olmaya başlamıştır. Kalender (2013, s. 14) bu gelişmelerin halkla ilişkilerin gelişimine büyük bir hız kazandırdığını belirtmektedir.

Türkiye'de ise halkla ilişkilerin öncelikli olarak kamu kurumlarında gelişmeye başladığı görülmektedir. İlk önce Kurtuluş Savaşı sırasında çıkartılmaya başlayan İrade-i Milliye gazetesi ve ardından kurulan Anadolu Ajansı, Türkiye'de halkla ilişkilerin öncü kuruluşları olmaktadır (Sabuncuoğlu, 2001, s. 10). Türkiye'de halkla ilişkilerin gelişmeye başladığı süreç incelendiğinde 1961 Anayasası göze çarpmaktadır. Çünkü 1961 Anayasası sendikalaşmanın başlamasına öncülük etmektedir. Böylece halkın yönetime katılmaya, talep etmeye ve hak aramaya başladığı görülmektedir. Ayrıca Asna (2004, s.

21-23) DPT' nin 1961 yılında kamusal alanda halkla ilişkiler uygulamalarını başlatan kurum olduğunu söylemektedir. Ardından bir kamu kurumu olan TRT'nin 1968 yılında kurulmasıyla birlikte Türkiye'de halkla ilişkiler kavramının başka boyuta taşındığı görülmektedir. Ardından çeşitli halkla ilişkiler yöntemleri birbirini izleyerek teknoloji çağına kadar ilerlemektedir. Mesela Asna (1998, s. 191) 1969 yılında Koç Holding'in çeşitli çalışmalar yaptığından bahsetmektedir. 1990 yılından itibaren ise özel televizyon kanalları kurulmaya başlayarak halkla iletişime farklı bir boyut kazandırdıkları görülmektedir. Ardından halkla ilişkilerin teknolojinin ve küreselleşmenin artmasıyla birlikte internetin hayatımıza girmesi halkla ilişkilerin çok daha kolay bir şekilde yapılmasına olanak sağlamaktadır. Bunun en güzel örneklerinden biri Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER)'in kurulmasıdır. Bunun yanı sıra 4982 sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun 2003 yılında yürürlüğe girmesi ile halk ile kamu kurumları arasında şeffaflık ve etkinliğin göstergesi olmaktadır.

Halkla ilişkiler uygulamalarının yapıldığı yere ve zamana göre farklı amaçları vardır. Fakat asıl amaç kurumlar ve halk arasında etkin ve verimli bir ağın kurulmasıdır (Yalçındağ, 1988). Ayrıca kamu politikalarının benimsetilmesi, eksikliklerin belirlenmesi ve çözüm yollarının tespiti için de halkla ilişkiler şarttır. Bunu yanı sıra yönetim fonksiyonlarında, ülke içi sorunlara çözüm bulunması ve uluslararası ilişkilerin güçlendirilmesi halkla ilişkilerin diğer amaçlarıdır (Tortop, 1993, s. 10). Böylece hem yönetsel hem de toplumsal ilişkiler daha kolay geliştirilmektedir.

Halkla ilişkiler olgusunun gerçekleştirilmesinde belirlenmesi gereken şeylerden biri hedef kitledir. Çünkü halkla ilişkilerin bir amacı da ilgilendiği konuyu ana kitleye ulaştırabilmesidir. Bu kapsamda kurumlar amaçları kapsamında hedef kitlelerini belirlemek zorundadırlar (Çamdereli, 2000, s. 49). Hedef kitleler iki kapsamda ele alınmaktadır. Bunlar iç hedef kitle ve dış hedef kitle şeklindedir (Onal, 2000, s. 41). İç hedef kitle kurum personeli, kurumun ortakları ve sendikaların anlaşılması gerektiğini söyleyen Sabuncuoğlu (2001, s. 114) kurumların halkla ilişkiler bölümlerinin öncelikle iç hedef kitleye önem vermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Dış hedef kitle ise toplum, tüketiciler, rakipler, kamuoyu önderleri ve tedarikçilerden oluşmaktadır. Oldukça geniş bir kitle olması kurumların bunlar arasında ortak ilişkileri tespit edip doğru bir süreç izlemesi gerekmektedir. Çünkü doğru stratejilerin kurulması kurum veya kuruluşun kabul edilmesinin önkoşulu olarak gösterilebilir (Çamdereli, 2000, s. 55).

### 2.1.1. Kamu Yönetiminin Ortaya Çıkışı

Kamu yönetimi kavramı farklı ülkelerde bir disiplin olarak gelişimini değişik şekillerde sürdürmektedir. Fakat ilk olarak bir disiplin olarak kabul edilmesi Wilson'un (1887) yazdığı "İdarenin İncelenmesi" adlı makale ile olmaktadır. Wilson makalesinde kamu yönetimi disipliniyi yönetim, karşılaştırma, verimlilik ve eğitim kavramlarıyla özdeşleştirmektedir ve bu özellikleriyle kamu yönetimini siyasetten ayırmaktadır. Fakat kamu yönetiminin geçmişine gidilecek olunursa Çin'de M.Ö. 7. yy'da kamu hizmeti sınavlarının yapıldığı, 11. yy'da Vietnam'da performans uygulamasının olduğu ve 1808'de Fransız İdari Yasası'nın yazıldığı bilinmektedir. Kısaca kamu yönetimi insanlık tarihinin başlangıcında itibaren varlığını sürdürmektedir.

Wilson (1887) "İdarenin İncelenmesi" adlı makalesinde erklerin ayırımından bahsederken, geleneksel kamu yönetiminin örgütlenmeye ilişkin sorunlarını çözmeyi amaçladığı da açıkça görülmektedir. Siyaset ve idarenin ayrı birer disiplin olarak çalışması gerekliliğinden bahseden Wilson yönetimi siyasi süreçlerle de ilişkilendirmektedir. Güler (2005) ise Wilson'un makalesine ithafen siyasetin karar verici yönetimin ise bu kararları uygulayıcı mekanizma olduğunu söylemekte ve devlet görevlilerinin siyasi güce hesap vermesi gereken bir yapılanma içinde olduğundan bahsetmektedir. Ayrıca liyakat sisteminin oluşturulmasının önemine dikkat çekilen makalede kamu yönetimi uygulamalarının ilim olarak gelişmesinin önemine vurgu yapılmaktadır.

Taylor (1911) yönetim ile ilgili önerilerine yer verdiği eserinde etkin çalışmanın önemi üzerinde durmaktadır. İş odaklı bir yönetim sisteminin en iyi yol olduğunu savunan Taylor belirli kural ve standartlar kapsamında çalışmanın bireysellikten çıkmanın kuralı olarak görmektedir. Demirci (2007) Taylor'un ilkelerinin hiyerarşik örgüt yapısı ile oldukça benzer olduğunu belirtmektedir.

Uzuegbu ve Nnadozie (2015, s. 58-72) makalesinde Fayol'un kamu yönetimi alanında yazdığı kitabında özellikle üretimin devamlılığı ile verimliliğini sağlamanın ve bunların önündeki engelleri ortadan kaldırmanın gerekliliğinden bahsettiğine

değınmişlerdir. Fayol'a göre iyi bir kamu yönetimi için iş birliği, otorite, disiplin gibi özelliklerin muhakkak olması gerekmektedir. Hakkaniyet ve hiyerarşinin sağlanması için kumanda birliğinin önemini vurgulayan düşünce kontrol ve denetimin önemini de vurgulamaktadır. Aktan (1997, s. 56-61) tekelden kontrolün Fayolizm akımında önemli olduğunu, böylece kontrol ve düzenin daha iyi sağlanacağını savunduğunu da söylemektedir.

Weberyen yaklaşım bürokrasi kavramı üzerine kurulmaktadır. Ateş (2003) Weber'in bürokrasi modelini oluştururken tüm kademe ve aşamaları oluşturduğunu ve tanımladığını söylemektedir. Buna göre modelde açıklık, hiyerarşi, planlama, denetim, kural, sınav ve eğitim aşamaları açıkça belirlenmektedir. Geleneksel kamu yönetimi disiplininin gelişmesinde çok büyük paya sahip olan Weberyen yaklaşım, bürokrasinin modern ve gelişmiş devletlerin optimize edilmiş en güvenilir kurumları olarak göze çarpmaktadır (Eşki, 2003). Güngen (2011) ise Weberyen yaklaşımı demir kafes olarak eleştirenlerin de mevcut olduğunu, demir kafes kavramının da kamusal ve bürokratik yapının güvenden çok otoriter bir yapıya sahip olduğunu ve insanları bir demir kafes içerisine hapsedtiğini söylediklerini belirtmektedir.

### **2.1.2. Kamu Yönetiminin Tarihsel Gelişimi**

Çağın getirdikleriyle birlikte yeni anlayışların doğması kamu yönetimi anlayışını da değiştirmektedir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışının 1800'lü yıllardan son 15-20 yıla kadar etkisini gösterdiği görülmektedir. Kamu yönetimi disiplininin kurucuları olarak sayılan klasik kuramcılarının bu alanda kurulan teorilerin kamuda örgüt yapısının olması gerektiği tüm genel özellikleri kapsadığı görülmektedir (Çevik, 2007, s. 146).

Demirci (2007) geleneksel kamu yönetimi kavramını politika oluşturmayan, sadece iktidardaki mevcut gücün belirlediği kurallar çerçevesinde halkın yararı için yapılan tüm kamusal uygulamalar olarak tanımlamaktadır. Geleneksel kamu yönetimi anlayışı Keynesci yaklaşımdan refah devletlerin, Sanayi Devrimi'nden dünya savaşlarına kadar dünyayı etkileyen birçok olay veya oluşumdan etkilenerek 20. yüzyılın sonlarına doğru ülke ekonomisi ve halkın karşısında kendini konumlandırığı görülmektedir. Sanayi Devrimi'nden sonra gelişmeye başlayan teknolojiden etkilenen yönetim yapısı Keynesyen politikaların savunduğu piyasa dengesinin kurulabilmesi için devlet müdahalesinin

gerekliliği tezinin ile farklı bir boyuta taşındığı, özellikle 2. Dünya Savaşı sonrası ülkelerin her açıdan toparlanmaları için merkezci yaklaşımları benimsediği görülmektedir (Varoğlu, 1995, s. 12-13) (Şaylan, 2003, s. 100-103). Bu merkezci yaklaşımların ise yönetim dışında hiçbir kurum ya da kişinin isteklerine önem vermediği ve bu yaklaşımlar duyarsızlık dönemi olarak görülmektedir (Gündoğan, 2007, s. 82). Savaş sonrası dönemlerde ülkelerin kamu reformuna önem verdiği ve Weberyen yaklaşımın benimsendiği belirtilmektedir. Yani bu dönem geleneksel kamu yönetiminde bürokrasinin ve hiyerarşinin arttığı, merkeziyetçiliğin en iyi hissedilen dönemidir. Böylece kamuda verimsizlik ve hantallığın arttığı söylenebilir. (Bilgiç, 2003, s. 20-50)

Geleneksel kamu yönetimi olgusu tüm gelişmelerin ardından kendini karşısındaki tüm aktörlerin üzerindeki erk olarak konumlandırmakta, böylece kendini tüm olumsuzluklara karşı korumaya almaktadır. Bu durumda geleneksel anlayış kendinin tüm durum ve sorunları çözebilecek tek güç olduğunu varsaymaktadır (Arıkboğa, 2007, s. 111-112). Bu özellikleriyle Weber ve Fayol'ün kamu yönetimine yaklaşımları ve ilkelerinin son 15-20 yıla kadar oldukça etkili olduğu görülmektedir.

İlerleyen yıllarda ise özellikle teknoloji ve iletişimin artmasıyla birlikte merkeziyetçi ve katı hiyerarşik yapıdaki geleneksel yöntemlerin kamusal uygulamalardaki niteliğin artmasına yetmediği görülmektedir. Bu yetersizlikler eleştirmenlerin geleneksel kamu yönetimi anlayışının değişiminin zorunlu olduğunu düşünmelerine neden olmaktadır. Çünkü başlarda gerekli görülen refah devleti oluşumların zaman içerisinde özellikle kamu harcamalarının artmasına karşın kalite ve verimdeki azalmayla birlikte piyasada ciddi bir zarara neden olduğu görülmektedir. Böylece Weberyen etkinin büyük olduğu refah devlet yapıları zorunlu bir dönüşüme uğrayarak liberal devlet yapılarının oluşturulmasını sağlamaktadır (Saran, 2001, s. 37-50). Yani sanayi toplumundan bilgi toplumuna geçiş sürecinin başladığı görülmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi anlayışındaki ilk çözümlerin 1970'li yılların sonlarında meydana geldiği görülmektedir (Nohutçu, 2003, s. 242). Çözümlerin öncelikli olarak ekonomide görüldüğü ve özelleştirmeler ile başladığı görülmektedir. Teknolojinin hızına yetişemeyen geleneksel yöntemleri Avcı (2007, s. 6) fazla bürokratik, hantal ve etkisiz olarak tanımlamakta; Ömürgönülşen (2003, s. 16) ise Weberyen bürokratik yapısını yaratıcılık ve risk almayı engelleyen bir anlayış olarak belirtmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi anlayışının 1970’li yılların sonlarına doğru çeşitli ekonomik ve yönetsel sorunlara yenik düşmesi sonucunda bazı değişikliklerin öngörüldüğü bilinmektedir. Bu değişiklikler ile kamu yönetimi anlayışına yeni bir yaklaşım kazandırarak gelişen teknolojiye ayak uydurmak amaçlanmaktadır.

Yeni kamu yönetimi (YKY) anlayışının doğuşu ile kamu yönetimine farklı bir pencere açılmaktadır. 1970’li yılların sonunda artan eleştiriler ile ortaya atılan yeni kamu yönetimi anlayışı, teknolojiye ve küreselleşmenin getirdiği olanaklara daha iyi cevap vermesi beklenen bir sistemdir. “New Public Administration” olarak gündeme gelen yaklaşımın verimsizlik, ekonomik durum ve demokratik olmayan sorunlara çözüm üreteceği düşünülmektedir. Özer (2005, s. 52), Waldo’nun yeni kamu yönetimi yaklaşımının ortaya çıkmasında önemli bir paya sahip olduğunu belirtmektedir. Dunleavy ve Hood (1994, s. 9) Yeni Kamu Yönetimi yaklaşımını özel sektördeki yönetim strateji ve yöntemlerinin kamuya uyarlanması olarak tanımlamaktadırlar. Yönetimde büyük bir değişime neden olduğunu savunan Lane (2000, s. 304) her kesimin kendine göre farklı görüşü olduğunu söylemektedir. Mesela; Nunberg (1992) yeni kamu yönetimi yaklaşımını küresel bir paradigma olarak tanımlarken, Hood (1991, s. 13) en önemli uluslararası akım olarak betimlemektedir. Lam (1996, s. 30-44) yeni kamu yönetimini tüm dünyayı etkileyen yeni bir olgu olarak tanımlarken; Sözen ve Shaw (2002, s. 475-486) yeni anlayışın evrensel bir yönetim modeli olduğundan bahsetmektedir. Bu yeni evrensel modelin gelişmesinde en büyük etkenin haberleşme ve bilgi teknolojilerinde yaşanan ilerlemeler olduğu iddia edilmektedir (Eroğlu, 2018). Geleneksel anlayışı çağın şartlarına tamamlayan en önemli parça olarak tanımlayan Page’e (2000, s. 1-15) karşıt bir düşünce olarak Abrahamson (1991, s. 586-612) yeni kamu yönetimi anlayışının belirli bir süre sonra geleneksel yöntem gibi modasının geçeceğine inanmaktadır. Aynı şekilde Yayman’da (1998, s. 42) yeni kamu yönetimi anlayışının kısa sürede etkisini yitireceğini ve geleneksel kamu yönetimi anlayışının kaldığı yerden devam edeceği görüşünü savunmaktadır. Ömürgönülşen (1997, s. 517-518) yeni kamu yönetiminin meydan okuyucu bir paradigma olduğuna dikkat çekerken Ridley de (1996, s. 16-29) yeni kamu yönetiminden performans paradigması olarak bahsetmektedir. Örneklerde olduğu gibi farklı kesimlerin öne sürdüğü farklı düşünceler yeni kamu yönetimi yaklaşımının evrimi henüz tamamlamadığı ve tek bir kalıba bağlı olmadığını göstergesidir (Al, 2002, s. 110). Fakat yüksek bir ivme ile gelişen teknoloji ile birlikte geleneksel anlayıştan yeni kamu yönetimi’ ne geçiş süreci oldukça hızlanmaktadır (Saran, 2001, s. 37-50).

Lane (2000, s. 317) yeni kamu yönetimi anlayışının özel sektör ile sözleşme üzerine kurulu bir anlayış olduğunu savunmaktadır. Yani kamu sektöründeki işleyişin topluma doğrudan uygulanması yerine özel sektör ile birlikte dolaylı yoldan iletilmesi gerektiğidir (Bilgiç, 2003, s. 23). Bu kapsamda yaklaşımın başlıca reformları bütçeleme ve harcamalar, özelleştirme ve rekabet ile personel gibi ortak konulardır. Böylece rekabetçilik ve esnek yönetim biçimi ile aşırı merkeziyetçi yapı ve hiyerarşiden kurtularak verimliliğin artırılması için çalışmak öne çıkmaktadır. Bunu yanı sıra bütçelemede öne sürülen uygulamalarla ekonomikliğin sağlanması ve tüm bunların tekelden değil farklı birimlerce denetimi belirli bir iş disiplininin oluşmasını sağlamaktadır (Özer, 2005, s. 241-243).

Yeni kamu yönetimi anlayışının amacı genel olarak kamunun etkinliğinin artırılması için yapılan uygulamalardır (Eryılmaz, 2001, s. 22). Çünkü merkeziyetçilik ve katı hiyerarşiden kamu, özel ve birey ortaklığında işlevselliğin arttırdığı yeni bir anlayış hâkimdir ve bu anlayışta rekabet, esneklik, ortaklık, verimlilik gibi kavramlar önem kazanmaktadır (Bayraktar, 1999, s. 58). Bu durumda yeni kamu yönetimi yaklaşımında öne çıkan nokta performansın, etkinliğin ve verimliliğin önemidir (Eryılmaz, 2001, s. 58). Vurgulanan bu amaçların yerine getirilebilmesi için de çift yönlü iletişim tekniklerinin kullanılması ve özellikle iletişim ve etkileşim konusunda çeşitli politikaların düzenlenmesi gerekmektedir. Çünkü bu amaçların yapılmasında devletin tek aktör olduğu geleneksel yöntem değişerek çok aktörlü bir yönetim sistemi uygulanmaktadır (Arıkboğa, 2007, s. 117).

Yeni kamu yönetimi uygulamalarını geleneksel kamu yönetiminden ayıran bazı temel özellikler bulunmaktadır. Bunlar; sonuç odaklılık, geribildirim olanağı, rekabet oluşması, verimliliğin artırılması esneklik ve düşük maliyet şeklinde sıralanabilir (Mathiasen, 1999, s. 93). Yeni kamu yönetimi sahip olduğu bu özelliklerle birlikte girişimcilik kavramını vurgulamaktadır. Böylelikle geleneksel yönetimde hiyerarşik yapının talimatlarına körü körüne uyan personele sorumluluk yüklenmekte, bireylerin risk ve inisiyatif alması teşvik edilmektedir. Bu yaklaşımlar ile kamu küçültülerek desantralize edilmektedir (Güler, 1997).

İlk ortaya çıkışından bugüne dek gelinen süreçte yeni kamu yönetimi ile hala karıştırılan yeni kamu işletmeciliği kavramı ise aslında yeni kamu yönetimi kavramından tam anlamıyla ayrılmaktadır. Yeni kamu işletmeciliğinin Neo-Taylorizm akımının bir göstergesi olması, yeni kamu yönetimi anlayışından keskin bir şekilde ayrıldığını



göstermektedir. Bilici (2012, s. 25) yeni kamu işletmeciliğini; kamu yönetiminde özel sektör uyarlaması olarak tanımlamaktayken Ömürgönülşen (1998, s. 518) etkinlik ve müşteri odaklılıktan bahsetmektedir.

Yalçın (2010, s. 132) yeni kamu işletmeciliğinin dayandığı temelleri evrensellik, taşınabilirlik, uyarlanabilirlik, pazarlık yapılabilirlik ve bireysellik olarak sıralamaktadır. Evrenselliğin vurgulandığı yeni kamu işletmeciliğinde politikadan uzak ve her kesime uygun öğretilerin oluşturulması önemlidir (Hood, 1991, s. 3-19). Ayrıca evrensellik ile birlikte taşınabilirlik de önem kazanmaktadır.

Yeni kamu işletmeciliğinin belirli gerekçelerle oluşturulmuş ilkelerinin olduğu görülmektedir. Bunlar sırasıyla profesyonel ve deneyimli bir yönetim, standartların açıkça belirtilmesi ve performans ölçütleri, denetim sonuçlarının vurgulanması, kümelenmenin engellenmesi, rekabetin artırılması, özel sektöre odaklanma ve disiplin ve tutumlu kaynak kullanımınıdır.

Yeni kamu işletmeciliği kapsamında özellikle kamu kurumlarının özelleştirilmesi ve kamudaki işlerin özel sektöre yaptırılması gibi çeşitli uygulamalar göze çarpmaktadır (Gözel, 2003, s. 195). Bu reform hareketleri ilk olarak 1980'lerin başında ABD'de başladığı ve yavaş yavaş tüm dünyaya yayıldığı görülmektedir. Demirel (2005, s. 58) kavramın yayılmasında işletmecilik kavramının öneminden bahsetmektedir. Bu anlayışın özellikle "Taşeronluk Teorisi" gibi teoriler ile başladığı söylenebilir. Taşeronluk sisteminin kamu kurumlarında devreye girmesiyle birlikte devlette kamu kurumlarında küçülme, bütçe ve personel sayısında azaltmalara gidilerek küreselleşmenin getirdikleri görülmektedir.

Ömürgönülşen (2003, s. 26) işletmecilik kavramının kamu yönetiminin kabul edilebilir bir yüzü olarak görüldüğünü belirtmektedir. Çünkü kamu kurumlarında küçülmeye gidilmesiyle hem bürokraside hem de hiyerarşide azalma olmakta piyasa modeline geçilmekte ve böylece değersizleşen kurum ve kuruluşlara yeni değerler yüklenmektedir. Yönetimden işletmecilik yönüne değişimi Ömürgönülşen (2003, s. 26) basit olarak algılanmaması hatta önemli bir paradigma değişimi olarak değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır. Çünkü bu değişim tek yönlü değil, çok yönlü bir değişim istemektedir. Yani değişim planlı, yenilikçi, verimli ve cevap verebilir özelliklerde olmalıdır. Bu özelliklerin sağlanabilmesi içinde tekelleşme ve katı hiyerarşiden uzak piyasa

odaklı dolayısıyla müşteri odaklı, çift taraflı denetlenebilir, katılımcılığın desteklendiği ve performans ölçütlerine önem verilmesi önemlidir (Bilgiç, 2003, s. 35). Ayrıca yönetici pozisyonunda olan kamu personelinin özel sektör mantığını kavraması ve verimliliğin artırılması için o doğrultuda çalışması gerekmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi kavramının değişime uğratıldığı, yeni kamu yönetimi ve yeni kamu işletmeciliği gibi yeni anlayışların hüküm sürmeye başladığı 21. yüzyılda kamuya kazandırılan bir diğer kavramda yönetişimdir. Yönetişim kelimesinin sözlük anlamı; “bir toplumsal politik sistemdeki ilgili bütün aktörlerin ortak çabalarıyla elde edilen sonuçların oluşturduğu yapı ya da düzen” şeklindedir (Bozkurt, Ergun, & Sezen, 2008, s. 274). Yani bu kavram kaba bir tabirle kamu ve bireyler arasındaki ilişkinin pasiften aktife geçişidir. Önceleri kamunun tek güç olduğu dönemlerde bireylerin yönetim içerisinde üstlendikleri pasif roller yönetişim kavramının gelişmesiyle birlikte aktif hale geçmektedir. Böylece bireyler kamu yönetiminde verimlilikten etkinliğe kadar büyük bir alanda yönetime katılarak söz sahibi olmaktadır (Bilgiç, 2003, s. 27). Ayrıca bu olgu çerçevesinde kamu sektörü, özel sektör, STK’lar ve uluslararası organizasyonlar belirli görev ve yetkilere sahip olmaktadır (Özer, 2006, s. 51). Bu şekliyle de yönetişim kavramı geleneksel kamu yönetiminden keskin çizgilerle ayrılmaktadır.

Yönetişim kavramı farklı bir olgu olarak düşünülse de içerisinde yeni kamu yönetimi ve yeni kamu işletmeciliği esaslarını barındırmaktadır. Jessop (2005, s. 15) yönetişimi kısaca kamu-özel, bireysel-toplumsal ya da daha karmaşık aktörlerin birbirleriyle olan ilişki ve bağılıkları ile öz örgütlenme şeklinde tanımlamaktadır. Yönetişimi ortaya çıkaran Dünya Bankası ise bu kavramı; gelişmek için ülke yönetimlerinin ellerindeki ekonomik ve sosyal kaynakların hangi güç ile kullanılacağına belirlenmesi şeklinde açıklamaktadır (WorldBank, 1993). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) (1995) ise yönetişim hakkında kamusal erki elinde barındıran yetkililerin uygulama ve işlerin her aşamasında görev almasıdır demektedir. Bu durumda yönetişim olgusunun gelişmesinde birey ya da kurumların belirli bir ortak nokta etrafında anlaşması ve tarafların kendi çıkarlarını belirli bir ölçüde koruyarak düzen ortamının oluşturulması gerekliliği anlattığı görülmektedir (Güler Ç. , 1990, s. 105)

Rhodes (1997) yönetişim konusunda eşitlik kavramına dikkat çekerken, Leftwich (1993, s. 610) ise geleneksel kamu yönetimi kavramına göre yönetişimin çok geniş bir alana sahip olduğunu belirtmektedir. Pierre ve Peters (2000, s. 210) yönetişim kavramının

iki yönü olduğunu savunmaktadırlar. Bu yönlerinde birinin devleti gösterdiğini söylerken diğer ucunun ise halkı gösterdiğini söylemektedirler. Bu yönelimde en önemli rol devletindir ve devlet dümen tutucu olarak tüm anlayışın ipinin ellerinde tutmaktadır. Bu bağlamda devletin en büyük görevi denetleyici olmasıdır. (Pierre & Peters, 2000, s. 210). Yüksel (2000, s. 149). Küreselleşmenin arttığı dünyada değişen teknoloji ve piyasa sistemlerinin yönetim sistemlerinde de zorunlu bir değişime ihtiyaç duyduğunu söylemektedir. Bu ihtiyaçların giderilmesi için kamu ve özel sektör ile politik yapıların belirli bir ortaklık dâhilinde yaptıkları çalışmaların yönetim olarak tanımlanabileceğini söyleyen Bozkurt'a (1998, s. 274) ek olarak Cope (1997, s. 447) yönetim kavramına farklı çıkarılara sahip olan kurum ve kuruluşların ortak bir payda etrafında koordineli olarak çalışması olarak tanımlamaktadır.

Farklı araştırmacıların değişik yollardan fakat aynı özne etrafında toplanarak tanımladıkları yönetim kavramı Weberyen etkilerin ağır bastığı geleneksel kamu yönetimi anlayışının değişen dünya düzenine ayak uydurarak bürokratik ve hiyerarşik yapının esnetilerek yönetime farklı aktörlerin katılması esasına dayanan ve yeni kamu yönetimi ve yeni kamu işletmeciliği anlayışlarından esinlenerek oluşturulmuş bir yapıdır. Dolayısıyla yönetim kavramı başlı başına farklı bir yapı değil yönetim anlayışlarından faydalanarak oluşturulmuş ortak bir modeldir.

Yönetim kavramının ortaya çıkışında en önemli amaç küreselleşen dünyada meydana gelen değişimlere geleneksel yöntemlerin hâkim olduğu yönetimlerin ayak uydurabilmesinin sağlanmasıdır (Başaran, 2008, s. 45). Ayrıca halkın bürokratlara ve siyasi erke duyduğu güvensizliğin giderilmesi de yönetim kavramının amaçlarından biridir (Al, 2002, s. 237).

Değişen dünya düzeninde yönetim modelinin iyi işlemesi için kendi içinde çeşitli gruplara sahip olması gerekmektedir (Göymen, 2000). Çünkü çok aktörlü bir yapıya sahip olan yönetime çok yönlü bakarak belirli ortak paydaların oluşturulabilmesi önemlidir. Ayrıca Karaman (2000, s. 42) yönetimde mekân ölçütlerinin değişiminden bahsederek ulusal veya uluslararası ölçeklerin önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda yönetimin başlıca 3 türü vardır. Bunlar sırasıyla;

- Kamu yönetimi
- Küresel yönetim

- İyi yönetim

şeklinde sıralanmaktadır.

Küreselleşmenin gittikçe arttığı ve etkisini hissettirdiği 21. yüzyılda küresel yönetim bireylerin ve hatta toplumların isteklerine cevap vermekte zorlanan ulus devletlerin bu çıkmazdan kurtulabilmesi için geliştirilen bir kavramdır. Yönetişimin olmazsa olması çok aktörlü yapıda ulusal düzeyi aşan ve özellikle az gelişmiş ülkelerde ekonomi ve demokrasinin uygulanabilirliğin sağlanması açısından uluslararası aktörler bulunmaktadır (Dağlar, 2006, s. 48-49). Bu aktörler tek bir ülke için görev yapmaktan ziyade özellikle denetim ve karar verme erkine ortak yapılardır ve dünyada demokratik yaşamın oluşması ve devamlılığında önemli paya sahiptirler. Mesela IMF, BM, Avrupa Birliği, OECD, NATO gibi kuruluşlar küresel yönetişimde önemli rollere sahip yapılardır ve kendi iç görev tanımları gereği ülkeler arası yönetişimde ortak kuruluş olarak hizmet vermektedirler (Özer, 2005, s. 330).

Küreselleşmenin etkilerinin toplumlar ve devletler açısından bütünleştirici yönde olması görev paylaşımında uluslararası aktörlere yer verilmesini gerektirmektedir. Yönetişim içerisinde görev alan aktörler genel olarak kamu kurumları dışında kalan STK ve uluslararası örgütlerdir (Hasanoğlu, 2001, s. 43). Kamu sektörü dışındaki kurum ve kuruluşların küresel yönetim içerisinde yer alması bireylerin ihtiyaçlarına yetişemeyen geleneksel kamu yönetimi modelini benimseyen ülkelerde yeni yapılanmalara ve dünyaya ayak uydurabilmelerine olanak sağlamaktadır (Eraydın, 2007).

Küreselleşmenin en çok etkilediği kesim olan kamu kesimi barındırdığı katı hiyerarşik yapı ve Weberyen etkilerden dolayı gelişen dünyaya ayak uydurmakta zorlanmakta dolayısıyla içyapısında da bazı değişiklikler yapılmasına ihtiyaç duymaktadır. 1980'li yıllarda konuşulmaya başlayan yeni kamu yönetimi anlayışının ardından devletler içyapılarında yeniden örgütlemeye başlayıp esneklik, verimlilik, performans ve paylaşımcılık gibi kavramları önemsemeye başladıkları görülmektedir. Bu kapsamda birçok özel kurum ve kuruluş ile STK'lar ile ortaklık kurmaya başlayarak kamu yönetişimi kavramının gelişmesini sağladığı görülmektedir.

Özer (2005, s. 319) kamu yönetişiminin kamu ile özel sektör arasındaki bir ağ olduğundan bahsederken etkili olduğu 3 yapıdan bahsetmektedir. Bunlar kısaca; (Özer, 2005, s. 79).

- “Yönetimin güçlü olmamasına rağmen yüksek performanslı ve verimli bir yapı,
- Sosyal ve adil bir yönetim,
- Güçlü bir yönetim”

şeklinde sıralanabilir.

Bayramoğlu (2003, s. 25) kamu yönetiminin sadece standart görevlerini yapmanın yanı sıra uluslararası kuruluşlarının fikir ve kurallarını dikkate alarak yapması gerektiğinden bahsetmektedir. Böylece kamu yönetiminin çağın getirdiklerine uyumlu bir hale dönüştürülüp daha verimli daha etkili ve tüm aktörlerden çeşitli ölçülerde faydalanılan bir model olan yönetişime dönüşeceği öngörülmektedir (Bozkurt & Ergun, 1998, s. 274). Ancak bu şekilde halkta güven ortamının sağlanabileceği savunulmaktadır.

Yönetişim kavramının türlerinden biri olan iyi yönetim olgusu yeni kamu yönetimi düşüncesiyle aynı doğrultuda ilerlemektedir. Gelişen teknolojinin ülke yönetimlerine değişimin gerekliliğini kabul ettirmesi ile devletlerin yönetim şekillerinde birtakım düzenlemeler yaptığı görülmektedir. Geleneksel yönetim biçiminde ziyade çok aktörlü yeni kamu yönetimi anlayışlarına yönelen devletlerde iyi yönetim ilkelerinin kabul edildiği de görülmektedir. Özer (2005, s. 321) devlet yönetimlerinde istikrar eksikliğinin çözümlenebilmesinin çaresi olarak iyi yönetim ilkeleri önemlidir demektedir. Yüksel de (2000, s. 155) Özer’e ek olarak halkın yönetime karşı kırılan güveninin ancak iyi yönetim ile tekrar kazanılabileceğini savunmaktadır. Bu yüzden yönetim ve uygulamalarda halkın katılımcı rolünün ve etkinliğinin artırılması, yönetim yapısının esnetilmesi ve şeffaf bir yönetimin tercih edilmesi gerekmektedir.

İyi yönetim kavramı ilk kez Afrika ülkeleri için kullanılarak tanımda kuvvetler ayrılığı ve bağımsızlık üzerinde durulduğu görülmektedir (Şaylan, 2003, s. 591). Bu bağlamda iyi yönetimden bahsedilen noktalarda demokratiklikten, ahlaktan ve denetlenebilirlikten bahsetmek doğru olacaktır (Emre, 2003, s. 170). Gündoğan (2004, s. 119) yönetim kavramına eklenen iyi sözcüğünün yönetişimin esnek yapısında daha çok kuralcı ve daha disiplinli bir yapıyı kastettiğini savunmaktadır. Yani daha durgun bir durumdan daha gergin ve sert bir aşamaya geçildiği düşünülmektedir. Böylece hesap verilebilirlik, şeffaflık ve cevap verilebilirlik daha kolay olmaktadır. İyi yönetim; yönetimden farklı olarak bazı ilkelere sahiptir ve bu ilkeler ışığında hali hazırda geleneksel kamu yönetimini tercih eden ülkeler açısından bir umut ışığı olabilecektir. Fakat bu ilkeleri ayrı ayrı ele almak olanaksızdır. Çünkü her ilke içerisinde bir diğerini barındırmaktadır ve tüm ilkelerin birlikte uygulanması ile iyi yönetimden bahsedilebilir.

Şeffaflık; iyi yönetişimin ilk ilkesidir. Şeffaflık kamu alanında yapılan her türlü olayda tüm aktörlere uygulamalar ve süreçler hakkında açıklıkla cevap ve bilgi verebilmeyi savunur (Atiyas & Sayın, 2000, s. 30). Şeffaflıktan söz edebilmek için katılım ilkesinin olması şarttır. Diğer bir ilke olan katılım kamu politikalarının oluşturulmasında kamu dışındaki tüm aktörlerin politika süreçlerinin her aşamasında söz sahibi olması gerekliliğinde bahseder. Böylece politikaların uygulanabilirliği daha olasıdır (Öztürk, 1994, s. 30). Fakat katılımı unutulmaması gereken iyi yönetişimin olabilmesi için her kesimin aktif katılımının sağlanabilmesidir aksi takdirde pasif katılım herhangi bir anlam taşımamaktadır (Çukurçayır, 2002, s. 52).

Katılımın ardından cevap verebilirlik ilkesi göze çarpmaktadır. İyi yönetişimin olabilmesi için tüm katılımcıların soruları devlet yönetimi tarafından eksiksiz cevaplanabilmelidir. Çünkü yeni kamu yönetimi anlayışında halk müşteri gibi görünmekte ve müşteri memnuniyeti ön plana çıkmaktadır. Bir diğer ilke olan hesap verebilirlikte de devlet yaptığı tüm iş ve işlemlerde karşısındaki paydaşlarına açıklıkla hesap verebilmelidir. Özer (2007, s. 82) hesap verilebilirlik kavramının üç şekilde yapılabildiğini söylemektedir. Bunlar siyasi, idari ve hukuki yollarla olmaktadır. Hukukun üstünlüğü kavramı diğer bir ilkedir. Hukukun üstünlüğü demokratik ülkelerde plan, program ve politikaların uygulanabilirliğinin resmileşmesi açısından önemlidir. Çünkü hukuki ilkeleri yetersiz ülkelerde halka herhangi bir güvenceden bahsedilemez (Öztürk, 1994, s. 56).

Etkinlik ilkesi özellikle politika uygulamasının değerlendirilmesiyle elde edilen nihai sonuçlardır. Bu nihai sonuçlar kurum ya da kuruluşların en önemli performans göstergesidir (Akal, 1998, s. 16). Etkinliğin olduğu yerde stratejik vizyondan bahsetmekte önemlidir. Stratejik vizyon ilkesi ile yapılmak istenen kurumların vizyonlarını genişletmekte uygulanabilirliğin ve sürekliliğin sağlanabilmesidir. Aksi takdirde stratejik önemden bahsetmek doğru olmaz.

İyi yönetişimin son ilkesi olan eşitlik ilkesi demokratik yönetim biçimlerinde bireylerin doğuştan sahip olduğu hakların eşit olduğunu belirtmektedir. Bu durumda kamusal uygulamalar karşısında her birey eşit haklara sahip olmalıdır.

Kamu yönetiminin geçmişten günümüze evriminde geçtiği yollar göz önüne alındığında obezite ile mücadelede her dönemin ve her anlayışın obeziteyle mücadeleye farklı etkilerinden bahsedilebilir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışında tüm erkin kamuda

toplanması ve halkla ilişkilerin çok kısıtlı olması bireyler ile iletişimde ve etkileşimde daha az faydalı olunabileceğini düşündürmektedir. Buna karşın yeni kamu yönetimi ve yönetim anlayışlarının benimsenmesiyle birlikte halkla etkileşim, iletişim ve halktan geri dönüş çok daha kolay olduğu için obezite ile mücadelenin de başarı yüzdesinin arttığı düşünülmektedir.

Dinamik bir süreç olan küreselleşme sanayi ve teknolojinin hızlı bir ivme ile artması sonucunda tüm dünyayı saran bir kavramdır. Ülke sınırlarını ortadan kaldıran kavram bireylerin dünyanın öbür ucundaki olaylardan anında haberdar olmasına olanak vermesiyle halkın kamu erkleri ve bürokrasiden istek ve talepleri artmaktadır. Bu yüzden küreselleşme konusunda tek bir tanım yapmak olanaksızdır. Kıvılcım (2013, s. 224) küreselleşmenin ekonomik yönünü ele alarak ekonomiyi etkileyen iş ve işlevlerin sınır dışına çıkarak yoğunlaşması ve yaygınlaşması anlamına geldiğini söylemektedir. Çalışır (2009, s. 15) ise küreselleşmenin bütünleşmeyi gerektirdiğinden bahsetmektedir.

Fujcher (2000, s. 522-543) teknolojinin sınırları kaldırmasının küreselleşme olduğunu savunurken Schulze ve Ursprung (1999, s. 293-352) sermaye ve işgücünün sınırları aşarak özgür dolaşım hakkına sahip olmasıdır demektedir. Schuftan (2003, s. 12) ise farklı bir yaklaşım ile küreselleşmenin sanal sömürgeleşme olduğunu düşünmektedir.

Giddens (2003, s. 64-65) küreselleşmenin “*karmaşık bir süreç*” olduğunu söylemektedir. Giddens’ten de anlaşılacağı üzere küreselleşme uzun bir süreçten geçerek oluşup, piyasa ve sosyo-kültürel yapıların zaman içerisinde değişikliklere uğrayarak sınırları aşan bir boyuta ulaşmaktadır.

Küreselleşme yeni kamu yönetimi anlayışıyla aynı düzlemde ilerlerken geleneksel kamu yönetimi anlayışında bazı değişiklikler yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Ulus devlet yapısının sınırları ortadan kaldıran bir kavram ile zayıflaması yönetim biçiminde yeni yaklaşımlara olanak tanımaktadır. Sivil toplum örgütleri ve özel sektörün yönetime katılmasını ön gören küreselleşme ile daha esnek, daha yapıcı ve halkla ilişkileri daha güçlü bir yönetim modelini oluşturmaktadır. Aynı şekilde Tutum da (1994, s. 135-137) kamuda şeffaflık döneminin küreselleşme ile başladığını söylemektedir.

Küreselleşmenin hem bireysel hem de toplumsal açıdan olumlu yönleri olduğu gibi olumsuz yönleri de vardır. Olumsuz etkilerinden biri de obezitenin artması ve yayılmasıdır. Çünkü küreselleşmenin ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte bireyler sınırların ötesine çok

kolay çıkabilmekte ve bir yandan teknolojiye bağı kalıp hareketsiz bir yaşama doğru yönelirken bir yandan da farklı ülkelerin yeme alışkanlıkları, güzellik algısı ve yaşam tarzlarını daha kolay öğrenmektedir. Bunun sonucunda da özellikle fast food olarak adlandırılan besinlerle tanışarak besin seçimini daha kolay hazırlanan bu gruba doğru çevirerek obezitenin ağına düşmektedir.

Geleneksel kamu yönetimi anlayışının 1980’li yıllara kadar geçerliliğini koruduğu fakat 1980’lerin ardından küreselleşmenin artmasıyla birlikte gelişen teknolojiye yenik düştüğü ve devletleri arayış içerisine girdiği görülmektedir. Bu arayışlar sonucunda da yönetim kavramının gündeme geldiği açıktır. Yönetim anlayışını tamamen değiştiren kavram katı hiyerarşi ve merkezîyetçilikten çok aktörlü ve esnek bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (Özer, 2006, s. 63).

Yönetim süreçleri genel yapısıyla değerlendirildiğinde her iki yöntemde de elde edilen sonuçlar benzer olsa da yönetme aşamaları her süreçte farklılıklar göstermektedir (Palabıyık, 2003, s. 233). Çünkü geleneksel kamu yönetimi sisteminde yasama, yürütme ve yargı erki tamamıyla bürokrasi ve devletin elindeyken, yönetim modelinde kamu sektörü, özel sektör, STK’lar ve halk görev, yetki ve idareyi belirli ortaklıklar çerçevesinde paylaşmaktadır. Ayrıca geleneksel kamu yönetiminde merkezîyetçilik kavramının öne çıktığı görülürken yönetim modelinde yerellik ön plandadır (Özer, 2006, s. 63). Görüldüğü üzere geleneksel kamu yönetimi anlayışı ile yönetim arasındaki ilişkinin temel olarak aynı amaç etrafında geliştirilse de bu amaca gidiş yollarının farklı olduğu görülmektedir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışından yönetime eğilim görülmesi yaklaşık son 30-40 yıldır sanayi ve teknolojinin gelişmesiyle küreselleşmenin ulus devletleri üzerindeki önemli etkilerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yenidünyada aradan sınırları kaldıran bir teknolojinin gelişmesiyle halkın yanı sıra yönetimlerin de bu gelişmelerden hem olumlu hem olumsuz açıdan etkilendiği görülmektedir. Bu çok yönlü değişimler katı hiyerarşik yapının hüküm sürdüğü yönetimleri de etkilemekte, bu anlayışın geçerliliğini yitirmeye başladığını göstermektedir. Fakat Oktay (1997, s. 120) bu hiyerarşik yapıların yenilik ve dönüşümlere direnç gösterdiğini söylemektedir.

Küreselleşme geleneksel kamu yönetimi anlayışında bürokrasi ve yönetimin sahip olduğu yetkilerde azalmaya neden olmaktadır. Böylece kamu kurumlarında daralma, özel



sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortaklık, esneklik, performans gibi kavramlar önem kazanmaktadır. Çünkü küreselleşmenin etkilerinden biri olarak bireylerin düşünce ve isteklerinde farklılaşmalar olmaktadır (Dinçer & Yılmaz, 2003, s. 25-65). Farazmand da (1999, s. 264-269) küreselleşmenin kamu yönetimini bitirmek için yapılan bir eğilim olmadığını aksine küreselleşmenin etkisinde yeni anlayış ve yapılanmaların kurulacağı anlamına geleceğini söylemektedir. Yani küreselleşen dünyada kamu yönetimi hem iyi hem kötü anlamda etkilenmektedir.

### **2.1.3. Türkiye’de Kamu Yönetimi Anlayışı**

Türkiye’de kamu yönetimi gelişim süreci Osmanlı Devleti dönemine dayanmaktadır. Osmanlı Devleti’nin devlet yapısı ile cumhuriyetin ilanından sonra gerçekleşen yeni yapılanma modern bir devlet anlayışının oluşmasını sağlamaktadır. Bu iki devlet yapısının etkileşimi Türkiye’nin kamusal gelişiminin en önemli yapı taşıdır (Özay, 2008). Özellikle 1800’lü yıllardan sonra Avrupa ve Amerika’da meydana gelen sanayileşme, kentleşme ve modernleşme uygulamaları Osmanlı Devleti’ni etkilemeye başlamakta, bu modernleşmenin ülkeye uyarlanması ise cumhuriyetin ilanından sonra yaklaşık 1950’li yıllarda görülmeye başlanmaktadır. Sevil (2004) ise ülkede başlayan bu modernleşme eylemlerinin tamamen idarecilerin halktan ayrı olarak sadece Avrupa ve Amerika’ya ayak uydurma nedeniyle yaptıkları modernleştirme olarak yorumlamaktadır. Çünkü başlarda Osmanlı Devleti hem iç hem de dış düşmanlar ile cenk halinde olduğu için devletin tek gayesinin halkı birlikte tutup devleti bölmek olduğu bu yüzden de sanayi devriminin getirdiği yeniliklere kayıtsız kaldığı görülmektedir (Çevik H. , 2004).

1800’lü yıllardan itibaren devlet içerisinde meydana gelen batılılaşma çabaları tam anlamıyla gerçekleşemese de cumhuriyetin ilanına zemin hazırlamakta ve sonuç olarak yeni, güçlü, milliyetçi bir ulus devlet olan Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulduğu görülmektedir. Türkiye Cumhuriyeti’nde güçlü bir yapılanmaya sahip olan devlet modernleşmenin yanı sıra Osmanlı Devleti’nden devraldığı özellikleri korumaktadır. Eryılmaz (1992) bunu memurların çalışma ve bağlılık durumlarını değerlendirerek belirtmektedir ve memurların sadece bağlı oldukları gücün değiştiğini eklemektedir. Şöyle ki Heper (1992, s. 175) ülkede uygulanan modernleşme çabalarının halkın isteğine göre değil de üst düzey memurların arzularına göre olmasına rağmen Mustafa Kemal Atatürk’ün yeni bir bakış açısı ile kurumsallaşmış bir devlet yapısını oluşturmak için

çalıştığını belirtmektedir. Buna rağmen günümüze gelindiğinde bile devlet yönetiminde, modernleşmede veya herhangi bir kamusal problemin çözümlenmesi için oluşturulan politikalarda olaylardan birebir etkilenen halk yerine üst düzey bürokratlar söz sahibi olmakta ve belirleyici olarak görev yapmaktadırlar (Çevik H. , 2002, s. 35). Bunun sonucunda da geleneksel bir devlet yapısı modern bir devlet yapısına dönüşmekte zorluk çekmektedir.

## 2.2. Kamunun Sağlık Hizmetlerindeki Durumu ve Rolü

Eski çağlardan itibaren sağlık hizmetleri toplumların doğal bir parçası olmakta, özellikle toplumların yönetiminde etkili olan dini liderlerde sağlık hizmetlerine öncülük etmektedir. Küçük (2017, s. 90) buna örnek olarak Avrupa ülkelerinde sağlık merkezlerinin kiliseler tarafından yapıldığını ve Mısır'da sağlık alanındaki uzman kişinin papaz olduğunu tezinde belirtmektedir. Sağlık hayatın vazgeçilmez konusu olduğu gibi kamu erkinin de bu konu üzerinde işlevsel olması o denli önemli olmaktadır. Bu yüzden burada sağlık hizmetleri üzerinde kamu erkinin durumu ve rolünün belirlenmesinde kamu politikaları devreye girmektedir.

Devletlerin sürekliliği için gerekli olan kamu politikalarının ilk yerleşik toplumların görüldüğü tarihlerden bugüne dek tüm toplumlarda uygulandığı bilinmektedir. Akdoğan (2012, s. 3) bir makalesinde William Dunn'un en eski kamu politikası örneklerinin Hammurabi Kanunları olduğunu tespit ettiğini aktarmaktadır. Ardından kentlerin geliştiçe çeşitli kamu politikalarını da uyguladığı görülmektedir. Kamu politikaları sadece yeni kamu yönetimi anlayışında değil geleneksel kamu yönetimi yaklaşımında da uygulanmaktadır. Çünkü çok katı kurullarla tek düze sürdürülmeye çalışılan yönetim sistemlerinin bir süre sonra geçerliliğinin yitirdikleri bilinmektedir. En genel çerçeveye kamu politikası için Dye'in (2002, s. 3) yaptığı tanım olan "*hükümetlerin yapmayı veya yapmamayı seçtiği herhangi bir şey*" olduğu söylenebilir. Anderson (2003, s. 6) Dye'e ek olarak kamu politikasının eylemler bütünü olduğundan bahseder. Jefkins (2008) ise kamu politikasının kamu erki tarafından belirlenen hedeflere ulaşmak için aldığı kararlar bütünü olduğunu söylemektedir.

Neo liberal etkilerin görülmeye başlamasının ardından bireylerin istek ve taleplerinde görülen artış kamu erkini çeşitli politikalar oluşturmaya zorlayarak halkın

taleplerine daha iyi yanıt verebilmeyi hedeflediği görülmektedir. Bu çerçevede siyasal erk fikirler üreterek bireylerin ve toplumun ihtiyaç hissettiği alanlarda politikalar oluşturmaktadır. Şaylan da (2008, s. 12) bu durumu “*devlet otoritesinin somutlaştırması*” olarak değerlendirmektedir. Sağlık alanında da özellikle 2. Dünya Savaşından sonra kamu kurumlarının etkisinin arttığı ve sağlığın korunması ve iyileştirilmesi alanlarında kamu erkinin çeşitli uygulama ve politikalar geliştirmeye başladığı görülmektedir. Bu uygulama ve politikalara tarih sürecinde bakıldığında devletlerin öncelikle sağlık sigortası, sağlık vergisi gibi ekonomi alanında uygulamalar yaptığı sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi kapsamındaki politikaları ise özellikle son 15-20 yıldır uyguladığı anlaşılmaktadır.

Kamu politikası oluşturulurken çeşitli süreçlerden geçmektedir. Wolfe (1989, s. 171) bu süreçlerin tam olarak algılanabilmesindeki bir yöntemin politik rejimlerin araştırılması olduğunu söylemektedir. Böylece devletlerin kamu politikası oluşturma sürecinde dikkate aldığı rejimler öne çıkmaktadır. Diğer bir yöntem ise politika belirleyicilerin belirlenmesi olduğunu vurgulayan Howlett ve Ramesh (1995, s. 7) davranış ve sosyo-ekonomik faktörlerin iyi analiz edilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Kamu politikası oluşturulurken asıl yönelimin problemin kökeni olduğu görüşünü savunanlar ise politikanın hangi yönde ilerlemesi gerektiğine odaklanılması gerektiğine inanmaktadırlar. Fakat bunun tespitinin oldukça zor olduğu düşünülmektedir. Oluşturulan politikalar içerisinde hem avantaj hem de dezavantajlar barındırmaktadır. Sürecin en önemli avantajı problemin tanınıp çözümünde gerekli aşamalar sınırlandırıldığı için anlaşılabilir olmasıdır. En önemli dezavantaj ise farklı aktörlerin süreci kendi çıkarları açısından değerlendirerek hareket etmesidir. Bir problemin kamu politikasına dönüştürülmesi için sorunun tüm halkı ilgilendirmesi gerekmektedir. Kamu politikası farklı bir bakış açısı ile toplumun çoğunluğunu ilgilendiren bir sorunun çeşitli örgüt veya kuruluşların taleplerinin politik gündeme taşınması olarak da tanımlanmaktadır (Ergun T. , 2004, s. 311). Aynı şekilde Birkland da (2011, s. 209) kamu politikasının politik gündemde bir karar süreci olduğuna işaret etmektedir. Oluşturulan politikaların değerlendirilmesinin kamusal erkin hedeflerini gerçekleştirip gerçekleştirmediğinin tespiti olduğunu söyleyen Howlett ve Ramesh (1995, s. 154-155) böylece eksikliklerin tespitiyle birlikte geliştirilmesi ve düzeltilmesi gereken kısımların rahatlıkla belirlenebileceğini savunmaktadır.

Sonuç olarak; kamu politikalarının ortaya çıkış amacı devletlerin halkın içerisinde bulunduğu zorlukların tespiti için bir çıkış kapısı olduğu söylenebilir. Böylece toplumun çoğunluğunu etkileyen sorunların çözüm yolları sistematik bir şekilde düzenlenebilir. Ayrıca politika oluşturma sürecinde çok aktörlü bir yapının tercih edilmesi hazırlanacak uygulama veya programların daha olumlu sonuçlar elde edilmesine olacak sağlayacaktır. Bu bağlamda kamu politikaları gün geçtikçe yeni kamu yönetimi anlayışı içerisinde oluşturularak halkın sorunlarını daha detaylı tespit edip daha sağlıklı oluşumlara olanak sağlayacaktır.

### **2.2.1. Sağlık Politikaları Üzerine Yönetişimin Etkisi**

Devlet yönetimlerinde Weberyen etkilerin yerini yeni kamu yönetimi ve yeni kamu işletmeciliği anlayışına bırakmaya başlaması bürokratik yapılarda halkın ve ülkenin faydası yönünde çeşitli politikalar geliştirme ihtiyacını doğurmuştur. Tekelcilikten ortaklığa ve esnekliğe giden yolda geliştirilen politikalar ise kamu, özel, STK'lar ve halk arasında bir köprü görevi görmektedir.

Sağlıkta son yıllarda artarak uygulanan politikaların halk sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi yönünde belirli bir yol kat ettiği görülmektedir. Fakat politika çıktıları değerlendirildiğinde Türkiye örneğinde yönetim ilkelerinin özellikle sağlık politikalarının uygulanması sürecinde çok etkin uygulanmadığı görülmektedir. Toksöz'ün (2008, s. 18-19) yönetişimin ilkeleri arasında bahsettiği katılımcılık ve sorumluluk kavramlarının Türkiye'de uygulanan sağlık politikalarında çok verimli yapılamadığı aşikârdır. Petters (2009, s. 14-19) iyi yönetim için gerekli olan olgunun birliktelik olduğunu vurgulamaktadır. Bu durumda politikaların düzenlenmesinde uygulanıp denetlenmesine kadar geçen tüm süreçlerinde tüm aktörlerin görev alması gerektiği açıktır. Fakat sağlık politikaları oluşturulurken ve denetlenirken kamu sektörünün ağırlığı hissedilmektedir. Ayrıca halkın demokratik katılım oranlarının ölçüldüğü bir araştırmada Türkiye'de yaşayan bireylerin sadece %10'unun olumlu cevap verdiği görülürken bu oranın İsveç'te %82 olduğu belirtilmektedir (Türkiye Değerler Araştırması, 2011). Bu da halkın politikalara katılımında yaşadığı çekimserliğin ve güvensizliğin bir göstergesidir.

### 2.2.2. Sağlık Politikaları Üzerine Küreselleşmenin Etkisi

Yenidünyada aradan sınırları kaldıran bir teknolojinin gelişmesiyle halkın yanı sıra yönetimlerin de bu gelişmelerden hem olumlu hem olumsuz açıdan etkilendiği görülmektedir. Bu çok yönlü değişimler katı hiyerarşik yapının hüküm sürdüğü yönetimleri de etkilemekte, bu anlayışın geçerliliğini yitirmeye başladığını göstermektedir. Fakat Oktay (1997, s. 120) hiyerarşik yapıların yenilik ve dönüşümlere direnç gösterdiğini söylemektedir.

Küreselleşme geleneksel kamu yönetimi anlayışında bürokrasi ve yönetimin sahip olduğu yetkilerde azalmaya neden olmaktadır. Böylece kamu kurumlarında daralma, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortaklık, esneklik, performans gibi kavramlar önem kazanmaktadır. Çünkü küreselleşmenin etkilerinden biri olarak bireylerin düşünce ve isteklerinde farklılaşmalar olmaktadır (Dinçer & Yılmaz, 2003, s. 25-65). Farazmand da (1999, s. 264-269) küreselleşmenin kamu yönetimini bitirmek için yapılan bir eğilim olmadığını aksine küreselleşmenin etkisinde yeni anlayış ve yapılanmaların kurulacağı anlamına geleceğini söylemektedir. Yani küreselleşen dünyada kamu yönetimi hem iyi hem kötü anlamda etkilenmektedir.

Küreselleşme ülke politikalarını her alanda etkileyen çok önemli bir olgudur. Sağlık politikaları her toplumun ihtiyaçlarına göre oluşturulmuş ve halk sağlığı açısından çok önemlidir. Küreselleşmenin etkisiyle ülkeler arasındaki sınırlar büyük ölçüde aşılarak bireyler ve toplumlar arası ulaşılabilirlik artmaktadır. Bunun sonucunda da bireyler hem çeşitli hastalıklardan hem de tedavi yöntemlerinden kolayca haberdar olabilmektedirler. Böylece ülkeler birbirlerine bağımlı hale gelmektedirler (Kahraman & Bolışık, 2014, s. 109). Fakat bu durumun etkilerinin olumlu olup olmadığı tam anlamıyla belirlenebilmiş değildir (Sağlık Bakanlığı, 2009, s. 4).

Küreselleşme sağlık alanında ülkeleri gelişmişlik düzeylerine göre farklı boyutlarda etkilemektedir. Zaei (2014, s. 331) küreselleşmenin gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında dışa bağımlılık olarak kendini gösterdiğini söylerken, gelişmemiş ülkelerde yetersiz mali güç ve yapılanmanın getirdiği zorluklarla mücadele etmek zorunda kaldıklarını söylemektedir.

Sağlık politikalarının oluşturulmasında küreselleşmenin olumlu yönlerinin alınarak ülke şartlarına uyarlanması hem bireysel hem de toplumsal açıdan sağlığın korunmasında olumlu sonuçları olacaktır. Aksi takdirde iyileştirilmeye çalışılan sistemler daha kötü durumlara düşerek ülke genelinde ciddi sağlık sistemi problemlerinin oluşmasında neden olabilecektir. Mesela gelişen teknoloji ile birlikte internet kullanımının artması bireylerin birbirine ulaşımını kolaylaştırmış ve araştırmanın özel sektör uygulamaları kısmında verilen örneklerde olduğu gibi obezitenin önlenmesinde bireyleri ölümle sonuçlanabilecek kadar kötü durumlara itebilmektedir.

### **2.2.3. Kamu Yönetimi Obezite İlişkisi**

Kamu yönetimi devletlerin halkın idaresi ve ülkenin refah düzeyinin artırılması için kamu erki tarafından uygulamaya konulan yasalar, uygulamalar ve politikalar bütünüdür. Ciddi bir kamusal sorun olan obezite ile mücadele bireylerin kişisel çabalarının yanı sıra kamu erkinin konu üzerinde hazırladığı ve uyguladığı politikalar ile önlenmeye çalışmaktadır.

Obezite tedavisi oldukça pahalı olan ve bir o kadar da zorlu bir süreçtir. Swinburn ve Sacks (2011, s. 804) yaptığı bir araştırmada ülkelerin toplam sağlık harcamalarıyla obezite harcamalarını kıyasladığını ve obezite harcamalarının toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %2-6 'sı olduğunu söylemektedir. Bu yüzden devletin sağlık harcamalarına müdahalesinin zorunlu olduğu açıkça görülmektedir. Vergilerin düzenlenmesinden, özellikle ilaç ve cerrahi girişimlerdeki ihtiyaçların giderilmesine kadar birçok aşamada kamu erkinin etkisinin olması gerektiği bilinmektedir.

Tedavisi zor ve maliyetli olan obezitenin zaman içerisinde görülme sıklığını ve şiddetini artırması nedeniyle kamu yönetiminin yakın ilişkiler içinde olması gerektiğini düşünen ülkeler, kendi devlet politikalarını belirlerken ülkelerindeki obezite insidansına göre çeşitli politikalar üretme yoluna gitmektedirler. Kamu yani halkın yönetilmesi hususunda bireylerin bu hastalığa yakalandıktan sonra yapılması gerekenlerden ziyade hastalıktan korunma aşamasında yapılması gerekenler belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda; Chen ve Menifield (2017, s. 1-14) yaptıkları bir çalışmada ABD'de obezite görülme sıklığı ve nedenlerini incelediklerinde araba kullanma sıklığı ve hareketsiz yaşamın artmasının obezitenin önemli sebeplerinden biri olduğunu söylemektedirler ve ABD hükümetinin bu duruma karşın tedbir almaya yönelik hareketli yaşamı özendirici

politikalar hazırladığını eklemektedirler. Aynı şekilde ABD’de yapılan başka bir çalışmada kamu erkinin obezite ile mücadelede işveren ve çalışanlar üzerine yaptığı uygulamalardan söz etmektedir. Bu çalışmaya göre özellikle oturarak çalışan bireylerde obezite sıklığı fazladır ve kamu erkinin bu konuda işverenlerle birlikte işyerlerinde uygulanabilecek fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme politikaları yapması gerektiği belirtilmektedir (Luckhaupt, Cohen, Li, & Calvert, 2014, s. 237-248). Obeziteden korunmada veya obezite ile mücadelede verilecek örnekler yukarıdakilerle sınırlı olmamakla birlikte daha detaylı bilgiler çalışmanın diğer kısımlarında verilmektedir.

#### **2.2.4. Obez Bireyler Üzerinde Devletin Yol Göstericiliği**

Devletler kamuyu ilgilendiren tüm alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Neredeyse halkın tamamını etkileyen bir halk sorunu olan obezitenin tedavisinde ve obeziteden korunmada bireysel çabaların yanı sıra kamu erki de yol göstericilik yapmaktadır.

Dünyadaki birçok ülkenin yıllardır sağlık politikalarına obeziteyi dâhil ettiği gibi Türkiye’de de son 15-20 yıldır sağlığın korunması ve obezite ile mücadele konularında çeşitli uygulamalar ve politikalar geliştirilmektedir. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere çeşitli kamu kurum ve kuruluşları tek başlarına veya birliktelik içerisinde özellikle çocukluk çağından başlayarak obezite ile mücadele kapsamında sağlığın korunmasına dair politikalar geliştirerek uygulamaktadır. Hayatın önemli kısmını etkileyecek çocukluk çağı davranışlarının edinilmesi kapsamında bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıkları edindirilmeye çalışılmakta, böylece obeziteden korunmada önemli bir adım atıldığı görülmektedir. Bu kapsamda özellikle okullarda okul sütü uygulaması, kuru üzüm uygulaması, sağlıklı yemek tabağı gibi uygulamalar yapılmakta, bireylere sağlıklı besinlerin tüketirilmesi, böylece obeziteden korunulması amaçlanmaktadır.

Devlet yönetimi ve kamu kurumları obez bireylere yetişkinlik döneminde de yol göstericilik yapmaktadır. Yetişkinlik döneminde sağlıklı beslenmenin ve sağlıklı bir hayatın özendirilmesi ve teşviki için özellikle Toplum Sağlığı Merkezleri bireyleri düzenli fiziksel aktiviteye yönlendirmekte, uzman desteği sağlamaktadır. Ayrıca toplumsal sosyal aktivitelerin arttırılması konusunda da çalışmalar yapmaktadır.

### 2.2.5. Obezitenin Yaşam Maliyeti

Obezite kompleks bir sağlık sorunu olduğu kadar maliyeti de oldukça fazla olan bir problemdir. Beslenmeden sağlığa, giyimden eşyaya kadar hayatın her alanında maliyeti arttırmakta, bu yüzden de hem birey hem de ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenmektedir. Obezite ile mücadelenin kolaylaştırılmasında hem bireysel hem de kamusal bütçenin yeterli olması gerekmektedir. Çünkü mücadelede hem bireysel uygulanan yöntemler hem de kamu politikalarının uygulanması için gerekli bütçe oldukça fazladır. Bu konuda yapılan bir araştırma da GSMH ile obezite arasında önemli bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Pickett, Kelly, Brunner, Lobstein, & Wilkinson, 2005, s. 670-674).

Günümüzde 7'den 70'e her yaşta görülen obezite teknolojinin gelişmesi ve fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak artmakta, böylece yaşam maliyetlerini de arttırmaktadır. Özellikle yüksek enerjili besinlerin sık ve çok tüketilmesi, bilgisayar başında geçirilen sürenin artması bu durumu tetiklemektedir. Obezitenin yaşam maliyetin arttırmasının olumsuz bir yanı da kamu harcamalarında artışa neden olmakta ayrıca işgücü ve verimi de azaltmaktadır. Obezite ile mücadele derneği yaptığı bir araştırmada özellikle gelişmiş ülkelerde yıllık sağlık harcamalarının neredeyse %7'sinin obezite ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum ülkemiz açısından da bir örnek teşkil etmektedir (Ergül & Kalkım, 2011, s. 223-230).

Cutler, Glaeser ve Shapiro (2003, s. 93-118) yazdıkları bir derlemede evde yemek hazırlamanın gıda maliyetlerini ve obeziteyi düşürdüğünü söylemektedir. Bunun aksine kısıtlı sürelerde dışarıda besin tüketimi gıda maliyetlerini arttırmanın yanı sıra obeziteyi de arttırmaktadır. Bunun sonucunda sağlık harcamaları artmaktadır. Hatta refah düzeyinin üzerine çıkmaktadır. Bunun sonucunda da bireylerde istenmeyen fizyolojik ve psikolojik açıdan olumsuz etkiler oluşmaktadır. Popkin (2006, s. 289-298) özellikle süpermarketlerin ve uluslararası işletmelerin artmasıyla birlikte küçük işletmelerin azaldığını ve hazır gıda tüketiminin git gide arttığını söylemektedir. Bu durumu Latin Amerika örneğiyle desteklemektedir. 1990 yılında %15 olan satış oranının yıl 2000'lere geldiğinde %60'lara yükselmesi bu duruma iyi bir örnektir.

Galal ve Hulett (2005, s. 261) yaptıkları bir araştırmada son 17 yılda çocukluk çağı obezitesinde hastane bakım masraflarının ABD'de 3 kat arttığını belirtmektedir. Ortalama 35 milyon dolar olan hastane masrafları bu süre zarfında 127 milyon dolara



yükselmektedir. Yine ABD’ de obezite ile ilgili harcamalar toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %9’u kadardır. Bu durum geleceğin yetişkinleri olan çocukların daha bu yaşlarda çeşitli kronik hastalıklara sahip olmasına neden olmakta ve okul başarısını düşürmektedir. Bu yüzden özellikle ebeveyn eğitimler bu aşamada büyük önem taşımaktadır. Colditz’inde (1999, s. 663) Birleşik Devletler’de ABD’ye yaklaşık olarak toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %7’sinin obezite ile ilgili olduğunu tespit ettiği görülmektedir. Birmingham, Muller, Palepu, Spinelli ve Anis (1999, s. 483-488) Kanada’da obezite maliyeti ve harcamaları üzerine yaptıkları araştırmada 1,8 milyar dolar civarında bir maliyet çıkardıkları görülmektedir. Bu miktar toplam sağlık harcamalarının %4,6’sı civarındadır. James (2004, s. 276-280) ise obezite harcamalarının bu miktarlarla kalmadığını çünkü dolaylı harcamaların obezite maliyetlerine dâhil edilmediği görüşünü savunmaktadır. Ayrıca yapılan bir çalışmada Çin’de obezite ile GSMH arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu, bu durumun Çin sağlık sisteminde sorunlara yol açabileceğini ve hatta ülke ekonomisini olumsuz yönde etkileyeceğini belirtilmektedir (Popkin, 2006). Avustralya’da obezitenin doğrudan maliyetinin 2005 yılında 21 milyar dolar olduğu tespit edilmektedir (Colagiuri, Magliano, Shaw, Zimmet, & Caterson, 2010, s. 260-264). Bunlara ek olarak 2007 yılında İngiltere’de de obezitenin doğrudan maliyeti yaklaşık olarak 5,8 milyar sterlin olarak belirlenmektedir. Bunun içerisinde hareketsiz yaşam bedelinin payı ise; 0,9 milyar sterlidir (Scarborough, ve diğerleri, 2006, s. 527-535).

Hawkes (2006, s. 4) obeziteyle mücadele maliyetlerinin özellik sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireyler için önemli olduğunu ve hazırlana politikalarda özellikle sosyo-ekonomik durumu düşük bireylerin göz önüne alınması gerektiğini söylemektedir.

### 3. BEDEN ALGISI, OBEZİTE VE BİYOPOLİTİKA

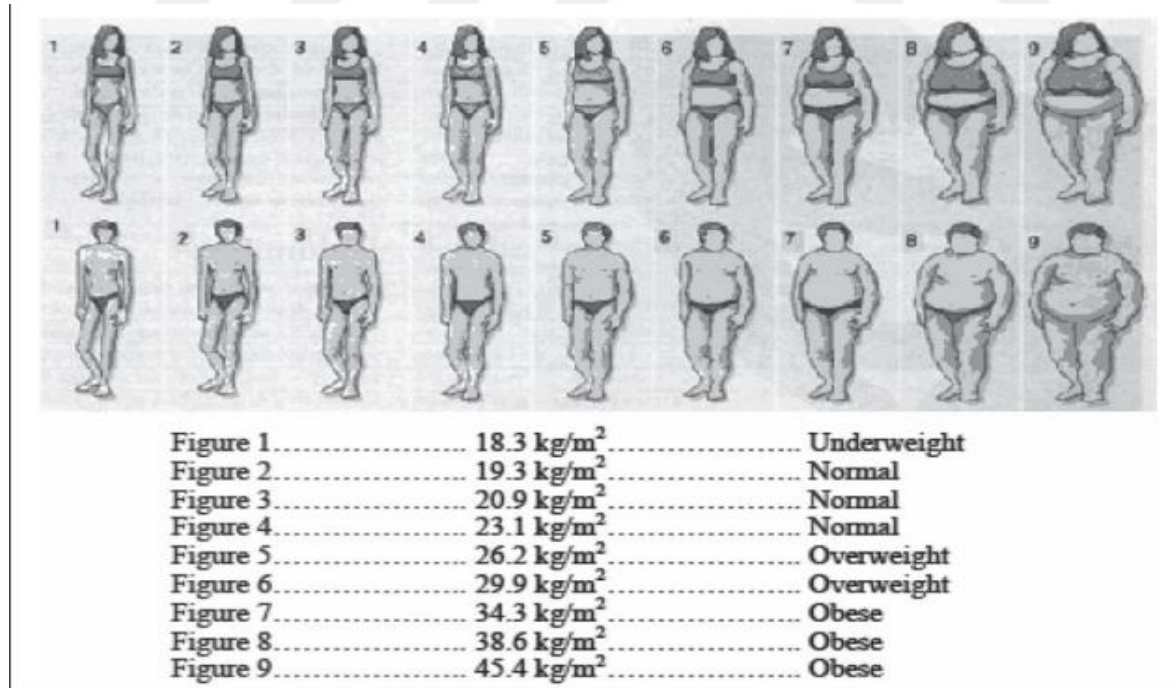
#### 3.1. Beden Algısı ve Bedenin Şekillendirilmesi

Bedenin şekillendirilmesi ve beden algısı ilk çağlardan şimdiki zamana kadar önemli bir düşünce olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü tüm toplumlarda olduğu gibi dış görünüş hem kişinin kendi açısından hem de karşı tarafın düşüncelerini etkilemek açısından güçlü bir silahtır. Bireylerin sanayileşmenin olmadığı ilk çağlarda dahi dış görünüşlerinin iyi olması için bitkiler gibi çeşitli doğal malzemeleri kullanarak güzelleşmenin yollarını aradıkları görülmektedir. Sanayileşmenin başlaması ve artmasıyla birlikte ise çeşitli kozmetik ürünler, cerrahi operasyonlar veya diyet ürünleri kullanımı gibi alternatiflerle bedenin şekillendirilmesi daha farklı yöntemlerle yapılmaktadır. Böylece bireylerde özgüvenin arttığı ve dolayısıyla hem ikili ilişkilerde hem de toplumsal ilişkilerde daha başarılı olduğu gözlenmektedir (Erdoğan & Tütüncü, 2015, s. 89-115).

Beden algısı; bedenin şekillendirilmesinde önemlidir. Çünkü beden şekli mevcut durumda olan veya olması istenen şekilde farklı algılanmaktadır. Bir birey aşırı zayıflığın normal ve güzel olduğunu düşünürken başka bir birey bunu kötü algılayabilir. Bunun sebebi doğuştan olmayıp eski çağlardan günümüze dek bireylerin eğitim durumu, iş hayatı, yaşadığı çevre, moda, sosyal medya, reklamlar gibi birçok faktördür. Bireyler bu faktörlerden olumlu veya olumsuz şekilde etkilenip kendi beden şekillerini bir kenara bırakarak başkalarında gördüğü fiziksel özellikleri kendi bedenlerine uyarlamaya çalışırlar. Bu da bireyde hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan değişimlere sebep olur. Bu durumda da bazı bireyler kendi beden şekillerini ideal bulurken bazı bireyler bedenlerinden memnun olmazlar ve ideal beden algısına ulaşmak isterler. Dolayısıyla beden algısı değişkenlik gösterebilir. Gardner (1996, s. 327-337) bireyin mevcut bedenini ne şekilde gördüğünün beden algısı olduğunu söylerken; Gündoğan (2006) beden algısının bireyin sahip olduğu uzuvlarıyla ilgili takındığı tutum olduğunu belirtmektedir. Neagu (2015, s. 29-38) da ek olarak beden algısının yaş, cinsiyet ve yaşadığı toplum gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterdiğini ve sabit olmadığını söylemektedir. Tüm bu faktörlere bağlı olarak beden algısında gerçekte olan beden ile olması istenilen beden arasındaki farklılıklar bireylerde beslenme alışkanlıklarını etkilemekte, obezite gibi çeşitli yeme bozukluklarının görülmesine neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada beden kitle indeksi WHO'ya göre

belirlenen normal değerlerin üzerinde olan bireylerin bedenlerinden memnun olmadıkları görülmektedir (Okumuşoğlu, 2017, s. 1179). Aynı çalışmada bireylerde yaşa bağlı olarak beden algısında değişiklikler olduğu ve yaşın ilerlemesiyle birlikte obez bireylerin bedenlerinden memnuniyet oranlarının arttığı belirtilmektedir (Okumuşoğlu, 2017, s. 1179).

Obezite dünyanın her yerinde en önemli halk sağlığı sorunlarından bir olan, bireylerin fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik yönden etkilenmesine neden olan bir hastalıktır. Dolayısıyla bireylerin zihinlerinde canlandırdığı beden algısında var olan ve olması istenen arasında farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da bireylerde kendine güvenmeme, dışlanmışlık hissi gibi düşünceler görülmektedir. Çünkü toplumsal ve kültürel açıdan bireyin statüsünün belirlenmesi açısından beden şekli bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır (Featherstone, 2010, s. 194-195). Böylece obez bireylerde görülen beden hoşnutsuzluğu benlik saygısının azalmasına neden olur ve bireyler kilo vermeye çalışırlar. Bu yüzden obezite tedavisinde beden algısı konusuna odaklanmak önemlidir (Hamurcu, Öner, Telatar, & Yeşildağ, 2015, s. 123).



Şekil 3.1. Beden algısı ölçeği (Stungard ölçeği)

### 3.1.1. Küreselleşmenin Bedenin Şekillendirilmesine Etkisi

Sanayileşmenin başlamasının ardından teknolojinin de gün geçtikçe artmasıyla birlikte ülkeler arasındaki fiziksel sınırların korunmasına rağmen sosyal ve kültürel sınırların ortadan kalktığı bir gerçektir. Böylece küreselleşme dediğimiz olgunun meydana geldiği ve uzakların yakın olduğu görülmektedir. Küreselleşen dünyada bedenin şekillendirilmesi ve beden algısında değişiklikler olduğu gözlenmektedir. Çünkü bireyler teknolojiden faydalanarak kendi çevresinin dışındaki dünyada neler olup bittiğine daha kolay ulaşmakta, değişen moda ve güzellik algısını kısa sürede öğrenmektedir. Böylece kendi bedeninin şekillendirilmesi konusunda farklı düşünceler geliştirebilmektedir.

Küreselleşmenin etkin olduğu günümüzde görülen tüketim alışkanlıkları faydanın yanı sıra şekil, gösteriş açısından değerlendirildiği için postmodern tüketim süreçleri ile açıklanabilmektedir. İmaj kavramının öne çıktığı bu dönemde beden imgesi de ön planda olmaktadır. Dolayısıyla tüketim şekillenirken beden imajının öncelikli konumda olduğu görülmektedir. Bu duruma farklı kıtalarda yer alan 3 ülkede yapılan bir çalışma örnek verilebilir. Yapılan çalışmada Türkiye, Danimarka ve ABD’ de yaşayan bireylerin yemek kültürleri değerlendirildiğinde 3 ülkede de farklı yeme alışkanlıkları olduğu fakat özellikle sosyo ekonomik düzeyi orta ve üst olan bireylerin ortak noktasının zayıf bir bedene sahip olma arzusu olduğu belirtilmektedir (Askedaard, Jensen, & Holt, 1999, s. 331-336). Dolayısıyla karşımıza “sıfır beden” takıntısı çıkmaktadır. Bu saplantılı durum sonucunda da bireylerde görülen psikolojik değişimler bireylerde ya anoreksiya ya da obezite gibi sağlık sorunlarının meydana gelmesine neden olmaktadır. Obezite gün geçtikçe görülme şiddetini tüm dünyada arttırmakta, küreselleşmenin etkisiyle bireylerde oluşan mükemmel vücut algısı nedeniyle diyet yapma oranı da artmaktadır. Dünya nüfusunun neredeyse 1/3’ ü diyet yapmakta ve diyet ürünlerin kullanımını arttırmaktadır dolayısıyla bu durumun da diyet ürün sektörünü genişlettiği görülmektedir. Erdoğan’ ın (2004, s. 9) da söylediği gibi bir tüketim sektörünün gelişmesi için öncelikle tüketici grubunun oluşması gerekmektedir. Bunun yanı sıra anoreksiya nervosa’nın görülme sıklığı da zaman geçtikçe artmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (2004) anoreksiya nervosanın kadınlarda daha fazla olduğunu ve genel olarak yetişkinlerde %0,6 olduğunu belirtmektedir. Aynı şekilde Vardar ve Erzengin de (2011, s. 205-212) yaptıkları çalışmada anoreksiya nervosanın nokta yaygınlığının %0.068 olduğunu söylemektedir.

### 3.1.2. Beden Sağlığı

Çağımızın en popüler konularından biri olan sağlık konusunda yediden yetmiş her birey kendince çeşitli tanımlamalar yapmaktadır. Çoğu bireyin fiziksel anlamda hasta olmamak olarak tanımladığı sağlığı Dünya Sağlık Örgütü; “*sadece hasta ve/veya sakat olmamak değil fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır (Baysal, 2002). Bu durumda sağlık her ne kadar sadece fiziksel anlamda hasta olmamak gibi düşünülse de insanın her anlamda iyi olması anlamına gelmektedir. Bu durumda; sağlık, yaşam boyunca sahip olduğumuz en önemli olgudur. Çünkü sağlık olmadan ne mutluluktan ne de başarıdan söz edilebilir (MedicalNewsToday, 2015). Sağlığın bu denli önemli olması devlet yönetimlerini de halkın sağlığının her anlamda korunması gerektiği düşüncesine itmektedir ve bu kapsamda da çeşitli politikalar geliştirerek bireyleri çeşitli sağlık sorunlarından korumaya çalışmaktadır.

Sağlık sadece fiziksel ya da sadece psikolojik açıdan iyi olmanın dışında bireyin her açıdan sağlam olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2001) de sağlık kavramını beden ve ruhen tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Sosyal bilimlerde de sağlık çeşitli modeller ile tanımlanmakta ve bireyin sosyo kültürel çevresi ile ilişkilendirilmektedir. Erbaydar (2001, s. 50) aynı şekilde sağlığın sadece tıbbi açıdan iyilik hali olmasının dışında bireyin kişisel özellikleri ve yaşam tarzıyla bağlantılı olduğunu belirtmektedir. Nazlı (2008, s. 7-9) da beden sağlığının bireyin özellikle beslenme alışkanlıklarına, yaşam tarzına, estetik anlayışına ve beden şekliyle beden algısına bağlı olduğunu vurgulamaktadır.

Beden sağlığı söz konusu olduğunda 30-40 yıl öncesine kadar bireylerin fiziksel ve ruhsal durumunun yerine hekim ve hastalık kavramları öne çıkarken günümüzde tam bir beden sağlığından söz edilebilmesi için bireyin yaşamsal faaliyetlerinin tümü önem kazanmaktadır (Erbaydar, 2001, s. 56-57). Özellikle de tüketim toplumunun artmasıyla birlikte bedenin şekillendirilmesinin önemi artmakta bu yüzden de beden sağlığı daha önemli bir hale gelmektedir. Nazlı (2009, s. 64-65) bireylerin beden sağlığı kavramını zayıflık ve estetik ile bağdaştırdıklarından tüketimlerini diyet, spor, kozmetik gibi alanlarda yaptıklarını söylemektedir. Böylece sağlıklı olduğunu düşünen birey toplumda daha üst statülere çıkabilmektedir (Turner, 1996, s. 116-117).

### 3.1.3. Obezite Nedir? Dünya ve Türkiye'deki Dağılımı Nasıldır?

Halk arasında şişmanlık olarak da bilinen obezite; boya göre olması gereken ağırlığın fazla olması ve vücuttaki yağ kitlesinin kas kitlesine göre daha fazla olması şeklinde düşünülebilir (WHO, 1997). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise obeziteyi “*vücutta sağlığı bozacak miktarda yağ birikmesi olarak tanımlamaktadır*” (WHO, 2000, s. 1-254). Bir başka tanıma göre de obezite bir enerji metabolizması bozukluğudur (Alikashifoğlu & Yordam, 2000, s. 475-481). Obezite sadece vücutta yağ birikimine sebep oluyor gibi gözükse de aslında bireylerde fiziksel ve ruhsal birçok rahatsızlığa yol açmaktadır (Donohoue, 2004, s. 173). Dolayısıyla sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli bir problemdir.

Dünyanın hemen hemen her ülkesinde görülen ve özellikle teknolojinin gelişmesiyle birlikte hızlı bir ivme ile artan obezite özellikle çocukları etkileyen kronik bir rahatsızlıktır. Böylece sağlığı kötü yönde etkileyen birçok hastalığı ardında bırakarak dünyanın her yerinde günümüzün en önemli sağlık problemi haline gelmenin yanı sıra birçok kronik ve ölümcül hastalığında baş faktörü olmaktadır (WHO, 2003). Şöyle ki yapılan çalışmalarda dünyada bir yıl içerisinde yaklaşık 2,8 milyon kişinin obezite nedeniyle, 3,2 milyon kişi ise fiziksel aktivitenin azlığı nedeniyle yaşamı son bulmaktadır (AkşamGazetesi, 2014).

Obeziteyi sınıflandırmak için en yaygın kullanılan ölçüm boy – kilo oranıyla belirlenen beden kitle indeksidir (BKİ). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) beden kitle indeksiyle birlikte obeziteyi sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre şişmanlık olarak da tabir edilen obezite 3 gruba ayrılmaktadır.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Aşırı zayıf	<16
Orta derecede zayıf	16 – 16,99
Hafif düzeyde zayıf	17 – 18,49
Normal	18,5 – 24,99
Pre-obez	25 – 29,99
Şişman	>30
1. Derece	30 – 34,99
2. Derece	35 – 39,99
3. Derece	>40

**Tablo 3.1.** WHO' ya Göre Yetişkinlerde BKİ aralıkları (kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 2016)

Tablo 1’de görülüşü gibi beden kitle indeksi değeri 24,99 kg/m<sup>2</sup>’yi geçtikten sonra birey obeziteye doğru yol almaktadır. Dolayısıyla da yanında birçok sağlık problemini getirmektedir.

Yetişkinlerde obezitenin teşhisi için en ideal yol olan BKİ çocukluk ve ergenlik döneminde çok iyi sonuç vermemektedir. Çünkü boyun hızlı bir şekilde uzadığı bu dönemlerde bireylerin BKİ değeri kısa sürelerde değişmektedir. Bu yüzden özellikle çocuk ve ergenlik döneminde beden kitle indeksine göre değerlendirme yapılacağında muhakkak yaş bilinmelidir ya da beden kitle indeksinin yanı sıra özellikle çocukluk döneminde persentil değerlendirmesi ve z/skor değerlendirmesi yapılmalıdır.

Dünya genelinde hem çocukluk çağı hem de yetişkinlik dönemi obezite sıklığına bakıldığında gelişmiş ülkelerde diğer ülkelere göre fazla obezite görüldüğünü görmekteyiz (OECD, 2014). Obezite görülme sıklığı günümüze gelindiğinde 1980’li yıllara göre yaklaşık iki kat artmıştır ve her yaşta bu artış hissedilmektedir. Obezitenin giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmesi, bu konuda sürekli araştırma yapılması gerekliliğini doğurmaktadır.

Popkin (1998, s. 5-21) yaptığı çalışmalarda obezitenin görülme sıklığıyla ilgili sorulara farklı bir yaklaşım getirmekte ve obezite prevalansının gelişmiş ülkeleri incelediğinde sosyo-ekonomik durumu kötü, gelişmekte olan ülkeleri incelediğinde ise sosyo-ekonomik durumu ortalamanın üzerinde olan bireylerde daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Reilly’de (2005, s. 327-341) 2005’te yaptığı bir çalışmasıyla Popkin’in tezini desteklemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2010 yılında yaklaşık 1,5 milyar yetişkin bireyin BKI' sinin normal sınırlar üstünde olduğunu belirtirken, 2014 yılında 1,9 milyar yetişkin bireyin BKI' sinin normal sınırların üstünde olduğunu, ayrıca 600 milyon yetişkin bireyin de obez olduğunu bildirmektedir. Yani dünya geneline bakıldığında yetişkin bireylerin yaklaşık %13' ünün obez olduğu görülmektedir. WHO' ya göre 2014 yılında 5 yaş altı çocuklarda ise 41 milyon çocuğun BKI'si normal sınırların üstündedir (WHO, 2016).

Yapılan bir araştırmaya bakıldığında çocuklarda obezite prevalansı<sup>1</sup> Brezilya'da 1991 yılında %3,7 olarak tespit edilirken, 1997 yılında aynı oranın %12,6' ya yükseldiği görülmektedir. Aynı araştırmada Japonya'daki obezite prevalansı kayıtlarına baktığımızda ve 1970 yılında oran %4 iken 1996 yılında yaklaşık %10,0'a yükseldiği tespit edilmektedir (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002, s. 474-479). Lobstein'in (2004, s. 1-85) yaptığı bir araştırmada okul çağı çocuklarının Amerika'da %32'sinin, Avrupa'da %20'sinin ve Asya'da %16'sının obez olduğunu tespit ettiği görülmektedir. Aynı şekilde Amerika'da yapılan başka bir araştırmada ise 12-17 yaşlar arasındaki bireylerin yaklaşık %11,5'inin beden kitle indeksinin %95 persentilin üzerinde olduğu belirtilmektedir (CDC, 1998). Amerikan Obezite Derneği 2000 yılında yaptığı açıklamada adolesanların %30'unun fazla kilolu, %15'inin ise obez olduğunu söylemektedir (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2007). Reilly (2006, s. 429-437) ise yaptığı bir araştırmada özellikle 2000 yılından sonra çocukluk çağı obezitesinde önemli ölçüde artış olduğunu ve bu artışın özellikle gelişmiş ülkelerde daha fazla olduğunu tespit ettiğini belirtmektedir.

Avrupa ülkelerinde obezite görülme sıklığı incelendiğinde Amerika kadar olmasa da yine özellikle 2000'li yıllardan sonra ciddi bir artış olduğu görülmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri de göz önüne alındığında bu artışın gelişmişlikle aynı doğrultuda değiştiği tespit edilmektedir. Bunu destekler nitelikte Lobstein (2003, s. 195-200) Avrupa ülkelerinde yaptığı araştırmalarda obezitenin sosyo-ekonomik düzeyi daha iyi olan Güney Avrupa ülkelerinde, sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan Doğu Avrupa ülkelerine göre daha fazla olduğunu belirtmektedir.

Asya kıtasında 2000 yılında obezite ile ilgili yapılan araştırmalarda en yüksek prevalans Özbekistan'dadır ve %12,5'tir. Ji (2004, s. 103-108); 2004'te Çin'de yaptığı obezite araştırmasında yıllara göre tutulan kayıtları incelemiş ve 1980'li yıllarda %1'lerde

---

<sup>1</sup>Prevalans: belirli bir nüfusta, belirli bir zaman dilimi içerisinde, çalışma kapsamında yer alan, belirli bir hastalık veya hastalıklara sahip tüm olguların oranı (Türkçebilgi, 2019).



olan obezite prevalansının 2000'li yılların başlarında %10'lara ulaştığını göstermektedir. Afrika kıtasında da gelişmişlik önemli bir gösterge olarak obezite prevalansı en yüksek olan ülke %7,5 oran ile Mısır'dır (Martorell, Kettle, Hughes, & Grummer-Stawn, 2000, s. 959-967).

DSÖ'nün yürüttüğü ve 12 yılda tamamladığı MONICA çalışmasında 2008 yılında dünya üzerinde 400 milyon kişi obez olarak tespit edilirken 2015 yılına gelindiğinde dünyadaki obez sayısı 700 milyon kişiye yükselmektedir. Bu da bize 10 yıl içerisinde obezite prevalansının %10 ile %30 arasında arttığını göstermektedir. Aynı çalışmada 2008 yılında aşırı kilolu sayısı 1,4 milyar kişi iken 2015 yılına gelindiğinde bu sayı da obez bireylerde olduğu gibi 2,3 milyar kişiye yükselmektedir (THSK, 2017)

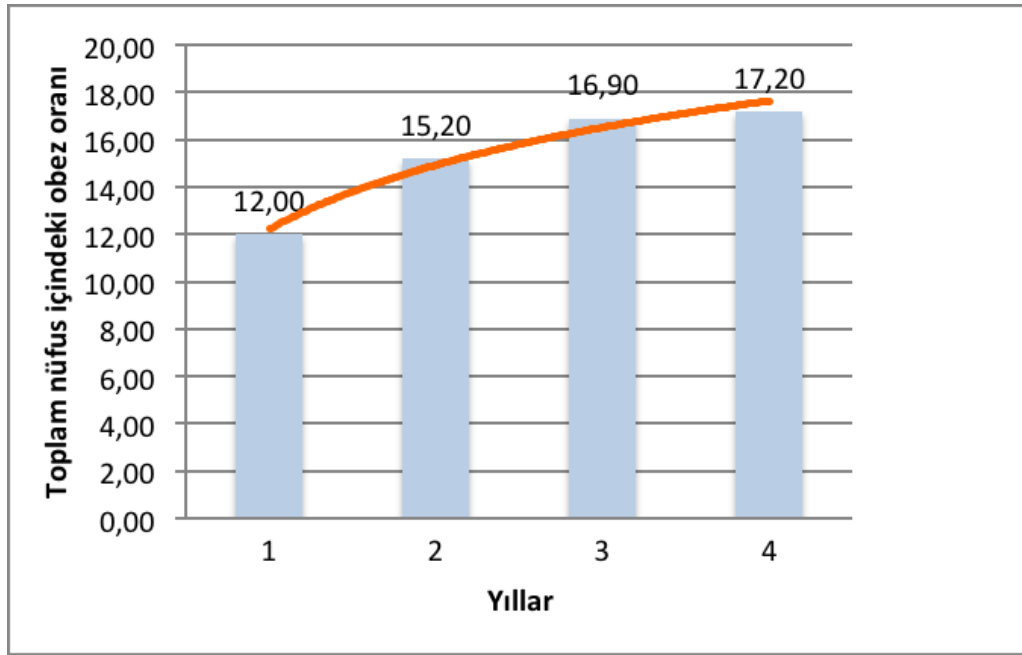
Türkiye; coğrafi konumu açısından Asya ve Avrupa'ya köprü oluşturmasıyla birlikte Batı'dan gelen gelişmeleri doğuya taşımakta ve dolayısıyla dünyada gelişmişlik ile gelişmemişlikten en fazla etkilenen ülkedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında kabul edilen Türkiye'de obezitenin yıllar içerisinde şiddetini arttırdığı ve ciddi kronik hastalıkları da beraberinde getirdiği bir gerçektir. Obezite görülme sıklığı yıllar geçtikçe artmakta ve ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir.

Obezite ile ilgili birçok araştırma yapılmakta ve yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar tespit edilmektedir. Yetişkinlikte görülen obezitenin çocukluk çağına dayandığı bir gerçektir. Bu yüzden öncelikli olarak çocukluk ve adölesan çağı obezitesi tespit edilmeli ve bu doğrultuda önlemler alınmalıdır. Türkiye'de çocukluk çağı obezitesinin belirlenmesi amacıyla yapılan COSI – TR “Çocukluk Çağı Obezite Araştırma”sında araştırmaya katılan bireylerin %14,2 'si hafif kilolu, %8,3' ü obez olarak söylenmektedir (Özcebe, 2013)

WHO yıllık ülke verilerine göre 2009 yılında obezite prevalansının Türkiye'de %16,1 olarak belirlendiği görülmektedir. Buna karşın sadece 16 yıl önce obezite prevalansının %2,2 olduğu resmi kayıtlarda belirtilmektedir (Martorell, Kettle, Hughes, & Grummer-Stawn, 2000). Bu durum Türkiye'nin gelişmişlik seviyesi arttıkça obezite görülme sıklığının da aynı doğrultuda arttığını göstermektedir. Türkiye'de erkeklerin %20,5' i kadınların %41'i obez sınıfında yer almaktadır.

Öner ve arkadaşları (2004, s. 529-533) 2004 yılında Edirne'de adölesanlarda obezite sıklığını tespit etmiş ve kızlarda %2,1 iken erkeklerde %1,6 bulmuştur. Önder

(2004, s. 1-4) ise aynı yıl yaptığı bir araştırmada erkek adölesan bireylerde obezite prevalansını %6 olarak belirlediği görülmektedir. Ağırbaşı (2006, s. 1002-1006), 2006 yılında Ankara’da yaptığı bir araştırmada adölesan bireylerde obezite prevalansını %4,9 olarak belirtmektedir. Türkkahraman ve arkadaşları (2006, s. 1028-1033), 2006’da Antalya’da adölesanlarda obezite hakkında bir araştırma yapmış obezite prevalansını erkeklerde %3,9 kızlarda %3,2 olarak tespit ettiği görülmektedir. Aynı şekilde 2006 yılında Denizli’de obezite hakkında araştırma yapan Turan (2009) prevalansın %5,9 olduğunu belirtmektedir. 2006 yılında Öztora (2006, s. 11-14) İstanbul’da bir çalışma yapmış ve adölesanlarda obezite prevalansını %8,4 olarak tespit etmiştir.



Şekil 3.2. 15 yaş ve üstü bireylerin yıllar içerisindeki obezite eğilimleri (TÜİK, 2013)

### 3.1.3.1. Obezitenin sınıflandırılması ve tespiti için yapılan ölçüm yöntemleri

Halk arasında şişmanlık olarak tabir edilen obezite sınıflandırılırken birçok özellik göz önüne alınmaktadır. Çünkü her birey farklı genetik, ekonomik, sosyal, vb... özelliğe sahiptir. Bu denli karmaşık bir yapının ayrıştırılması için de aynı doğrultuda farklı ve karmaşık bir sisteme ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda obezite 4 alt grupta sınıflandırılmaktadır.

Bireylerde çocukluktan yetişkinliğe kadar geçen her dönemde görülen ve fazla enerji alımının yol açtığı obezite şeklidir. İki şekilde görülmektedir. Bunlardan ilki özellikle çocukluk çağında fazla enerji alımıyla birlikte yağ hücrelerinin sayısının artması

şeklinde görülmektedir ve “Hiperselüler” obezite ismini almaktadır (Ersoy, R; Çakır, B, 2007, s. 107-116). Diğer tipi ise yetişkinlikte görülür ve genellikle yağ hücrelerinin sayısından ziyade büyüklüklerinin artmasıyla karakterizedir ve “Hipertrofik” obezite adını almaktadır (Ersoy, R; Çakır, B, 2007, s. 107-116).

Obezitenin başladığı yaşa göre; çocukluk çağı obezitesi ve erişkinlikte başlayan obezite olarak iki grupta toplanmaktadır. Günöz (2001, s. 58-61), çocukluk çağında vücudun farklı çalışmasına bağlı olarak obezite riskinin de arttığını, erişkinliğe kadar enerji ihtiyacı ve harcanan enerjinin ancak dengelendiğini belirtmektedir. Chan ve arkadaşları (1998, s. 22-28) da Günöz’ ü desteklemektedir ve erişkinliğe kadar geçen süreçte yağ hücrelerinin hızlı bir artış göstermesinden dolayı obezite riskinin daha fazla olduğunu ve erişkinlik dönemi obezitesi için de büyük risk teşkil ettiğini belirtmektedir.

Vücuttaki yağın dağılımı incelendiğinde obezitenin 2 grupta toplandığı görülmektedir. Android tip obezite adı verilen ve halk arasında elma tipi obezitede yağ dokusu ağırlıklı olarak karın ve göğüste görülmektedir. Genellikle erkeklerde görülen bu tip obezitede erkeklerin bel/kalça oranı 0,95, kadınlarda ise bel/kalça oranı 0,80’in üzerindedir ve bu tip obezite birçok kronik hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır (Bray, 2000, s. 31-41). Bray (2000, s. 31-41) gynoid ya da halk arasında armut tipi obezitede yağ hücrelerinin ağırlıklı olarak kalçada toplandığını belirtmiştir ve daha fazla kadınlarda görülen obezite tipi olduğunu da eklemiştir.

Basit obezitenin oluşumunda karşımıza herhangi bir tıbbi veya genetik faktör çıkmamaktadır. Tamamen enerji dengesinin sağlanıp sağlanamamasıyla ilgili bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Maffei’s’e (2000, s. 35-44) göre bireylerin büyük kısmında ekzojen obezite görülmektedir. Altay (2000, s. 64-67), Maffei’s’e ek olarak ekzojen obeziteye genellikle hareketsiz yaşamın ve fast-food tüketiminin neden olduğunu belirtmektedir. Öztora (Öztora, 2006) da 2006 yılında yaptığı bir araştırmada çocukluk çağı obezitenin genellikle basit tipte olduğunu tespit etmiştir.

İkincil tip yani endojen obezite genetik veya hormonal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkmasından dolayı ekzojeno beziteden daha tehlikelidir ve tedavisi daha zordur. Ömür boyu ciddi tedavi gerektiren birçok genetik hastalıkta kullanılan ilaçlar obeziteyi arttırmakta ve ilaç kullanımı kısıtlanamadığından dolayı bireylerin obeziteyle mücadelesi zorlaşmaktadır (Çorakçı, 2001, s. 33-39). Sekonder obezite çocukluk çağında görülen

obezitenin çok küçük bir kısmını oluşturmakta fakat erişkin tip obezitede önemli bir orana sahip olmaktadır.

Obezitenin belirlenmesinde birçok ölçüm yöntemi kullanılabilir. Önemli olan nokta vücut ağırlığının tespitinde ağırlığın oransal anlamda yağ, kas, vb... kitlelerinin doğru belirlenmesidir. Bu yüzden direkt ve indirekt yöntem olmak üzere iki ana ölçüm yöntemi bulunmaktadır. Himes ve Dietz (1994, s. 307-316) yaptıkları bir araştırmada obezitenin belirlenmesinde yapılan direkt ölçümlerin ucuz ve kolay tekrarlanabilir olmamasından dolayı pratikte çok sıklıkla kullanılmadığını ve direkt ölçümlerin 8 farklı şekilde yapılabildiğini söylemektedir. Bunlar sırasıyla;

- MR görüntüleme
- Nöron aktivasyonu tekniği
- Ultrasonografi tekniği
- Toplam vücut potasyumu ölçümü
- Dual enerji x-ray absorpsiyonu değerlendirilmesi
- Sualtı ölçümü
- Vücut suyu ölçümü
- Biyoelektrik impedans analizi

İndirekt ölçümler ucuz, kolay tekrarlanabilen ve pratik olduğundan obezite tedavisinde sıklıkla kullanılan ölçümlerdir. İndirekt ölçümler başlıca 5 grupta toplanmaktadır.

Beden kitle indeksi obezitenin tanısında en fazla kullanılan ölçüm yöntemidir. Vücut ağırlığının boyun karesine bölümüyle elde edilen değer WHO'nun belirlediği kıstaslara göre değerlendirilerek bireylerin ağırlık yönünden sınıflandırması yapılır ve böylece obezite riski taşıyan bireyler kolaylıkla teşhis edilir (Sweeting, 2007, s. 32). Strock ve arkadaşları (2005, s. 15-32) yaptıkları araştırmada özellikle enerji alımıyla enerji tüketimi arasındaki dengenin değişmesinin BKİ' yi etkilediğini ve obeziteyi belirlediğini tespit etmiştir.

$$\text{BKI} = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{Boy (m)} \times \text{Boy (m)}}$$

(Baysal, 2002).

BKI sınıflandırılması yapılırken mortalite ve morbidite oranları da ele alınmakta ve erişkinler için sabit değerler belirlenmektedir. Fakat BKI sınıflandırılmasının çocukluk döneminde çok sağlıklı olmadığı BKI yerine persentil yüzdelerine ve z skoruna göre değerlendirme yapılmasının daha sağlıklı olduğu belirtilmektedir (Olçay & Hülya, 2008, s. 14-22). Erişkinlikte BKI değerleri incelendiğinde BKI'nin 19,5-24,9 arasında olması ağırlığın normal olduğunu gösterirken 25'in üzeri kilolu, 30 ve üzeri ise obez olarak sınıflandırılmaktadır (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000, s. 1-6).

Vücut çevresi ölçümleri, vücut yağlanmasının dağılımı hakkında bilgi verirken bireyin yakalanabileceği hastalıklar hakkında da bilgilendirmektedir. En çok yapılan uygulamalar bel, kalça, üst orta kol, baldır ve uyluk çevresi ölçümleridir. Özellikle kalp damar hastalıklarının teşhisinde bel/kalça çevreleri oranı büyük önem taşımaktadır ve bu oranın erkeklerde 0,95'i, kadınlarda ise 0,80'i geçmesi kalp krizi riskinin büyük oranda arttığını göstermektedir (Bray, 2000, s. 31-41).

Genellikle çocuklarda kullanılan ve yaşa, boya ve vücut ağırlığına bağlı hazırlanan persentil değerlerine göre hesaplanan ölçümdür. Bu ölçüm ile bireyin ideal ağırlığa göre sapması bulunur ve yüzde olarak değerlendirilir. Rölatif ağırlığın hesaplanması özellikle gelişme çağındaki bireylerin sağlıklı bir gelişime sahip olup olmadıklarını anlamak açısından değerlendirme aşamasında önemlidir. Rölatif ağırlık %90-110 arasında hesaplandığında bireyin normal kilolu, %110-120 arasında hesaplandığında bireyin fazla kilolu, %120'nin üstünde hesaplandığında ise obez olduğu kabul edilir (Neyzi & Ertuğrul, 2002).

$$\text{Rölatif Ağırlık} = \frac{\text{Bireyin tartıdaki ağırlığı}}{\text{Boya göre 50 persentildeki ağırlık}} * 100$$

(Neyzi & Ertuğrul, 2002)

İndirekt ölçümlerin bir diğeri olan deri kıvrım kalınlığı tüm bireylerde uygulanabildiği gibi daha çok çocuklarda tercih edilen bir obezite tespit yöntemidir. Deri kıvrım kalınlıklarının ölçülmesi cilt altı yağ dokusunu ölçtüğü için obezite hakkında gerçek bilgiler elde etmeyi sağlamaktadır. Bu işlem genellikle triseps'ten kaliper adı verilen bir alet yardımıyla yapılmaktadır (Must, Dallal, & Dietz, 1991, s. 839-846). Triseps harici biceps, subskapular ve suprailiak' tan da deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılmaktadır (Brook, 1971, s. 725-728)

Gelişme döneminde olan çocukluk döneminde yaşa ve cinsiyete göre değişen bir deri kıvrım kalınlığı vardır. Bu değer de bireyin obezite sınırında olup olmadığını ve risk durumunu tespit etmede büyük önem taşımaktadır. Deri kıvrım kalınlığı ölçümü rölatif ağırlıkta olduğu gibi belirlenmiş persentil değerlerine göre değerlendirilmektedir. Yaşa göre hesaplanan persentil değeri %85 ile %95 arasında ise bireyin normal kilonun üzerinde olduğu, %95'in üzerinde ise bireyin obez olduğu anlaşılmaktadır (NHANNES1, 1973, s. 1-77).

15 – 17 yaşlar arasındaki bireylerin aşağıda tespit edilen persentil yüzdelerine göre tüm yaşlarda erkeklerin persentil yüzdelerinin 95'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum 15 – 17 yaş arasındaki erkeklerin önemli bir kısmının obezite olduğu söylenmektedir. Kızlarda da durum erkeklere yakındır. Kızların büyük çoğunluğu da 85 persentil ve üzerindedir. Bu da bireylerin çoğunun obezitenin pençesinde olduğunu göstermektedir. Olması gereken persentil değeri olan 50 persentilde bireylerin sadece %10 ile %20 arasında olması çocukluk çağı obezitesinin gün geçtikçe arttığını ve uygulanan politikaların yetersiz olduğunu göstermektedir.

	YAŞ	5p	15p	50p	85p	95p
<b>Erkek</b>	15	4,81	6,10	9,12	16,11	22,42
	16	4,69	6,05	8,95	15,81	22,05
	17	4,61	6,02	8,92	15,95	21,99
<b>Kız</b>	15	9,06	9,06	16,39	24,08	31,48
	16	9,34	11,83	17,03	24,85	32,35
	17	9,55	12,18	17,45	25,48	32,95

**Tablo 3.2.** Çocukların DKK göre persentil yüzdeleri (Must, Dallal, & Dietz, 1991)

Obezitenin belirlenmesinde kullanılan ölçümlerden bir diğeri de bel/kalça oranının tespitidir. Be/kalça oranı genellikle gelişimini tamamlamış erişkin bireylerde tercih edilen ve vücut tipini belirlemede yol gösteren bir göstergedir (Kandemir, 2000, s. 500-506). Bel/kalça oranı cinsiyete göre değerlendirildiğinde; bayanlarda %80, erkeklerde %95'i geçmesi obezite riskinin arttığını göstermekle birlikte kalp damar hastalıklarının da iyi bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Taylor, Jones, Williams, & Goulding, 2000).

### 3.1.3.2. Obezitenin meydana gelmesine neden olan faktörler ve obezitenin sebep olduğu hastalıklar

Obezite tüm dünyada gün geçtikçe varlığını arttıran ve kronik sağlık problemleri arasında ilk sıraya yükselen ciddi bir sorundur. Obeziteye demografik faktörlerden, genetik faktörlere, psikolojik faktörlerden sosyo-ekonomik faktörlere kadar birçok etmen neden olmaktadır. Bu durum da obezitenin 7'den 70'e her yaşta kolaylıkla görülebilen ve muhakkak önlem alınması gereken bir sorun olduğu bir gerçektir.

Demografik faktörler arasında başlıca yaş ve cinsiyet gelmektedir. Tüm sağlık sorunlarından olduğu gibi obezitede de yaş ve cinsiyet önemli bir yere sahiptir. Obezitenin başladığı ve görüldüğü yaşlar belirlenmeye çalışıldığında her yaş grubunda kolaylıkla görülebildiği görülmektedir. Fakat doğumdan itibaren erişkinliğe kadar geçen süreçte özellikle de çocukluk ve adölesan dönemlerde bireylerde gelişime bağlı hücre sayısında

görülen artışlar obezitenin daha tehlikeli ve ileriye dönük bir risk etmeni olmasını sağlamaktadır. Çünkü vücut yağ dokusu 0-6 yaş ve adölesan dönemlerde hızlı bir şekilde artmaktadır ve buna bağlı olarak vücuttaki hücre sayısında da fizyolojik olarak artış olmaktadır. Enerji ihtiyacını karşılamak için oluşan yağ hücreleri oluştuktan sonra bir daha yok olmazlar ve hücre sayısındaki bu anormal artış yüzünden çocukluk çağı obezitesi görülmektedir (Günöz, 2001, s. 58-61) (Parlak & Çetinkaya, 2007, s. 27-33)Gelişme döneminin bitip erişkinlik döneminin başlamasıyla vücutta hücre yapımı sona erer. Sayısı sabit kalan hücrelerde bu dönemde hacim büyümesi yaşanarak obezite görülür. Dolayısıyla erişkin döneme geçen dönemde obezite hücre sayısının artışına bağlı olarak görülmekte ve buna hiperplastik obezite denilmektedir. Erişkin dönemde ise hücre sayısı sabit kalırken hücre hacminin büyümesine bağlı obezite görülmekte ve bu tip obeziteye ise hipertrofik obezite adı verilmektedir (Ergün, 2006, s. 179-188) (Tüzün, Kabalak, & Yılmaz, 1999, s. 185). Bu durum göstermektedir ki erişkinlikte görülen obezitenin tedavisi mümkün olurken, çocukluk çağında görülen obeziteye bağlı ilerleyen yaşlarda devam eden obezitenin tedavisi çok daha zordur (Öztora, 2006, s. 11-14).

Halk arasında şişmanlık olarak tabir edilen obezite cinsiyet ayrımı yapmaksızın tüm bireylerde görülse bile genetik ve fizyolojik özelliklerden dolayı kadınlarda daha fazla görülmektedir. Çünkü özellikle gelişme dönemi olan adölesan dönemde adipoz dokunun kadınlarda erkeklere oranla daha fazla arttığı bir gerçektir (Rudolph, Kamei, & Overby, 2003). Bunun sebebi kadınlarda adölesan döneme erken girilmesi gösterilebilir. Bunun yanı sıra aynı şekilde kadınlarda hamilelik ve laktasyon dönemi ile menopoz döneminde de hormonal değişimlerle birlikte kilo alımlarının artması obezite prevalansını oldukça arttırmaktadır (Erbaş, 2007). Tüm bu bilgilere zıt olarak cinsiyetin obezite görülme sıklığına etkisinin araştırıldığı bir çalışma da ise cinsiyetin obezite prevalansını etkilemediğinin tespit edildiği görülmektedir (Sweeting, 2007, s. 32).

Genetik faktörler tüm sağlık sorunlarında olduğu gibi obezite görülme sıklığında da oldukça etkilidir. Yapılan çalışmaların birçoğu genetik faktörlerin obeziteyi büyük ölçüde etkilediğini ortaya koymaktadır. Yapılan bir çalışmada; bireyin ebeveynlerinin her ikisinde de obezite olması bireyin %80 obezite yatkınlığına sahip olduğu, sadece bir ebeveynin obez olduğu durumlarda çocuklarda obezite görülen prevalansının %40 ve ebeveynlerin hiçbirinde obezite görülmeyen çocuklar da ise obezite görülme prevalansının %2 civarında olduğunun tespit edildiği görülmektedir (Günöz, 2001, s. 58-61). Yapılan başka bir



çalışmada ise aynı şekilde aile bireylerinde obezite görülen çocukların görülmeyenlere göre daha büyük risk altında olduğu belirtilmektedir (Parlak & Çetinkaya, 2007, s. 27-33).

Genetik faktörlerin obeziteye etkisinin araştırıldığı bir araştırmada ailesinde obez birey bulunan yani obeziteye yatkın bir çocukta risk faktörünün yüksek olduğu fakat bu riski çevresel etmenlerin de büyük ölçüde etkilediği belirtilmektedir (Tola, Akyol, Eren, & DüNDAR, 2007, s. 100-104). Aynı şekilde ailesinde obezite öyküsü bulunan ikiz bireyler tek ve çift yumurta ikizi olma durumuna göre değerlendirilmiş tek yumurta ikizi olanların obeziteye daha fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir (Öztora, 2006, s. 11-14).

Bireylerin günlük hayattaki davranışları yani rutin beslenme alışkanlıkları ile fiziksel aktivite alışkanlıkları obeziteyi büyük ölçüde etkileyen faktörlerdendir. Bu anlamda bireylerin günlük rutin alışkanlıkları da obeziteye yakalanma eğilimini belirlemede büyük bir öneme sahiptir.

Bireylerin beslenme alışkanlıkları obezite görülme sıklığını etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Doğumdan ölüme dek kaçınılmaz ihtiyaç olan besinler bireyleri olumlu ya da olumsuz her iki şekilde de etkileyebilmektedir Özellikle hızlı yemek yeme alışkanlığı obezitenin oluşmasına etki eden önemli bir faktördür. Bebeklik döneminde edinilen beslenme alışkanlıkları bireyi tüm hayatı boyunca etkilemekte ve hem çocukluk döneminde hem de yetişkinlik döneminde görülen obezitenin temellerini atmaktadır. Aile büyüklerinin bebeğin aç kalacağı ve zayıf olacağı düşüncesiyle bireyleri daha bebeklik döneminde yüksek kalorili ve uygun olmayan besinlerle beslemeleri yemek yeme alışkanlıklarının edinildiği dönemlerde olmakta ve bunun sonucunda da obezite başta olmak üzere çeşitli sağlık problemlerine davetiye çıkarmaktadır. Yaşamın ilerleyen dönemlerinden olan adölesan dönemde de beslenme alışkanlıkları büyük önem taşımaktadır. Özellikle reklamların kötü beslenme alışkanlıkları edinmedeki yardımı bu dönemde ortaya çıkmaktadır (Coşansu, Demirezen, & Erdoğan, 2005, s. 2-5). Yeni ürünlere, reklamlara ve görsellere ulaşımın kolaylaştığı çağımızda fast-food ürünler ve abur cubur olarak tabir edilen besinlerin tüketimi artarken başta kahvaltılık olmak üzere sağlıklı beslenme alışkanlıkları yok olmaktadır (Ersoy, R; Çakır, B, 2007, s. 107-116). Bu konuda öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırma da öğün atlayan ve fast-food tüketimine yönelen çocuklarda obezitenin daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir. Aynı şekilde benzer bir araştırmada da şişman bireylerin büyük çoğunluğunun öğün atladıkları görülmektedir (Turan, 2009).

Davranış faktörlerinden bir diğeri olan fiziksel aktivite alışkanlıkları bireyleri sağlık açısından yaşamları boyunca etkileyen ve obezitenin oluşmasına ve ilerlemesine yardımcı olan bir faktördür. Fiziksel aktivitenin yetersizliği veya sedanter yaşam şekli özellikle çocukluk döneminde ama hayatın tüm dönemlerinde obeziteye sebep olmaktadır (Günöz, 2001, s. 58-61). Çocukluk döneminden adölesan döneme kadar yaşamın birçok evresinde gelişen teknoloji ile birlikte bilgisayar, televizyon, vb... gibi teknolojik aletlerin başında çok vakit geçiren bireylerde obezite görülmesi arasında doğru orantı tespit edilmiştir. Ayrıca sedanter<sup>2</sup> bir yaşamı tetikleyen teknolojik aletler besin tüketim isteğini de arttırmaktadır. (Babaoğlu & Hatun, 2002, s. 8-10). Bu konuda yapılan bir araştırmada televizyon, bilgisayar, vb... başında 4 saatten fazla zaman geçiren bireylerde obezite görülme oranı önemli boyutta artış gösterdiği söylenmektedir (Köksal & Özel, 2008).

Obezite görülmesinde etkisi olan faktörlerden biri de çevresel faktörlerdir. Özellikle olumsuz çevre faktörleri bireylerde besin tüketim miktarını arttırmakta buna karşın fiziksel aktivite yapma isteğini azaltmaktadır. Böylece obezite görülme sıklığı büyük ölçüde artmaktadır.

Psikolojik faktörler tüm sağlık sorunlarının baş etmenlerinden olduğu gibi obeziteyi de etkileyen önemli bir faktördür. Özellikle çocukluk ve adölesan dönemde görülen psikolojik rahatsızlıklar bireyleri ilerleyen yaşamlarında obezite ile tanıştırmaktadır. Yapılan araştırmalarda çocukluk döneminde aile içi sorunlu ve olumsuz davranışlara maruz kalan çocuklarda obezite gelişiminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak ta aile içi durumlardan etkilenen çocukların sosyal hayatta kendine yer bulamaması ve dolayısıyla aşırı yemek yeme davranışına yönelmesi gösterilmektedir (Babaoğlu & Hatun, 2002, s. 8-10). Çocukluk döneminde çeşitli psikolojik etmenlere maruz kalarak obeziteye yakalanan bireylerde hem adölesan dönemde hem de erişkinlikte bu durumun arttığı görülmektedir (Parlak & Çetinkaya, 2007, s. 27-33).

Sosyo ekonomik faktörler ele alındığında hem ülkeler hem de aileler bazında sosyo ekonomik faktörlerin obezitenin oluşması ve gelişmesinde büyük rol oynadığı bilinmektedir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde refah düzeyi normalin üzerinde olan birey ve ailelerde obezite görülme oranı diğerlerine göre daha yüksek iken; gelişmiş

---

<sup>2</sup>Sedanter: düzensiz fiziksel aktivitenin olduğu ya da fiziksel aktivitenin olmadığı bir yaşam tarzıdır (Karakuş, 2019).

ülkelerde ise refah düzeyi kötü olan ailelerde obezite görülme oranı daha yüksektir (Gürel & İnan, 2001, s. 39-46).

Obezite başlı başına ciddi bir sağlık problemi olmakla birlikte birçok hastalığında temel sebebidir. Vücutta çeşitli sistemlerde çeşitli kalıcı ve ciddi hasarlara sebep olan hastalığa neden olmakta ve tedavisi bu anlamda büyük önem taşımaktadır.

Obezitenin sebep olduğu başlıca hastalıklar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (Donohoue, 2004).

Sistemik Adı	Hastalık çeşitleri
Kardiyovasküler Hastalıklar	Hipertansiyon, Dislipidemi Hiperkolesterolemi, Hipertrigliseridemi
Endokrin Hastalıkları	DiabetesMellitus (Tip 2), İnsülin direnci Erken menarş, Erken menopoz Fertilidete azalma, Polikistikover, Oligospermi Testosteron azalmasına bağlı hastalıklar
Gastrointestinal Hastalıklar	Hepatiksteatoz, Kolelitiazis
İmmunolojik Hastalıklar	Azalmış hücresele immunitite
Kas iskelet sistemi Hastalıkları	Gut, Kapital femoralepifiz kayması Blount hastalığı, Osteoartritis
Dermatolojik Hastalıklar	Akantozisnigrikans, Fragiliskutisinguinalis
Neoplastik Hastalıklar	Meme, serviks, endometrium, safra kesesi, over Kolon, rektum, prostat
Nörolojik Hastalıklar	Psödötümörserebri
Obstetrik Hastalıklar	Hipertansiyon, Artmış sectio frekansı Uzamış eylem, Toksemi
Pulmoner hastalıklar	Pick-wick sendromu, Pulmoner fonksiyon bozuklukları Obstrüktif uyku apnesi, Primeralveolerhipoventilasyon
Artmış mortalite	Kanser, Sindirim sistemi hastalığı Serebrovasküler hastalık Koroner kalp hastalığı Diabetusmellitus

**Tablo 3.3.** Obezitenin sebep olduğu hastalıklar (Baysal, 2002)

Tablodan da anlaşılacağı üzere obezite birçok hastalığın sebebidir ve tedavi edilmediği takdirde ölüme kadar giden ciddi kalıcı hasarlara neden olmaktadır. Obezitenin diğer hastalıklarla ilişkilerini belirlemek için birçok araştırma yapılmaktadır.

Obezite ile Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu arasındaki ilişkinin tespiti için yapılan araştırmalarda obezite ile Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu arasında ciddi bir ilişki olduğu ve kilo arttıkça hastalığın görülme sıklığının da arttığı belirtilmektedir (Schwartz, ve diğerleri, 2008, s. 185-192). Yapılan farklı bir araştırma da ise 1. Dereceden

obez bireylerde %30'luk bir prevalans görülürken morbid obez bireylerde bu oranın %98'lere kadar çıktığı gösterilmektedir (Pillar & Shehadeh, 2008, s. 303-309). Yine başka bir çalışmada kilo artışı ise apne-hipopne indeksi arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmış ve kilodaki her %10'luk artışın bu indeksi %30 oranında arttırdığının görüldüğü belirlenmektedir (Peppard, Young, Palta, Dempsey, & Skatrud, 2000, s. 3015-3021).

Obezite ile tiroid hormonları arasındaki ilişki incelendiğinde ve genel anlamda bir ilişki bulunmamaktadır. Fakat bazı araştırmalarda TSH normal dururken T3 değerinin arttığı görülmektedir (Ranne, Donaldson, Gregory, & Savage, 2001, s. 161-171).

Obezite ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkiler incelendiğinde artan kilonun kolesterol, trigliserit, düşük LDL, yüksek HDL ve dislipidemi gibi rahatsızlıklara yol açtığı çok açık görülmektedir (Peker, Çiloğlu, Buruk, & Bulca, 2000).

Obezite ile insüline bağlı hastalıklar arasındaki ilişkiler incelendiğinde aralarında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir (Lustg, 2001, s. 909-930). Pankreastan fazla miktarda salınan insülin obezitenin varlığıyla sayısı azalan reseptörlere bağlanamaz ve böylece başta insülin direnci olmak üzere Diabetes Mellitus gibi kronik birçok hastalığın oluşmasını sağlar. İnsülin direncinin oluşmasının ardından obezitenin devam etmesiyle birlikte Tip 2 Diyabet olarak adlandırılan ve ölüme dek süren ciddi bir kronik rahatsızlık meydana gelmektedir (Yetkin, 2005). Yapılan araştırmalar bireyin kilosunda %35-40'luk bir artış olduğunda insülin direnci meydana gelmektedir (Yetkin, 2005).

Obezite ile inflamasyon hastalıkları arasındaki ilişkiler incelendiğinde obezitenin her çağda inflamasyona nede olduğu ve buna bağlı olarak bağışıklık sistemini zayıflattığı belirtilmektedir (Berberoğlu, 2001, s. 543-547). Çocuklarda yapılan bir araştırmada obezite ile inflamasyon arasındaki ilişkinin varlığına bakıldığında ve çocuklarda kilo artışıyla birlikte yağ dokusunun artmasına bağlı olarak TNF $\alpha$  düzeyleri de artmaktadır. Artan TNF $\alpha$  kandaki CRP düzeyini arttırmakta, bu da inflamasyona neden olmaktadır. Böylece obezite ile inflamasyon hastalıkları arasındaki korelasyonun güçlü olduğu tespit edilmektedir (Moon, Kim, & Song, 2004, s. 863-867).

### 3.1.4. Moda Karşısında Beden ve Tüketim Alışkanlıkları

Zaman içerisinde değişik anlamlarda kullanılmaya başlansa da, kökeni Fransızcadan gelen moda kelimesi imal etmek anlamına gelmektedir (Davis, 1997, s. 25). Beden şekli ve beden algısı üzerine şekillenen moda tüketim alışkanlıklarını da etkilemektedir ve böylece üç kavram arasında bir zincir oluşmasına sebep olmaktadır. Bu bağlamda moda ile beden algısı arasındaki ilişki çok açıktır. Moda hem sosyal statüler arasında hem de aynı sosyal statü içerisinde etkili bir şekilde dağılım göstermektedir ve kitleleri etkileyen önemli bir mekanizma olarak öne çıkmaktadır. Çünkü giyinmek sadece bedenın kapatılması anlamına gelmemekte bireylerin toplumdaki yerini belirlemeye yaramaktadır (Simmel, 2012, s. 112). Yani Solomon' un (2004) da dediğı gibi bireyin beden şekli bireye toplumdaki saygınlığını belirleyen en önemli faktörlerden biridir.

Yaklaşık 21. yüzyıla kadar sınıf modasının öne çıktığı görülürken günümüzde tüketici modasının hâkim olduğu gözlenmektedir. Tüketici modası toplumdaki tüm bireyler tarafından benimsenmekte, genel olarak lüks, endüstriyel ve sokak modası olarak üç bölümde incelenmektedir. Özellikle medyanın oldukça etkili olduğu endüstriyel moda akımında bireylerin giyimi tamamen TV, internet ve sosyal medyadan etkilenmektedir (Crane, 2003, s. 177-178). Bireylerin beden algılarının sebep olduğu kaygı durumları var olandan çok olmalarını istediğı gibi görünen kıyafetler seçmelerine neden olmaktadır. Bu da bireyleri tüketime zorlamaktadır.

Kahraman (2005, s. 47) tüketim toplumlarında bireylerin bedenlerinin giysiler için var olduğunu söylerken özellikle obeziteden mustarip veya bedeninden mutlu olmayan bireylerin çeşitli yöntemler kullanarak istedikleri kıyafetlere sığabilmek için çaba gösterdiğini de belirtmektedir. Yani bireyler modaya ayak uydurmak için ideal vücut ölçülerine sahip olmaya çalışmaktadır (Çabuklu, 2004, s. 102). Moda ve tüketim kültürü bedenlerin her zaman çekici ve karizmatik olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu yüzden obez ve kendi beden şekli yüzünden psikolojik sorunlar yaşayan bireyler açısından tüketim zorunlu hale gelmektedir. Çünkü Featherstone'nun (2010, s. 196-198) da dediğı gibi beden şekli ve algısı güven ve sosyal ilişkiler açısından en büyük güçtür. Bu gücün ne şekilde elde edileceğine karar veren ve bireyleri yönlendirenler de üst sosyo-ekonomik sınıf ile ünlülerdir. Toplumlar çoğu zaman üst sosyo-ekonomik sınıftaki bireyleri taklit ederek bedenlerine şekil vermeye çalışmakta ve toplumda bir yer edinmeye

çalışmaktadırlar. Burada en fazla göze çarpan nokta toplumda yer edinebilmek için bireylere psikolojik olarak dayatılan zayıflık imgesidir. Zayıf bir bedenün güzelliği, elitliği ve gücü simgelemesi bireylerde sürekli olarak diyet yapma, çeşitli medikal ilaçlar kullanma, medikal yöntemlere başvurma gibi yöntemlere yöneltmekte bunun sonucunda da bireylerde çeşitli yeme bozukluğu sorunlarının görölmesine neden olmaktadır. Tüketim kültürünün artmasıyla birlikte beden şeklini düzeltme, değiştirme ile ilgili çeşitli bilgilendirmeler, reklamlar medya aracılığıyla bireylere ulaşmakta ve özellikle kadınlarda baskı oluşturmaktadır. Görünüşün daha önemli olduğunu düşünlen kadınlarda da zayıflığı koruyamama sonucunda kendine olan güven yitirilmekte, beden algısı değişmekte ve sonucunda ya anoreksiya gibi hastalıklar gözükmekte ya da obeziteye bağlı şekilsiz bedenler meydana gelmekte, dolayısıyla depresyon gibi psikolojik hastalıklar baş göstermektedir (Atik & Örtlen, 2008, s. 19).

#### **3.1.4.1. Obez bireylerin sosyal yaşamdaki konumu**

Obezitenin ciddi bir toplumsal sağlık problemi olduğunu ve birçok sağlık problemine de öncülük ettiği önceki bölümlerde açıklanmaktadır. Bireylerin yaşam standardını oldukça düşüren bu sorun sosyal yaşamda da bireylere çeşitli sorunlar oluşturmaktadır. Çünkü dış görünüşün bireyin toplumsal konumunu belirlediği çağımızda, bireyin görünüşünde meydana gelen olumsuz değişimler bireyi dışlanmışlık hissine sürüklemekte, bunun sonucunda da bireyi hiç istenmeyen psikolojik bir çıkmaza sokmakta ve içe kapanık bir tutum sergilemesine neden olmaktadır.

Sosyal yaşamdaki konum; bireylerin yaşamları boyunca elde edeceği maddi, manevi, kariyer, aile ve arkadaşlık ilişkilerindeki mutluluk, başarı veya başarısızlık gibi durumlarla yakından ilişkilidir. Çünkü bireylerin sosyal yaşamdaki konumları iyiye beraberinde başarı ve mutluluk gelirken, aksi durumda başarısızlık ve mutsuzluk gelmektedir.

Hem kadın hem de erkeklerde özellikle fazla kilo almaya bağlı beden şeklindeki değişiklikler bireyleri sosyal çevresinden uzaklaştırmaktadır. Çünkü alınan kilolara bağlı beden şeklinin değişmesi bireylerin kıyafet seçiminden, hareket kabiliyetine kadar birçok faktörü olumsuz yönde değiştirmekte ve bireyleri kalabalıklar içinde yalnızlığa sürüklemektedir. Bu durum sadece bireyin kendisiyle ilişkili olmayıp toplumun bireye karşı

tutumuyla da ilgilidir. Çünkü psikolojik açıdan bireyleri ilk etkileyen olgu beden şeklidir. Bireyler karşısındaki kişiyle ilgili ilk izlenimini dış görünüşe göre şekillendirmektedir. Dolayısıyla hem bireyin kendisi hem de toplum bu durumdan etkilenmekte ve birbirlerini etkilemektedir. Toplumsal değerler ve toplumun dış görünüşle ilgili zihniyeti dönemsel değişkenlikler gösterse de genel olarak obez bireylere karşı olumsuzluk taşımaktadır.

### **3.1.5. Tıbbileşen Yaşam ve Tarihi**

Bedenin şekillendirilmesi ve beden algısı ile ilgili düşüncelerin öne çıkmasıyla birlikte fiziksel benlik de büyük bir öneme sahiptir. Tüketim toplumunun gelişmesiyle birlikte bireylerde bedene ilişkin tüketim alışkanlıklarının gelişmeye başladığı ve bununda özellikle tıp alanında olduğu görülmektedir. Toplumlar modernleştikçe modaya olan bağlılık artmakta, beden imgesi öne çıkmakta ve diyet, egzersiz, cerrahi veya ilaç tedavisi gibi bedenin şekillendirilmesine yardımcı faaliyetler önemli hale gelmektedir.

Bedenin şekillendirilmesi ve bedene bağlı güzellik algısı yıllar içinde toplumlara göre değişmektedir. Hem bireyler hem de toplumlar kendi kültür, yaşayış ve alışkanlıklarına göre güzel ve ideal beden algısı oluşturmakta ve bireylerin bu bedene sahip olup olmamasına göre toplum içerisindeki yeri belirlenmektedir (Askedaard, Jensen, & Holt, 1999, s. 331-336). Mesela; ilk çağlarda güzellik algısı kilo ile ölçülmekte yani kadın ne kadar kiloluysa o ölçüde güzel olarak değerlendirilmektedir. Buna karşın günümüzden 70-80 yıl önce ideal vücudun balıketi tabir edilen orta kilolu vücut tipi olduğu görülürken, 2000'lerde sıfır bedenin öne çıktığı görülmektedir. Bedenle ilgili algılar değiştikçe de Bocoock (1997) unda dediği gibi obezite ve zayıflama ile ilgili konular sürekli gündeme gelmekte, yani tıbbileşen yaşamın etkileri hissedilmektedir. Zaman içerisinde değişen beden algısı yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Buna örnek verecek olursak 1-2 yaşındaki çocuklar kendisini diğer bireylerle karşılaştırmaya başlarken, 5 yaşına geldiğinde kendini ve diğer bireyleri kilolarına göre değerlendirmektedir.

Rose (1994, s. 54) ilk çağlardan günümüze dek gelen bireyler ve toplumların beden ile olan ilişkisini değerlendirdiğinde tıbbi çalışma ve politikaların toplumu etkilediği ve toplumlara yol gösterici olduğunu belirtmektedir. Foucault (2001, s. 134) buna ek olarak tıbbın yaşam ve bedene ilişkin teknolojik gelişmelerin temeli olduğunu söylemektedir. Aynı eserinde Foucault (2001, s. 134) tıp ve yaşamı birleştirdiği biyotarih kavramının

temellerinin 18. yüzyılda atıldığını da belirtmektedir. 18. yüzyılda günümüze gelene dek geçen süreçte öncelikle modernleşme sürecinde sağlık ve beden ile ilgili toplum yararı gözetilerek tıp mesleği ortaya çıktığı görülmektedir. Bu meslek alanının ortaya çıkmasıyla birlikte de ölüm ve ruhani olaylarla ilgilenen din adamlarına karşı vücudun sağlığı ile ilgilenen bir bilimin ortaya çıktığı görüşü önem kazanmaktadır (Foucault, 2006, s. 54). Tıp biliminin ortaya çıkışının ardından bu bilim dalının kurumsal hale gelmesi ve dolayısıyla beden ve nüfus kavramlarının yeni bir mana kazanmasıyla tıbbi anlamda yeni bir süreç başlamaktadır. Yaşam tıbbileştikçe beden ile ilgili bilgiler çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından yaygınlaştırılmaktadır. Böylece toplumsal bir konsensüs oluşmakta ve modern tıp bedeni toplumun öznesi haline getirmektedir. Beden, tıp ve kurumsallaşmayla ilgili bilgilerin bireylere kolay ulaşmasıyla birlikte sağlık kavramının anlamında da bazı değişiklikler olmaktadır. Sağlık sadece hastalıkların tedavisiyle ilgili olmayıp sağlıklı yaşama ile ilgili tüketim kavramları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunun sebebini Vigarello ve Holt (2011, s. 290) sağlık kavramının sürekli değiştirilip, geliştirilmesine bağlamaktadır. Sağlıklı bir yaşam düşüncesinin gelişmesiyle birlikte bireyler tedaviden ziyade sağlıklı beslenme ve düzenli egzersize yönelmektedir. Yani bireyler daha iyi görünme gayreti içerisine girmektedirler (Coward, 1989, s. 22).

### **3.1.5.1. Obeziteye karşı alınması gereken önlemler**

Birçok kronik rahatsızlığın sebebi olan obezitenin önlenmesinde bireyin kendisi, sağlık personeli ve politika belirleyicilerin uyum içerisinde çalışması ve alınacak önlemlerin çocukluk çağından başlayarak ömür boyu devam ettirilmesi gerekir. Aksi takdirde uygulanan kamu politikaları olumsuz sonuçlanarak ilerleyen yaşlarda obezite ve obezitenin sebep olacağı birçok kronik hastalığı meydana getirecektir.

Obezite ile mücadelede öncelikle bireylere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları kazandırılması gibi davranış değişiklikleri ile bireyin iyi bir hayata sahip olması amaçlanmaktadır (Carlisle, Gordon, & Sothern, 2005, s. 34-41). İyi bir hayat sürdürülmesi için de gerekli olan şey yaşam tarzında değişiklik yapılmasıdır. Bu da ancak bireylerin iş ve özel hayatlarının belirli bir düzen içerisinde olmasıyla mümkündür. Mesela; hiç spor yapmayan veya sürekli oturarak çalışan bir birey için biraz egzersiz yapmak, sürekli yağlı ve alkollü besinler tüketen bireyler için beslenme alışkanlıklarında



belirli değişiklikler yapılması yaşam tarzında değişikliğin ilk aşamasıdır. Bu yüzden özellikle obezite ile mücadelede yaşam tarzında yapılacak ufak değişiklikler bile büyük ölçüde önemlidir. Kamu politikaları, obezite ile mücadelenin ilk aşaması olan bu kısımda devreye girmektedir. Kamu erkinin halka sunduğu ve uygulamaya koyduğu çeşitli politikalar bireylerin, alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirmeye başlaması için teşvik edicidir. Bunun için halka açık yürüyüş yolları, spor alanları, sağlıklı besin atıştırma mekânlarının yapılması bireyleri teşvik etmek için ilk aşama olabilir.

Obezitenin tedavisinde veya önlenmesinde ilk basamak diyet tedavisidir. Diyet tedavisi kişiye özgü hazırlanmakta ve bireyin özelliklerine göre şekillenmektedir. Diyet tedavisi hazırlanıp uygulanırken kamu erki, sağlık çalışanları ve birey birliktelik içinde olmaktadır. Sağlık çalışanları tedaviyi planlarken, kamu erki uygulamaya geçirdiği politikalarla bireyin tedaviyi yapmasını kolaylaştırmakta ve bireyi teşvik etmektedir.

Çocukluk çağı obezitesinde hedef çocuğun zayıflatılması değil sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinerek ilerleyen zamanda boya göre kilo oranını normal düzeye getirmektir. Böylece çocuk boyu uzadıkça hedeflenen kiloya ulaşacak ve yanı sıra sağlıklı beslenme alışkanlıklarını edinip hayatı boyunca düzenli ve sağlıklı beslenerek hem obeziteden hem de diğer hastalıklardan korunacaktır. Burada birey ve sağlık personelinin yanı sıra özellikle Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığına büyük rol düşmektedir. Günün büyük kısmını okulda geçiren çocuklar için okullarda beslenme eğitimi verilmesi, kantinlerde sağlıklı besinlerin yer alması, her gün beden eğitimi derslerine yer verilmesi gibi uygulamalarının iki kamu erki tarafından koordineli şekilde uygulanması çocukların sağlıklı bir yaşama sahip olmasının ve sağlıklı alışkanlıklar edinmesinin ilk basamağıdır.

Adölesan çağda diyet tedavisi çocukluk çağa göre daha zor olmakla birlikte, bu çağda özellikle fiziksel görünüşe özen gösterme çabası ve çevresel olumsuz faktörler bireylerde içe kapanma gibi psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla bu dönemde artan enerji ihtiyacıyla diyet programını dengelemek ve bireyi kilo verdirirken gelişim açısından olumsuz etkilememek önemli olacaktır. Bu yüzden adölesan dönemde bireylere hem sağlıklı beslenme alışkanlıkları edindirilmesi hem de vücut ağırlığı istenilen düzeye düşürülmesi istenir. Burada sağlık personelleri ve bireylerin karşılıklı çalışmalarının yanı sıra adölesan grup için hazırlanan politikalar önem arz eder. Mesela bu yaş grubundaki bireyler için okullarda sağlanacak psikolojik rehberlik hizmetleri, bireylere hareketli yaşamı teşvik edici spor alanları, sağlıklı beslenme eğitimleri ve bireylerin

dışlama ile dışlanma dürtülerini yok ederek sosyalleşmelerini sağlayacak organizasyonların yapılması gençlerin her yönden iyilik hali içerisinde olmasına önayak olabilir.

Yetişkin dönemde diyet tedavisi bireyin çeşitli kişisel öyküleri ve besin tüketimi alınarak kişiye özgü oluşturulup, yerleşmiş olan yanlış beslenme alışkanlıklarının sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla yer değiştirmesi sağlanır. Sağlık Bakanlığı koordinesinde hazırlanan Toplum Sağlığı Merkezleri'nde hazırlanan beslenme eğitimi, hareketli yaşam aktiviteleri gibi projeler ile yetişkin bireylerin diyet tedavisi desteklenmektedir.

Obezitenin tedavisinde diyet tedavisinin yanı sıra egzersiz, fiziksel aktivite alışkanlıkları da büyük önem taşımaktadır. Sedanter bir yaşama sahip olan bireylerde obezite görülme sıklığı oldukça fazladır. Dolayısıyla hareketsiz bir yaşam obeziteyi arttırdığı gibi birçok kronik hastalığında habercisidir.

Obezitenin tedavi yöntemleriyle ilgili yapılan birçok çalışmada sadece diyet tedavisi ile fiziksel aktiviteyle birlikte yapılan diyet tedavisi karşılaştırılmış ve fiziksel aktiviteyle birlikte yapılan diyetin BKI' de daha fazla azalmaya neden olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel aktivitenin diyet tedavisinde olduğu gibi yaşam tarzı haline gelmesi sağlık açısından önemlidir. Çünkü fizikse aktivite ile vücut yağ kitlesi azalırken, vücut yağsız kitlesi sabit kalmaktadır. Dolayısıyla düzenli yapılan ve yaşam tarzı haline getirilen fizikse aktivite ile obezite önlenmekte ve kilonun sabit tutulması kolaylaşmaktadır (Atalay & Kutsal, 2000, s. 537-548). Günlük harcanan enerjinin artırılması açısından yapılan fiziksel aktivite için özellikle kısa mesafeli yerlerde taşıtları kullanmak yerine yürümek, asansör kullanma yerine merdiveni tercih etmek, özellikle elektronik cihazların başında çok fazla vakit harcamamak gibi günlük alışkanlıklarımızı değiştirmek fiziksel aktivitenin artırılması açısından önem taşımaktadır (Öztora, 2006, s. 11-14).

Davranış tedavisi obezitenin önlenmesinde her aşamada önemli ve kalıcı çözüm bulmak içinde şarttır. Obezitenin tedavisinde bireylere hem sağlıklı beslenme alışkanlıkları hem de uygun fiziksel aktivite alışkanlıkları edindirmek için davranış tedavisi bir kaçınılmazdır. Bireylerde davranış tedavisinin yapılabilmesi için diyetisyenler, psikologlar ve spor eğitmenleri birlikte çalışılmaktadır. Bireyler için bazı belediyelerde yapılan ücretsiz spor eğitimleri gibi projeler, sağlıklı beslenme eğitimleri ve kamu erkinin desteğiyle bireylere sağlanacak ücretsiz kişisel ve grup terapileri uygulamaları davranış tedavisinin olumlu sonuçlanması açısından önemlidir.

Teknolojinin artmasıyla birlikte güzellik kavramının değişmesine istinaden çocukluk çağından itibaren bireylerde değişen güzellik algısı obez bireylerde depresyon gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıkların oluşmasını sağlamaktadır. Özellikle çocukluk ve adölesan dönemde sosyal çevreden dışlanma, tembel olarak değerlendirmeler yüzünden bireylerde oluşan psikolojik baskılar nedeniyle bireylerde ciddi bir davranış tedavisi yapılmalıdır. Davranış tedavisi yoluyla bireylere kalıcı alışkanlıklar kazandırılmasıyla birlikte bireylerde obeziteye köklü bir çözüm getirildiği yapılan çalışmalarda tespit edildiği görülmektedir (Daniels, 2005, s. 589-594).

Davranış tedavisi uygulanan bireyde bireye uygun diyet programı uygulanır ve bireyden tükettiği besinleri gün gün kaydetmesi istenir. Bunun yanı sıra düzenli aralıklarla ağırlık takibi yapılır ve bireye besin tükettiği ortamda herhangi bir dikkat dağıttığı öğe olmaması söylenir. Ayrıca öğünler arası atıştırmalar yasaklanır ve fiziksel aktivitenin artırılması için uygun program hazırlanır. Bu direktifler doğrultusunda da birey verdiği kilo başına ödüllendirilir (Pehlivantürk, 2000, s. 574-581).

Obezitenin tedavisinde başka bir uygulama ise ilaç tedavisidir. İlaç tedavisi diyet tedavisine cevap vermeyen bireylerde uygulanmaktadır. Hastane ortamında bireylerin sağlık ve hastalık durumlarına göre verilen çeşitli ilaçlarla obezitenin giderilmesi amaçlanmaktadır. Özellikle yetişkin bireylerde uygulanması uygun olan bu yöntem çok mecbur kalmadıkça çocuk ve adölesan bireylerde uygulanmamaktadır (Paole & Robert, 2002, s. 168-179).

Obeziteye ilişkin ilaç tedavisinde iştah kesici ilaçlar, termojenik ilaçlar, gastrointestinal etkili ilaçları ve hormon ilaçları kullanılmaktadır. Bu ilaçların ortak özellikleri arasında vücut yağ kitlesini hedef almaları ve yeme isteğini azaltmaları gösterilmektedir (Yanovski, 2001, s. 1041-1053).

Obezitede cerrahi tedavi en son aşamada tercih edilen uygulamadır. Obez bireylerde ilk önce diyet ve egzersiz tedavisi uygulanmakta, buna cevap alınamadığı durumlarda ilaç tedavisine başvurulmaktadır. Eğer tüm bu tedavilerde sonuç alınamazsa ve bireyin yapılan bazı tetkiklerde durumu cerrahi tedaviye uygun ise bu yöntem tercih edilmektedir. Fakat cerrahi tedavi yöntemini uygulanması oldukça riskli ve ciddi komplikasyonların gelişebileceği bir yöntemdir. Bu yüzden hasta seğilirken birçok etmen göz önünde bulundurulmalıdır (Organ, Kessler, & Lane, 1984, s. 589-593).

Cerrahi tedavi uygulanmadan önce obez bireyin vücut ağırlığının olması gereken ideal vücut ağırlığının en az iki katı olduğu ve bu durumun en az iki yıldır devam ettiği tespit edilmelidir. Bu tespitten ardından bireyin diyetisyen kontrolünde en az bir yıl süreli diyet tedavi uygulaması ve yetersiz olduğu tespit edilmelidir. Ciddi bir operasyon olacağı için bireyin obezite dışındaki hastalıkları özenle tespit edilmekte ve ameliyat öncesi gerekli tetkikleri yapılmaktadır. Bunların yanı sıra hastaya tüm bu durumlar anlatılmakta ve hastanın operasyona hazır hissetmesi gerekmektedir. Operasyon öncesi ve sonrası psikolojik destek uzmanlar tarafından sağlanmaktadır (Karnak, 2000, s. 554-573).

Ciddi sağlık sorunlarını ardından getirebilecek bir yöntem olan cerrahi tedavi, yöntem olarak günümüzde uygulaması artmakla birlikte ameliyat sonrası ilerleyen süreçlerde karşılaşılabilecek komplikasyonlarının tam anlamıyla belirlenmemesi açısından çok önerilmemektedir (Silver, Randolp, & Robbins, 1986, s. 318-322).

### **3.2. Biyopolitika: Beden ve Nüfus Politikaları**

Yakın dönemde literatüre kazandırılan bir kavram olan biyopolitika en kısa tabirle nüfus ve beden politikaları şeklinde açıklanabilir. Foucault (2007, s. 105) eserinde biyopolitika ve biyoiktidar kavramlarından bahsetmektedir ve yaşam, tarih ve siyasetin aslında bir bütün olduğunu, modern toplumlarda siyasetin bireyler yani nüfus üzerinden düzenlendiğini belirtmektedir. Yani Foucault (2007, s. 105) politika ve siyasi hareketlerin yaşamdan temel aldığını ve yaşama bağlı şekillendiğini söylemektedir ve iktidarı ve siyaseti anlamının en önemli yolunun biyopolitika olduğunu vurgulamaktadır. Foucault'a ek olarak Lemke (2013, s. 54) insan ile doğa arasındaki bilimsel olayların politik mecrada yer bulmasına biyopolitika denildiğini belirtmektedir.

Biyopolitikadan bahsedildiğinde nüfus olarak adlandırılan şey yaşam kazanmakta yani tıbbileştirilmektedir. Buna örnek olarak nüfusla bağlantılı olarak mortalite ve morbidite sıklıkları, beklenen ve ortalama yaşam süresi, bireylerin ve toplumların sağlık düzeyleri, beslenme durumları, gibi veriler toplumsal tıbbi verilerini oluşturarak nüfus kavramını sadece sayısal veri olmaktan çıkarıp nüfusa hayat vermektedir. Böylece siyasal katılımında ve politika belirlemede bireysel ve toplumsal tıbbi veriler öne çıkmaktadır (Foucault, 2007, s. 102-103). Bu bağlamda biyopolitika ile bedenin anatomo-politikası arasında bir bağlantı bulunmaktadır. Öyle ki her iki politika kavramı birbiri üzerinde şekillenmekte ve birbiriyle bağlantılı olarak belirlenmektedir (Foucault, 2004, s. 256).

Bozok (2011, s. 44) ise biyopolitikadan bahsederken sağlıklı yaşam kavramına vurgu yapmakta ve bu yüzden de beden imgesinin he zaman gündemde kalması gerektiğini söylemektedir. Ayrıca sürekli gündemde kalan bedenin tıbbi ve dolayısıyla biyoiktidar ve biyopolitikayı şekillendirdiği de su götürmez bir gerçektir. Tıp alanı biyopolitika kavramının ve modern toplumların gelişmesiyle birlikte genişlemekte, sağlıklı beden ve sağlıklı yaşam kavramı sadece fiziksel sağlık yani hastalığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan her alanda tam bir iyilik haline sahip olunması anlamına gelmektedir (WHO, 2016). Bu yüzden de tıp yaşamın tüm alanlarına nüfuz etmekte ve siyaset ve politikayı yaşamın her alanına dâhil etmektedir (Foucault, 2006, s. 56-57). Bedenin şekillendirilmesi ve sağlıklı yaşam kavramlarıyla doğrudan ilişkili biyopolitikanın obezite ile de doğrudan ilişkili olduğu tüm bu bilgiler karşısında kolayca görülmektedir. Özellikle bir halk sağlığı sorunu olan obezite ile mücadelede hem kamu erkinin hem de siyasi erkin birlikte hareket ederek çözüm yolu bulması önemlidir.

### **3.2.1. Türkiye’de Sağlıklı Yaşam ve Obezite ile İlgili Yürütülen Kamu Politikaları**

Gün geçtikçe gelişen teknoloji nedeniyle tüketilen hormonlu ve GDO’lu besinler, hava ve su kirliliği gibi çevresel etmenler nedeniyle bedensel zehirlenmeleri içme suyu, genetik ve hormonal faktörler gibi birçok etmenin yanı sıra bireylerin sağlıksız ve bilinçsiz beslenmesine bağlı olarak obezite prevalansı artmaktadır. Çocukluk çağından başlayan ve birçok kronik hastalığı da beraberinde getiren obezitenin önlenmesine ilişkin çalışmalar Türkiye’de başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere farklı kamu kurumlarında yapılan uygulamalar tedaviden çok önlemeye yönelikken Sağlık Bakanlığı’nın uygulamaları hem tedavi hem de önlenmesine yöneliktir.

Obezite ile savaşın tedaviden çok önlemeye yönelik olması bu sağlık sorunun ciddiyetinin boyutunu açıkça göstermektedir. Bu bağlamda gelişmiş ve gelişmekte olan devletler; ülkelerinin sağlık politikaları arasına obeziteyi de dâhil etmekte ve çeşitli uygulamalar ve projeler yapmaktadır.

### 3.2.1.1. Okul sağlığı alışmaları

Türkiye’de okul sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar 1912 yılına kadar gitmektedir. Yıllar içerisinde çeşitli uygulamalar ve projelerle okul ağı çocuklarının sağlığını korumak ve geliştirmek adına çalışmalar sürdürülmüştür.

Obezitenin önlenmesiyle ilgili alışmalar “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı”nın 29/09/2010 tarihinde başbakanlık genelgesi olarak yayımlanmasıyla birlikte “Okullarda Obezite ile Mücadelede Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Düzenli Fiziksel Aktivite Alışkanlığının Kazandırılması” bölümü altında okul ağı çocuklarının sağlığını korumak ve iyileştirmek maksadıyla birçok uygulama yapılmaktadır (Irmak, Torunoğlu, Yardım, & Keklik, 2010).

Çocukluk ağındaki bireylere öncelikle sağlıklı beslenmenin öneminin benimsetildiği programlar ve uygulamalar hazırlanmaktadır. Bireylere sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve böylelikle başta obezite olmak üzere diğer birçok kronik hastalıktan korunmanın önemini benimsetmek amacıyla okullarda

- Okul sütü uygulaması
- Okullarda kuru üzüm dağıtım programı
- Beyaz bayrak projesi
- Beslenme dostu okul
- Okul kantinlerinin düzenli aralıklarla denetim ve kontrolü

gibi çalışmalar yapılmakta, böylelikle bireylerde çocukluk çağından itibaren sağlıklı bir hayat için sağlıklı beslenme alışkanlıkları edindirilmesi amaçlanmaktadır.

#### 3.2.1.1.1. Okul sütü programı

Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ve Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ortaklığıyla gerçekleştirilen okul sütü programı 2011-2012 eğitim ve öğretim yılında başlatılmış ve 2017-2018 eğitim öğretim yılında 8. kez olmak üzere anaokulu öğrencilerinden ilkokul son sınıf öğrencilerine kadar büyük bir yelpazede uygulanmaktadır. Proje kapsamında 6.012.130 öğrenciye haftanın 3 günü 200 ml olacak

şekilde UHT süt dağıtıldığı ve projenin 08/02/2016 tarihinde Köy Hizmetleri İlkokulu'nda yapılan bir tören ile başladığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

İlkokul çağındaki çocuklarda okul sütü programının amacı gelişme ve büyüme çağı olan çocukluk döneminde yeterli ve dengeli beslenmeyi alışkanlık haline getirip sağlıklı yetişkinler yetiştirerek birçok kronik hastalık dâhil özellikle obezitenin önüne geçmeyi sağlamaktır. Çünkü günümüzde teknolojinin artması, kadınların çalışması ve besine ulaşılabilirliğin kolaylaşması özellikle çocukluk döneminde fast-food olarak adlandırılan besinlerin tüketimini arttırmakta, besin ögesi içeriği yüksek ve sağlıklı besinlerin tüketimini azaltmaktadır. Bu durumda da obezitenin görülme sıklığı oldukça yükselmektedir. Obezite gün geçtikçe küresel bir sorun haline gelmekte mücadelesi de o denli zorlaşmaktadır. Obezite ile mücadelede en etkili yöntem obezitenin oluşmasını engellemektir. Bu yüzden devletin hazırladığı kamu politikalarında halk ile birlikte yürütülebilecek yani iş birliği halinde gerçekleştirilebilecek nitelikte olmasına özen gösterilmektedir. Bu yüzden okul sütü programı çocuklara sağlıklı gıdaları sevdirmenin yanı sıra, kamu kurumları, veliler ve öğrenciler ile işbirliği içerisinde yürütülebilecek ve hem obeziteden korunmaya yardımcı hem de sağlık beslenme alışkanlıklarını özendirici bir programdır. Bu proje ile bireylere çocukluk çağından itibaren süt tüketiminin önemi benimsetilip bireylerin günlük ihtiyacı olan besin ögesi ihtiyacının bir kısmı karşılanmaya çalışılmaktadır. Program kapsamında şu anda kadar 1,5 milyar kutu süt çocuklara dağıtılmış ve 2018 eğitim öğretim yılı sonunda bu miktarın 1 milyar 750 milyon kutu sütü geçmesi planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Okullarda dağıtılan kutu sütün besin öğeleri içeriğinin 8 yaşındaki bir erkek çocuğun günlük besin öğeleri ihtiyacını karşılama miktarları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir.

Besin ögesi	Karşılama yüzdesi (%)
Enerji	7
Protein	19
Kalsiyum	27
Fosfor	38
Çinko	8
B1 Vitamin	10
B2 Vitamini	46
B12 Vitamini	38
A Vitamini	11

**Tablo 3.4:** Kutu sütün 8 yaşındaki erkek çocuğun günlük ihtiyacını karşılama oranı (%)

Tabloda görüldüğü üzere 200 ml kutu süt tüketimi; çocukluk çağındaki bir bireyin günlük besin öğeleri ihtiyacının önemli kısmını karşılamaktadır. Özellikle B2 vitamini ihtiyacının yarısını karşılamaktadır. Burada bazı veliler özellikle sosyal medya, internet ve diğer iletişim araçlarındaki duyularına dayanarak kutu sütün faydalı olup olmadığı konusunda ikilemede kalmaktadır. Mesela Aydın (2010) yaptığı bir röportajda kutu sütün ısıtılma işleminden geçirildiğinde faydadan çok zararlı bir besin maddesi haline geldiğini belirtmektedir. Fakat bu söylemler incelendiğinde bilimsel bir kanıtın olmadığı açıkça görülmektedir. Buna örnek olarak beslenme uzmanı Dönmez (2012) bir röportajında yapılan bilimsel çalışmalara göre ısıtılma işleminden geçirilmiş kutu sütün günlük açık süte göre besin değeri ve mikrobiyolojik açıdan daha faydalı olduğunu kanıtlandığını belirtmektedir.

Okul sütün programı öncelikle Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde uygulanırken daha sonra dünya genelinde uygulanmaya başlamış veya hâlihazırda yürürlükte. İlk olarak Çin'de başlayan programın zaman içerisinde birçok dünya ülkesinde devlet politikası haline getirildiği bildirilmektedir. Çin'de yapılan sağlık ve beslenme araştırmaları sonucunda 1990'lı yıllarda kişi başı yıllık süt tüketiminin 6 litre olduğu tespit edilmiş bunun üzerine diğer ülkelerle yapılan kıyaslamalar sonucunda 1999 yılında sağlığın geliştirilmesi amacıyla okul sütün uygulamalarına başlandığı görülmektedir. Uygulama yıllar içerisinde geliştirilerek devam etmektedir. Bu uygulama sürecinde 2009 yılında yapılan bir araştırmada 3 yıl düzenli okul sütün uygulamasında faydalanan çocuklarda 1,2 cm boy ve 0,6 kg ağırlık artışı gözlemlendiği belirtilmektedir. Ayrıca programın gün geçtikçe



uygulama alanının arttığı belirlense de hali hazırda çocukların %15'lik kısmına ulaşılabildiği görülmektedir (Chairman, 2006).

2012 yılına gelindiğinde Çin'de yaklaşık 18 milyon çocuğun okul sütü uygulamasında yararlandığı görülmektedir (OkulSütü, 2015). Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü' nün (FAO) de desteklediği okul sütü uygulamaları ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. En büyük farklılık sütün teminindeki parasal gücün ne olduğudur. Bazı ülkelerde uygulama için gerekli fon tamamıyla devlet tarafından sübvans edilirken bazı ülkelerde süt fiyatlarında belirli indirimler uygulanarak ücretlerin veliler tarafından karşılanması uygulamasına gidilmektedir. Arjantin, Moldova ve Güney Afrika gibi ülkelerde düşük gelirli ailelerin çocuklarına süt tamamen ücretsiz dağıtılmakla birlikte Finlandiya, Portekiz, İsveç ve Tayland'da ilköğretim eğitimi sonuna kadar süt okuldaki tüm çocuklara ücretsiz dağıtılmaktadır. Buna karşın Almanya, İzlanda ve Avusturya' da okul sütü programında dağıtılan sütler %33,3 indirimli fiyat ile çocuklara satılmaktadır (Griffin, 2004, s. 1-10). Burada her türlü uygulamada sakıncalar bulunmaktadır. Fiyat indirimi ile çocuklara ulaşan süt düşük gelirli ailelerin çocuklarına ulaşamayabilir. Bunun yanı sıra tüm maliyeti devletin karşıladığı bazı ülkelerde ise yıllar içerisinde fon eksikliği görülebilmektedir ve bunun sonucunda da Kenya örneğinde olduğu gibi 1989 yılında 44 milyon litre dağıtılan süt miktarı 1997' ye gelindiğinde 3 milyona düşebilmektedir (Cherono, 2005, s. 1-11)

Tüm bu uygulamaların ışığında programın amaçlarını gerçekleştirip gerçekleştirmediği her ülkede yapılan çeşitli araştırmalar ile ortaya konmaktadır. ABD'de okul öncesi yaşta başlayıp en az 10 yıl okul sütüne devam eden çocuklarda deri altı yağlanmasının daha az olduğu ve bireylerin kilo alımında yağ artışının çok az olduğu tespit edildiği görülmektedir. Japonya'da yapılan bir araştırmada ise okul sütü uygulamasından yararlanan çocuklarda görülen kalsiyum eksikliğinin %25,5 olduğu fakat bu uygulamadan yararlanmayan çocuklarda görülen kalsiyum eksikliğinin %67 olduğu görülmektedir. Meksika'da özellikle kahvaltı öğününde uygulanan program kapsamında yapılan bir araştırmada uygulamadan faydalanan çocukların derslerine daha fazla odaklanabilen ve daha iyi oynayıp dinlenebilen çocuklar olduğunun tespit edildiği belirtilmektedir. Tayland'da ise yapılan araştırmalar okul sütü uygulamasından sonra %10'larda olan yetersiz beslenme oranının %5'lere kadar düştüğünü göstermektedir. Ayrıca çocuklarda ortalama 3 cm boy artışı görülürken, 1987 yılında kişi başı süt tüketimi 2 litre olan ülkede

2003 yılına gelindiğinde 23 litreye çıktığı belirlenmektedir. Fas' ta yapılan başka bir araştırmada ise A ve D3 vitamini ile zenginleştirilmiş sütün uygulamada kullanılmasıyla birlikte ülkede görülen akut malnutrisyonun yarı yarıya azaldığı, çocuklarda konsantrasyon bozukluğunun ve A vitamini eksikliğinin giderildiği tespit edildiği görülmektedir (Griffin, 2004, s. 1-10)

Okul Sütü Programı Türkiye'de olduğu gibi dünyadaki birçok ülkede farklı yöntemlerle de olsa uygulanmaktadır. Programın çıktıları her ülkede kendi sosyo-ekonomik ve bireylerin sağlık göstergelerine göre farklılıklar göstermektedir. Özellikle sağlıklı bir gelişimin önemli bileşenlerinden olan sütün Fas örneğinde olduğu gibi malnutrisyonun<sup>3</sup> tedavisine, Tayland veya Çin'de olduğu gibi bodurluk oranının azalmasına ya da ABD'de olduğu gibi yağlanmanın azalmasına birçok önemli faydası bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar ile uygulama verileri karşılaştırıldığında uygulamanın eksiklikleri ve olumlu yönleri ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de ise yapılan okul sütü uygulamaları 8. yılın içerisinde yer almaktadır. Fakat 8 sene içerisinde okul sütü dağıtımını çocuk sağlığı açısından değerlendiren yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (Özcebe, Bosı, Yardım, Yardım, & Gögen, 2016) (COSI-TUR 2016) Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı seçilen okulların 2. Sınıf öğrencileri üzerinde uygulanan bir araştırmadır. Özel Eğitim ve Uygulama Merkezlerindeki öğrenciler araştırma kapsamından çıkartılarak örnekleme 25.019 okul katılmaktadır. Araştırma kapsamında çocukların ve ailelerin beslenme ve sağlık durumları tespit edilmeye çalışılmaktadır (Özcebe, Bosı, Yardım, Yardım, & Gögen, 2016). Boy, ağırlık, BKİ değerlerine ilişkin verilerin yer aldığı COSI-TUR 2016 sonuçları okul sütü uygulamalarını değerlendirmek için yeterli değildir. Çünkü okul sütü uygulaması hem okulların sadece 2. yarıyılında, haftada 3 gün ve ilköğretimin her kademesinde dağıtılmaktadır hem de programın uygulandığı okullar velilerin izinleri doğrultusunda Millî Eğitim Bakanlığı tarafından seçilerek belirlenmektedir. Dolayısıyla hem Türkiye'deki tüm okullar uygulamaya katılmamaktadır hem de yılın sadece çok kısa bir zamanında dağıtılan süt çocukların boy, kilo ve BKİ'lerini etkilememektedir. Ayrıca araştırma kapsamında 2. Sınıf öğrencilerinin tercih edilmesi, bu öğrencilerin araştırma

---

<sup>3</sup>Malnutrisyon; beslenmenin içerik veya miktar açısından yetersiz olması sonucunda, vücudun gereksinimlerine karşın, sağlanan enerji ve besin öğelerinin yetersiz kalmasından kaynaklanan klinik durum (Baysal, 2002a).

zamanına kadar sadece bir dönem okul sütü tüketmiş olmaları okul sütü programının değerlendirilmesi açısından yeterli değildir.

Süt besinsel değerinin yüksek olmasının yanı sıra yüksek protein içeriğinden dolayı kolay bozulabilen, içerisinde kısa sürede patojen mikroorganizma üremesine müsait bir besindir. Özellikle toplu tüketim yapılacak zamanlarda son tüketim tarihinin iyi kontrol edilmesinin yanı sıra, sütün nakliyesi sırasında soğuk zincirin bozulmaması ve uzman kişiler tarafından süttten alınan örnekler ile kısa süre içerisinde sonuç alınabilen tazelik testlerinin yapılması okul sütü programında yaşanabilecek sorunları en aza indirmenin en önemli yoludur. Ayrıca programın uygulanmasında görevli kurumlardan kurulan uzman kişilerden oluşan denetim ekiplerinin sütün temininden tüketimine kadar geçen sürede yapılan her aşama ile ilgili tutulan kayıtların denetlemesi çok önemlidir. Çünkü süt tüketiminden kaynaklı besin zehirlenmelerine sıklıkla rastlanılmaktadır. Şöyle ki okul sütü programı ilk başladığı yıl olan 2012 yılında birçok ilde zehirlenme vakaları ile karşılaşıldığı ve bu vakalar çeşitli yayın organlarındaki yerini aldığı görülmektedir. Mesela 2012 yılında Sivas'ta okulda dağıtılan sütleri tüketen yaklaşık 500 çocuğun fenalaşarak hastaneye kaldırıldığı ve bunu takiben süt dağıtımının bir süre durdurulduğu belirtilmektedir (NTV, 2012). Aynı şekilde Denizli'de 2015 yılında dağıtılan okul sütünü tüketen yaklaşık 20 öğrencinin zehirlendiğinin belirlendiği görülmektedir (EğitimAjansı, 2015). Bunun gibi örnekler arttırılabilir.

Çalışmanın ilk bölümünde de belirtildiği üzere kamuda denetim mekanizması ve yaptırım gücü hem bireylerin hem de kurumların yapması gereken görevleri eksiksiz yerine getirmesini sağlayan en önemli aşamadır (İbiş & Çatıkkaş, 2012, s. 97). Denetimin dinamik olduğunu belirten Newman (1979) önceden planlanan uygulamaların uygulama sürecinin sonunda hangi düzeyde uygulandığını belirleyen bir süreç olduğunun belirlenmesi olarak tanımlarken, Daft (1997, s. 628) planlanan uygulamaların plan ve performansa göre hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda Okul Sütü Uygulamalarının denetiminde özellikle yerindelik denetimi göze çarpmaktadır. Çünkü (Yılmaz, 2007, s. 115) yerindelik denetiminin hukuksal denetimin yanı sıra planlanan uygulamaların kamuya yararı ve veriminin ölçülmesi anlamına geldiğini belirtmektedir. Aynı şekilde Özkan (1995, s. 115) yerindelik denetiminin hukuka uygunluk denetiminde eksik kalan kısımların denetlenmesi için uygulanan prosedürler olduğunu söylemektedir. Bu aşamada kamusal denetimin özellikle önemli olduğu

programda hem uygulamada kullanılan ham madde olan sütün besinsel parametrelerinin kontrol ve denetimi hem de özellikle okullarda tutulan form ve tutanak gibi belgelerin, görevli bireylerin denetimi programın amacına ulaşmasını sağlayacak en önemli adımdır. Fakat özellikle sütün tazelik ve hijyen aşamasındaki denetimindeki görevli personel konusunda uzman bireyler tarafından yapılmamaktadır. Çünkü Okul Sütü Programı Uygulama Tebliği'nin (2017) 4. Maddesinde belirtildiği üzere temin edilen sütün muhafazası, kontrolü ve öğrencilere ulaştırılmasında görevli olan kurul; ilgili okulundaki bir müdür yardımcısı, bir öğretmeni ve okul aile birliği başkanından oluşmaktadır. Bu durumda da sağlık ve beslenme alanında uzmanlaşmış bireylerin yapabileceği denetim daha ilk aşamada aksamaktadır. Bu durumda da tutulan kayıtlar ve formlar tam gözükse bile tutulan kayıtların güvenilirliği sorgulanır durumda olmaktadır. Dolayısıyla yönetsel ve yetkisel aksaklıklar ile denetim ve kontrol aşamasındaki eksiklikler Türkiye' de Okul Sütü Programı'nın hedeflerine ulaşip ulaşmadığı konusunda herhangi bir veri sağlayamamaktadır.

#### **3.2.1.1.2. Okullarda kuru üzüm dağıtım programı**

Sağlıklı beslenme bilincinin oluşturulması ve ara öğün alışkanlığının kazandırılması amacıyla 2015 – 2016 yılının 2. eğitim öğretim döneminde Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü ortaklığında gerçekleştirilmiştir. Proje kapsamında haftanın belirlenen 2 günü toplamda 6081649 öğrenciye 25 gramlık paketlerde kuru üzüm dağıtılmıştır (MillîEğitimBakanlığı, 2015)

Bireylerde çocukluk çağından itibaren ara öğün bilincinin oluşturulması ve dolayısıyla sağlıklı beslenmeyi alışkanlık haline getirmesiyle obezitenin önlenmesine katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirilen proje hakkındaki usul ve esaslar 8 Nisan 2016 tarihli ve 29678 sayılı Resmi Gazete'de "Okullara kuru üzüm temini ve dağıtımını hakkında belirlenen usul ve esaslar" adıyla 28/03/2016 tarih ve 2016/8719 sayılı bakanlar kurulu kararı ile yürürlüğe girmiştir (2015).

Aynı projede obezitenin önlenmesinin dışında zengin besin ögesi içeriğine sahip kuru üzüm ile bireylerin günlük ihtiyaçların bir kısmının karşılanması ve çocuklarda zihinsel aktivitelerin artırılması hedeflenmektedir (HSGM, 2016).

Sağlıklı bir ara öğün seçeneği olan kuru üzüm ile çocukların abur cubur olarak tabir edilen ve obezitenin görülmesini arttıran fast-food besinlerin tüketiminin azaltılması da diğer amaçların içinde sayılmaktadır (HSGM, 2016).

Kuru üzüm dağıtımı ile aynı amaçları güden benzer uygulamalar bazı Avrupa ülkelerinde de görülmektedir. Uygulamayı AB komisyonu “Okul Meyve Uygulaması” başlığı altında ele almakta ve 2008 yılından bu yana okullarda uygulamaktadır. 2007 yılında White Paper (Beyaz sayfa) adı altında geliştirilen stratejiler kapsamında Tarım Bakanlığı'nın uygulaması için geliştirilen programa 2015-2016 eğitim öğretim yılında 24 üye ülkenin katıldığı görülmektedir. Taze meyve tüketiminin teşviki ve fast-food gıdalardan uzak durulması amacıyla uygulama kapsamında düzenli eğitimler verilip etkinlikler düzenlenerek meyve tüketim alışkanlıklarının kalıcı olması sağlanmaya çalışılmaktadır. Uygulama belirli aralıklarla denetlenip, araştırma sonuçları irdelenerek bir sonraki yıl için eksiklikler giderilmeye çalışılmaktadır (EC, 2017).

Okullarda meyve dağıtımı ile ilgili uygulamaların çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırarak obezite ve diğer kronik hastalıklardan korunmada yardımcı olacağı bir gerçektir. Fakat Türkiye'deki uygulamada çeşitli aksaklıklar gözükmemektedir. Bunların başında dağıtılan ürün çeşidinin tek olması ve taze meyve yerine kuru meyve olmasıdır. Çünkü zaten meyve tüketim alışkanlığının az olduğu çocukluk çağında, tek düze besin dağıtımı bireylerde o ürüne karşı bıkkınlık geliştirmektedir. Ayrıca program uygulanması esnasında ve sonrasında programın geliştirilmesi adına araştırma, denetleme ve herhangi bir eğitim yapılmadığı görülmektedir. Okullara gönderilen ürünler belirli aralıklarla sadece dağıtılmakta, çocuklara bu besini neden tüketmeleri gerektiği uygun bir şekilde aktarılmamaktadır.

Çağımızda birçok ülke gibi Türkiye'de de kabul edilen “Yeni Kamu Yönetimi” kavramının benimsediği ilkelerden biri olan kamu yönetimine katılan tüm bireylerin sorumluluk alması ve uygulamanın verimliliğinin artırılmasında aktif rol üstlenmesi önem kazanmaktadır. Hâlbuki uygulama genel kapsamda değerlendirildiğinde bireylerin katı hiyerarşik yapıdan çıkamadıkları dolayısıyla hali hazırda geleneksel kamu yönetimi yöntemlerine göre sadece amirlerin vereceği direktifler doğrultusunda görev yaptıkları görülmektedir. Bu durum Eryılmaz'ın (1999, s. 58) yeni kamu yönetimi anlayışının olmazsa olmazı dediği performans, verimlilik, etkinlik ve sorumluluk ilkelerine ters düşmektedir. Görüldüğü üzere uygulama kapsamında geliştirilen stratejilerde yer alan zayıf

yönler fırsat olarak değerlendirilmektedir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışına göre direktiflerin dışında davranış sergilenmesinin bir kaos ortamı oluşturulacağı malumdur. Fakat burada kamu görevlilerini geleneksel kamu yönetiminden ziyade çift taraflı iletişimin olduğu, verimlilik ve performansın önem kazandığı yeni kamu yönetimi ve yönetim ilkelerini uygulaması gerekmektedir.

### **3.2.1.1.3. Beslenme dostu okul projesi**

Sağlık Bakanlığı ile Millî Eğitim Bakanlığı arasında 21.10.2010 tarihinde yapılan bir antlaşma ile yürürlüğe giren projede amaç sağlıklı beslenmenin ve sağlıklı yaşamın giderek artırılması ve desteklenmesidir. Proje kapsamında 2237 okul “Beslenme Dostu Okul” sertifikası almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Beslenme Dostu Okul olmak isteyen okullar programa gönüllü olarak katılmakta ve protokolün gereklerini yerine getirmektedir. Bunlar kısaca okullarda fiziksel aktivitenin artırılması için yaşlara uygun programların geliştirilmesi, sağlıklı beslenmenin önemini benimsetilmesi için önemli gün ve haftaların uygulamalı ve etkin bir şekilde yapılması, meyve ve sebze figürlerinin öğretim figürlerinde yer alması, sağlıklı yaşamı özendirme için çeşitli bilgi, resim ve kompozisyon yarışmaları yapılmasıdır. Ayrıca çocukların düzenli aralıklarla boy, kilo takiplerinin yapılarak normalin dışında gelişim gösteren çocukların velilerine düzenli olarak bilgilendirme yapılmakta ve sağlık çalışanı desteği uygulanmaktadır. Ayrıca yemek hizmeti olan okullara da ve kantinlerde sağlıklı beslenme modelleri benimsenerek menüler ona göre hazırlanmaktadır. Bu yükümlülükleri yerine getirmeyen okullar projeden çıkarılmaktadır.

### **3.2.1.1.4. Okul kantinlerinin denetimi**

10/03/2016 yılında yürürlüğe giren genelge ile okul kantinlerinde satılan tüm besin ürünleri ile kantinlerin ve tüm araç gerecin hijyenik durumların ve sağlığa uygunluğunun denetimi yapılmaktadır (Millî Eğitim Bakanlığı, 2016).

Çocuk ve gençlerde hızlı bir ivme ile artan obezite ile diğer kronik hastalıklar Millî Eğitim Bakanlığı'na böyle bir genelge hazırlama gerekliliği hissettirmiştir. Fast food tüketimin en fazla olduğu çocukluk ve gençlik döneminde hareketsiz yaşam da eklenince bireylerde obezite kaçınılmaz olmaktadır. Günün büyük kısmını okullarda geçiren çocuklar

en önemli öğünlerini buradan karşılamakta ve kantinlerde satılan fast-food veya abur cubur olarak tabir edilen gıdaları tüketmektedirler. Bu da bireyleri sağlıksız, yetersiz ve dengesiz beslenmeye yönlendirmektedir. Genelge ile bireylerdeki sağlıksız beslenme alışkanlıklarının değiştirilerek sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edinilmesine ve obezitenin de bulunduğu birçok kronik hastalıktan korunmada ve bu hastalıklarla mücadelede önemli bir pay sahibi olmaktadır (MilliEğitimBakanlığı, 2016).

Sağlığın korunmasında bireylerin olduğu kadar devlet yönetimlerinin de belirli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar hiyerarşinin üst düzey yöneticilerine halkın bilinçlenmesi ve bazı alışkanlıkları edinmesi amacıyla yasa yapma ihtiyacı hissettirmektedir. Bu kapsamda sağlığın korunması ve devamlılığı açısından alınacak tedbirlerin çocukluk çağından itibaren başlaması önemlidir. Okul kantinlerinin denetlenmesine dair hazırlanan genelge ile kantin ve yemekhanelerde sağlıksız abur cubur olarak tabir edilen besinlerin bulundurulması yasaklanmaktadır. Böylelikle de günün uzun bir vaktini okulda geçiren bireylerin önceleri çaresizlikten fakat belirli bir süre sonra edinilecek alışkanlıktan dolayı sağlıklı besinlere yönlendirilmesi amaçlanmaktadır.

### **3.2.1.2. Obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014)**

Tüm dünya tarafından kabul edilen obezite ile ilgili tüm politikalarda sağlık kavramının üzerinden yola çıkılarak 2006 yılında obezite “Avrupa Obezite ile Mücadele Bakanlar Konferansı”nda tüm detaylarıyla incelenmiş ve obezitenin önlenmesine yönelik tüm detaylar ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Bu konferans sonunda “Avrupa Obezite ile Mücadele Belgesi” konferansa katılan tüm katılımcı ülkeler tarafından imzalanmış ve obezitenin ciddi bir sağlık sorunu olduğu ve birçok kronik hastalığın öncüsü olduğu kabul edilmiştir (Besler, 2010). Konferans akabinde 2006 yılında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na “Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı” kurulmuştur.

Konferansta alınan kararlar doğrultusunda obeziteyi etkileyen birçok etmen göz önüne alınarak çeşitli eylem planları taranmış, çeşitli kamu görevlileri, akademisyenler, özel sektör çalışanlarından oluşan bir grupla çalıştay düzenlenmiş ve toplumun sosyal, ekonomik, psikolojik durumu ve ihtiyaçları göz önüne alınarak 2010 – 2014 yıllarını kapsayan “Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı” oluşturulmuş ve her açıdan kararlılık içerisinde kamu ve özel tüm sektörlerin birlikteliğinin sağlanması

hedeflenmiştir (Besler, 2010). Hazırlanan programda obezite ile mücadelede koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi ve sağlık bir yaşam için uygulanması gerekenler açıkça belirtilmiştir.

Dönemin Sağlık Bakanı tarafından düzenlenen bir basın açıklamasıyla birlikte program dâhilinde obeziteyle mücadele kapsamında hazırlanıp kamu yararına sunulan broşür ve afişler tanıtılmış ve bireylere obezitenin sağlığı bozmadaki ciddiyeti anlatılmıştır. Bu basın açıklamasında Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ bireylere konu başlığı olarak beden kitle indeksinin önemini ve nasıl hesaplanacağıyla ne anlama geldiğini, yürüyüşün sağlık ve zayıflamaya olan etkisini, diyet yaparken uzmanlara danışılması gerektiğini ve yanlış diyet uygulamalarının sakıncalarını ve ruhsatı bulunan her ilacının rastgele kullanımının doğuracağı olumsuz sonuçlardan bahsetmektedir.

Sağlık Bakanlığı bu eylem planı ile toplumu ve bireyleri bilinçlendirmek amacıyla öncelikle” Beden Kitle İndeksi” ve “Hareket Et” isimli kamu spotları hazırlamış, ardından da çeşitli bilinçlendirme afişleri yayınlamıştır. Böylelikle tüm ülkede obezite ile müdahale başlamıştır. Fakat sadece basit birer kamu spotu ile obezitenin mücadelesini yapmak ve halkı bilinçlendirmek sağlıklı bir yöntem değildir. Bunun yanı sıra halkın faydalanabileceği yürüyüş yolları, yüzme havuzları, bisiklet yollarının yapılması, bireylere ücretsiz beslenme eğitimi ve tedaviye ulaşma imkânlarının sağlanması, çarpık kentleşmenin yerine planlı ve yeşil alanların fazla olduğu şehirlerin inşasının obezite ile mücadelede daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığı hazırladığı afişlerde bireyleri obeziteye karşı porsiyonları küçültmeye ve günde 10000 adım atmaya teşvik etmektedir. Bu kapsamda ilk aktivitesini Gençlik ve Spor Bakanlığı ile Muğla Üniversitesi iş birliğinde 12 Temmuz 2012 tarihinde “Obeziteye karşı 10000 adım” sloganıyla gerçekleştirmiştir.

### **3.2.1.3. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2014-2017)**

Türkiye’de olduğu gibi dünyada da bulaşıcı hastalıklar dışında kalan grupta olan ve obezitenin de dahil olduğu grup, ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. 2008 yılında yapılan araştırmada mortalitenin %63’ünü bu gruptaki sağlık sorunlarının oluşturduğunu belirtmektedir (WHO, 2010). Bulaşıcı olmayan fakat ciddi sağlık sorunlarına hatta ölüme neden olan bu hastalık grubunun 2018 yılına kadar ölüm oranındaki payını %17 daha



arttıracığı öngörölmüştür. Eylem planında belirtildiğı gibi obezitenin de aralarında bulunduğı bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunda bulunan tüm sağık problemlerine çözüm bulunmalı ve bireylerde kalıcı her yönden iyilik hali oluşturulmaya çalışılmalıdır. Aksi takdirde Türkiye’de olduğı kadar tüm dünyada ekonomik kalkınmayı ve gelişmişliğı engelleyen çok büyük bir küresel yük olarak ulusları ve tüm dünyayı derinden etkileyecektir (Irmak, 2013).

Türkiye’de obezitenin önlenmesine yönelik tüm dünya ile paralel olarak ilk kez 2010’da yapılan eylem planı 2014’te tekrar gözden geçirilip yenilenecek 2014 – 2017 yıllarını kapsayan bir program oluşturulmuştur. Bu planın hazırlanma amacı başta obezite olmak üzere birçok kronik hastalığın önlenmesinde izlenecek yolların bir düzen içerisinde gerçekleşmesini sağlamak, aynı zamanda obezite ile mücadele eden özel ve tüzel tüm kurum ve kuruluşlarla iş birliğı içerisinde hareket ederek obezite ile mücadelede başarıyı arttırmaktır. İş birliğı içerisinde çalışma yapılarak programın başarısının izlenebilirliğı ve ölçülebilirliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

2014 – 2017 yıllarını kapsayan bu eylem planının yeni stratejik plan ile uyumlu olmasına dikkat edilmiş 2010 yılında hazırlanan planda olduğı gibi birçok eylem planı incelenmiştir.

Program kapsamında (Irmak, 2013)

- Sağık kuruluşlarında obezitenin teşhisi ve tedavisine yönelik önlemler
- Sağık kuruluşlarına başvuran bireylerin fazla kiloluluk ve obezite açısından değerlendirilmeleri ve tedavilerinin sağlanması
- Birinci basamak sağık kuruluşlarından obezite üniteleri kurulması
- Sağık personelinin obezite tanı ve tedavisi konularında bilgilerinin aktarılmasına ve topluma yönelik uygulamaların yaygınlaştırılmasına katkı sağlanması
- Obezite Danışma Birimi personelinin eğitimi
- Bölgedeki obezite sıklığının azaltılmasına yönelik programlar geliştirmek

konuları planlanmış ve uygulanması sağlanmıştır.

Eylem planı kapsamında hazırlanan program ve uygulamaların hedefleri (Sağık Bakanlığı, 2013)

- “5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının %7,8’e düşürülmesi
- 19 yaş ve üzeri obez nüfus oranının %25’e düşürülmesi
- Fiziksel olarak yeterince aktif olmayan 12 yaş ve üzeri bireylerin oranının %64,8’e düşürülmesi
- Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün kullanma oranının erkeklerde %28,7’ye kadınlarda ise %9,9’a düşürülmesi
- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranının azaltılması”

şeklindedir.

Eylem planı hazırlanırken yapılan birçok araştırmanın verileri ve genel sağlık verileri dikkate alınmış ve 5 yıllık performans göstergeleri oluşturulmuştur. Bu performans göstergeleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Gösterge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
19 yaş ve üzeri obez nüfus oranı (yüzde) (morbid obez dahildir)	30,31 (2010)	27,1	26,4	25,7	25	25
6-11 Yaş arası kilolu ve obez nüfus oranı(yüzde)	22,91 (2010)	22	21,8	21,6	21,3	21,1
20 yaş üstü nüfus diyabet prevelansı (yüzde)	13,78 (2010)	13,2	13	12,9	12,8	12,6
5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranı (Yüzde)	10,33 (2008)	8,7	8,5	8,2	8,0	7,8
15 yaş ve üstü bireylerde her gün tütün kullanma oranı	E – 37,34 K -10,74 (2012)	E – 34,2 K – 10,4	E -32,7 K -10,3	E -31,3 K -10,1	E – 30 K – 10	E – 28,7 K – 9,9
Hipertansiyon prevelansı	242	22,4	22,0	21,5	21,0	20,5
KOAHprevelansı	5,32	4,6	4,4	4,2	4	3,8
0-6 yaş psiko-sosyal izlem yapılması	40	407	50	60	70	75
12 yaş ve üzeri bireylerde yeterli fiziksel aktivite yapmayanların oranı	721 (2010)	70	69,5	69	68,5	68,1
Halkın kullanımına açık kamu spor tesisi sayısı	778	778	816	857	900	946

**Tablo 3.5:** Performans Göstergeleri (KalkınmaBakanlığı, 2013)

Performans göstergelerinden anlaşılacağı üzere yıllar geçtikçe bireylerin sağlık göstergelerinin iyileştiği, kötü alışkanlıkların veya hastalıklarının azaldığı görülmektedir. 2010 yılında obez birey oranının %22,91 olduğu yıl 2018'e geldiğinde ise bu oranın %21,1'e düşmesi beklendiği görülmektedir.

### **3.2.1.3.1. Okullarda yiyecek içecek standartları**

Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı" kapsamında hazırlanmış ve 29/09/2015 tarihinde yapılan bir basın açıklamasıyla hayata geçirilmiştir.

Okullarda yiyecek içecek standartlarının belirlenmesinin amacı okul çağındaki çocukların gün içerisinde tercih ettikleri besinleri göz önünde bulundurarak sağlıksız besinler yerine sağlıklı tercihler yapmasının hedeflemektir. Bu doğrultuda besinleri sağlıklıdan sağlıksız olacak şekilde yeşil – turuncu ve kırmızı şeklinde kategorize etmektedir. Yeşil grupta yer alan besinlerin besin değerinin yüksek olduğu, turuncu gruptaki yiyeceklerin bazı besin ögesi içerikleri yüksek olmakla birlikte doymuş yağ gibi zararlı içeriklere de sahip besinler olduğu, kırmızı grupta ise hem besin değeri düşük hem de zararlı içeriğe sahip besinler olduğu belirtilmektedir.

Günümüzde çocukların fiziksel aktiviteden çok bilgisayar, televizyon, vb.... başında vakit geçirmesi ve hazır gıda tüketimi bireyleri obeziteye ve bununla birlikte diğer kronik hastalıklara yönlendirmekte, aynı zamanda da bireylerin okul başarılarının azalmasına neden olmaktadır.

Alışkanlıkların edinildiği okul çağı döneminde çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıklarını edindirmek fikriyle oluşturulan standartlar ile şimdinin çocukları geleceğin yetişkinlerinin obezite ile uğraşan bir toplum olmaktan kurtulması hedeflenmektedir.

Okullarda yiyecek içecek standartlarını gösteren şemada besinler 3 farklı kategoriye ayrılmaktadır. Bu gruplar mutlaka tüketilmesi gereken besinler ile arada bir tüketilen ve hiç tüketilmemesi gereken besinleri içermektedir. Özellikle fast-food ve abur cubur olarak tabir edilen besinler kırmızı grupta yer almaktadır ve çocukların tüketmesi oldukça zararlıdır.

### 3.2.1.3.2. Sağlıklı yemek tabağı ve Türkiye beslenme ve fiziksel aktivite piramidi

Obezitenin gün geçtikçe arttığı gerçeği Türkiye ve diğer ülkelerin hepsinde alarm etkisi yaratmakta ve bu konuda alınabilecek önlemlerle ilgili devlet yetkilileri çeşitli uygulama ve projelerle çalışmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bireylerde sağlıklı beslenme bilinci ve alışkanlıklarının oluşturulması amacıyla sağlıklı yemek tabağı adında bir uygulama hazırlamaktadır. Sağlıklı yemek tabağı adından da anlaşılacağı üzere bireylere sağlıklı, yeterli ve dengeli bir beslenme modeli oluşturabilmek amacıyla ortaya çıkarılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Hazırlanan afişte sağlıklı bir bireyin gün içerisinde tüketmesi gereken ve ihtiyacı olan besin grupları 5 kategoride gösterilmektedir. Her kategori yer alan besinlerin tüketim miktarları porsiyon ölçüleriyle belirtilmektedir. Tabağın dışında yer alan yağlar bireylerin gün içerisinde çok az miktarda tüketmesi gereken hatta sağlık durumuna göre bazı bireylerin hiç tüketmemesi gereken grubu temsil etmektedir. Bunun yanı sıra sağlıklı bir yaşamın 2 temel aşamasından biri olan fiziksel aktivite sembolü de tabağın diğer tarafında yer almaktadır. Bireylerin sağlıklı beslenmenin yanı sıra gün içerisinde yapması gereken fiziksel aktivitelerin olduğu piramit fiziksel aktivite piramidi olarak adlandırılmaktadır. Fiziksel aktivite piramidinin bir tarafında bireylerin gün içerisindeki aktiflik durumlarının kategorileri diğer tarafında ise gün içerisinde tüketilmesi gereken besin grubu kategorileri yer almaktadır. Fiziksel aktivite de sağlığın korunmasında en önemli bileşen olması nedeniyle çok önemlidir.

Sağlığın korunmasının gün geçtikçe öneminin artması birçok ülkeye önlem alma ihtiyacı hissettirmektedir. Sağlıklı beslenme tabağı uygulaması Türkiye haricinde bazı ülkelerde de bir sağlık politikası olarak geliştirilip uygulanmaktadır. Bu uygulamayı yapan ülkelerin başında İngiltere gelmektedir. İngiltere Halk Sağlığı Kurumu’nun 2007 yılında “EatwellPlate (Sağlıklı Yemek Tabağı)” uygulamasını kullanıma sunduktan sonra 2016 yılında programın kullanımı sırasında tespit edilen eksiklikleri giderilerek ve öncelikle adı “Eatwell Guide (Sağlıklı Beslenme Rehberi)” olarak değiştirilerek güncellediği görülmektedir. Yenilenen uygulamada kullanılan ilaveten başlıca bıçak ve çatalın görselden çıkarıldığı, besinlerin fotoğrafları yerine çekilen resimlerinin eklendiği, besin segmentlerinin adının, boyutunun ve içeriğinin düzenlendiği, tüketici testleri ve mesajlaşma gibi bölümlerin hazırlandığı, bireylerin enerji ihtiyaçlarının gösterildiği, su tüketimi ile ilgili bir bölüm oluşturulduğu ve paketli besinler için etiket bilgilerine yer

verildiği görülmektedir. Sağlıklı Beslenme Rehberi ile İngiltere hükümeti halkın gün içerisinde sağlıklı bir yaşam için tüketmesi gereken besin gruplarını ve miktarlarını belirtmenin yanı sıra su tüketiminden, fiziksel aktiviteye kadar sağlıklı beslenme ve obezitenin önlenmesi amacıyla birçok konuda bilgi vermeyi amaçlamaktadır. İngiltere'nin ana beslenme kılavuzu olduğu ifade edilmektedir. Kılavuz çeşitli tüketici araştırmaları sonucunda elde edilen sonuçlar ve İngiltere halkının normal günlük beslenme alışkanlıkları göz önüne alınarak oluşturulmaktadır. İngiltere Halk Sağlığı Kurumu tarafından halkın kullanımına uygun şekilde tasarlanan web sitesinde bireyler üye olarak şu an ki beslenme ve sağlık durumları ele alarak profil oluşturabilmekte, karşısına çıkan öneriler doğrultusunda da beslenme düzenlerini sağlıklı bir şekle çevirebilmektedir. Aynı zamanda durumlarını kontrol edebilmektedirler. Ayrıca beslenme uzmanları, endüstriyel kuruluşlar, eğitim kurumları ve hayır kurumları da bu uygulamayı kullanmaktadır. Uygulamanın sonuçları özellikle tüketici araştırmaları ile belirlenmektedir ve gerekli görüldüğü alanlarda revizeler yapılmaktadır (Government, 2016). Ayrıca bağımsız bir kuruluş olan "CarbonTrust" kurumu Sağlıklı Beslenme Rehberi ile İngiltere'nin mevcut beslenme tarzı arasında yaptığı araştırmalar ve değerlendirmeler sonucunda Sağlıklı Beslenme Rehberi'nin sürdürülebilir diyet olduğunu, sera gazları emisyonunu azalttığını ve insan sağlığının yanı sıra çevre sağlığını da koruduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu uygulamanın ülke ekonomisine de olumlu katkısı olduğu raporda belirtilmektedir (CT, 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nin, İngiltere ve Türkiye'deki sağlıklı beslenme tabağı uygulamasına benzer bir uygulamayı 2011 yılında Tarım Bakanlığı'na bağlı Beslenme Birimi tarafından yürürlüğe soktuğu görülmektedir. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite önerilerinin yer aldığı afiş, uygulama ve kılavuzlar Amerika' da 1940'lı yıllardan itibaren uygulanmakta olup teknolojinin artmasıyla birlikte ChooseMyPlate (Tabağımı Seç) adıyla kurulan bir internet sitesiyle daha geniş kitlelere ulaşabilmektedir. Web sitesinde uygulamada sağlıklı beslenme tabağında olması gereken tüm bilgilerin yanı sıra sağlıklı menüler, tarifler ve fiziksel aktivite önerileri gibi birçok uygulama bulunmaktadır. Ayrıca uygulamaya ek bir web sitesi yapılarak üyelik oluşturan bireylere ücretsiz sağlıklı beslenme uygulamaları sunulmaktadır. Tabağımı Seç uygulaması Tarım Bakanlığı ile birçok kamu kurumu, özel kuruluş, sağlık uzmanları ile bireylerin ortaklığında uygulanmakta olan ve bireylere sağlıklı bir hayat için yol gösterici bir uygulamadır (USDA, 2018). Uygulamaya katılmak için [www.supertracker.usda.gov](http://www.supertracker.usda.gov) adresinden üyelik oluşturarak yararlanılmaktadır (USDA, 2018). Böylece bireyler hem sağlıklı beslenme

alışkanlıkları edinmekte hem de sağlıklı beslenme tabakları uygulama ortağı diyetisyenler tarafından ücretsiz olarak oluşturulmaktadır. Böylece obezitenin önlenmesinde sosyo-ekonomik düzey farklılıkları ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır. Bunun dışında ChooseMyPlate (Tabağımı Seç) uygulamasının oluşturulmasındaki diğer önemli neden de özellikle düşük gelirli ailelerin çocuklarının okul dönemleri dışında sağlıklı beslenmeden yoksun olmalarının önüne geçmektir. Bakanlığın yaptığı ortaklıklar sayesinde düşük gelirli ailelerin çocuklarına oluşturulan sağlıklı beslenme tabağı ve önerileri doğrultusunda tatil dönemlerinde de ücretsiz beslenme ve danışmanlık hizmeti sunulmaktadır. Böylece sağlıklı bir neslin oluşması sağlanmaya çalışılmaktadır (USDA, 2018).

Sağlıklı yemek tabağı uygulamaları ülkeden ülkeye farklılıklar göstermekle birlikte genel hatlarıyla bireylere aşlamak istediği aynıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşturulması özellikle çocukluk çağındaki bireylerin sağlıklı bir hayat sürmesinin en önemli basamağıdır. Aynı şekilde özellikle obezite ile mücadelede bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının edindirilmesi çok önemlidir. Bu açıdan yapılan uygulama özellikle İngiltere ve ABD’de aktif bir şekilde kullanılmaktadır. Görüldüğü üzere hem İngiltere’ de hem de ABD’de kamu özel iş birliği ile sürdürülen proje değerlendirme sonuçları da ele alındığında bu ülkelerde bu alandaki yönetişimin oldukça iyi olduğunu göstermektedir. Mesela Sağlıklı Yemek Tabağı uygulamaları başladıktan sonra İngiltere Hükümeti bu uygulamanın yeterli olup olmadığını anlamak için halk ve sivil toplum örgütleri ile birlikte hareket ederek uygulamanın halkın yararına olacak şekilde geliştirilmesi için çeşitli değişiklikler ve tespitler yapmaktadır. Sağlıklı yemek tabağından sağlıklı beslenme rehberine geçiş sürecinde sürekli halk ile iş birliği içerisinde, bireylerin talepleri göz önüne alınarak hareket edildiği görülmektedir. Aynı şekilde ABD’de yapılan uygulamada da başarı ya da başarısız yönlerin tespit edilerek iyileştirme çalışmaları halk ve sivil toplum örgütlerinin iş birliği ile yapıldığı görülmektedir. Ayrıca projenin çok yönlü iletişim yöntemleri kullanılarak uygulanıyor olması halka daha kolay ulaşabilmeyi sağlamakta ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını daha kolay edindirmeye yardım etmektedir. Amerika’da özellikle düşük gelirli ailelerin çocukları için uyarladığı sistem sağlıklı beslenme ve sağlıklı besinlere ulaşabilmenin yaşamsal hak olduğunun bir göstergesidir. Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlıklı yemek tabağı afişleri ve önerileri bilgi yoğunluğu açısından yeterli olmasına rağmen yetersiz tanıtım ve kullanım olanağı yüzünden bireylere ulaşmamaktadır. Mesela diğer iki ülke örneğinde olduğu gibi Türkiye’deki uygulama ile ilgili halkın direk ulaşabileceği herhangi bir

internet sitesi bulunmamaktadır. Sağlıklı yemek tabağı ile ilgili kısa bir bilgilendirme yazısı sadece ilgili Bakanlığın internet sitesinde yer almaktadır. Bu yüzden bireyler tam anlamıyla fayda sağlayamamaktadır. Bunun dışında sağlıklı yemek tabağının Türk yemek kültürünü ve alışkanlıklarını tam anlamıyla yansıtmayı yansıtmadığı, uygulanabilirliği bireylere sorulmadığı ve sadece dış kaynaklardan elde edilen bilgiler doğrultusunda standart olarak hazırlandığı görülmektedir. Ayrıca sağlık kurumları gibi belirli yerlere konuyla ilgili afişlerin asıldığı görülmektedir. Fakat sadece belirli yerlere afiş asılması ve içerik hakkında bireylere herhangi bir açıklama ya da eğitim verilmemesi kişilerin sağlıklı beslenmesini alışkanlık haline getirmesi için yeterli olmamaktadır. Yani bireylerle iletişim halinde olunmadan hazırlanan uygulamanın bireylere ne denli faydalı olduğu tartışılmalıdır.

Sağlıklı Beslenme Tabağı uygulamasının en önemli hedefinin bireylerde sağlık okuryazarlığına katkı sağlanması olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Eylem Planı' nın A bölümünün 3. maddesinde sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesine dair uygulanması gerekenler yer almaktadır. Aynı maddenin 3.3. bendinde ise *“hayat boyu öğrenme yaklaşımı ile halkın sağlık okuryazarlığının artırılarak güçlendirilmesi”* konusuna değinilmektedir. Bu kapsamda oluşturulan sağlıklı yemek tabağı uygulaması Milli Eğitim Bakanlığı'nda içinde bulunduğu çok paydaşlı bir uygulama olarak öncelikle okul çağı çocuklarda ardından tüm halkta uygulanması gerekmektedir. Fakat eylem planında yer alan muhtemel güçlüklerin kurumlar arası koordinasyon yetersizliği ve bütçe eksikliği olduğu görülmektedir. Bütçe yetersizliği paydaşlarda yer alan personelin çözebileceği bir konu olmasa bile paydaşlar arası iletişim ve koordinasyon çalışan personelin iş disiplini ve etik kurallar dâhilinde çözmesi gereken bir güçlüktür. Çünkü eylem planındaki bu boşluk bireyleri iş disiplini ve etik ilkelerinde uzaklaştırmaktadır. Bu durumda burada disiplin ve etik kavramlarının önemi bir kez daha gündeme gelmektedir. Kamu yönetiminde hem Anayasa hem de Devlet Memurları Kanunu'nda belirtilen ilkelere göre belirlenen disiplin kavramı kamu personelinin kamusal uygulamaları bireylere belirli bir sistem içerisinde ve bireylere faydalı olacak şekilde kamu personelinin statüsünü belirleyen normlar olarak açıklanabilir (Akyılmaz, 2004, s. 241-262). Etik kavramı ise tüm kamusal işlerde sorumlulukların ahlaki ilkeleridir (Usta, 2011, s. 403-421). Bu bağlamda bireylere sağlıklı beslenmenin aşılması amacıyla yapılan bu uygulamada bu kamusal ödev ve yükümlülüklerin yerine getirilmesinde kamusal disiplin ve etik ilkelerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Çünkü yönlendirme, takip ve süreklilik olmaksızın bireylerin sadece afişler ile sağlıklı beslenme modeli oluşturabilmesi kolay değildir. Fakat DMK' nun 125. Maddesinde belirtildiği üzere disiplin cezaları belirli kıstaslarla çerçevelendirilmektedir ve bu maddeler dışında kalan durumlar tamamıyla idarenin takdir yetkisine bırakılmaktadır (DMK, 1965). Bu yüzden kamu kurumlarında görülen aksaklıklarla ilgili disiplin işlemleri tam anlamıyla hakkaniyet ölçüsünde yapılmamakta ve bu da kamu personelinin ödev ve yükümlülüklerini doğru bir şekilde yerine getirmemesine sebep olmaktadır. Bunun sonucunda da önceden planlanan ve halkın yararına sunulan uygulamalarda başarısızlık görülmektedir. Çünkü yasalarda mevcut bazı düzenlemelerde emir kipi yerine seçim hakkı tanınmakta, bunun sonucunda da bireylere görevin ifasından kaçış şansı verilmektedir. Mesela Okul Sütü Programı ilk başladığı dönemde bazı şehirlerde yaşayan çocuklarda zehirlenme olduğu söylenmektedir. Olaylar silsilesine bakıldığında çocuklara dağıtılan süt ile ilgili mevzuatın çok kısa sürede hazırlanıp, tüm gerekli işlemlerin hakkıyla yapılmadığı, sütün mikrobiyolojik analizlerinin ve okullardaki kontrollerinin düzgün yapılmadığı anlaşılmaktadır. Bu konuda görevli personelin idarenin takdiriyle görevlerini düzgün ifa etmediği, idari amirlerin takdir yetkisini kullanarak programda görevli personellerini koruduğu dönemin bakanının yaşanan zehirlenme vakalarını psikolojik olarak değerlendirmesinden anlayabiliriz (Yıldırım, 2012).

Sağlık iletişimini (Çınarlı, 2008, s. 45) halk sağlığı açısından olayları ve durumları sağlıkta olumlu yönde değişiklik yapacak sosyal normların çeşitli iletişim metodları ile desteklenmesi olarak tanımlamaktadır. Başka bir deyişle halkın kitle iletişim organlarını kullanarak sağlığın iyileştirilmesini sağlayan uygulamaların tamamıdır (Ishikiwa & Kuichi, 2010, s. 1). Kamu yönetiminde halkla ilişkilerin ön plana çıktığı Sağlıklı Yemek Tabağı Uygulamasında broşür, afiş, vb. uygulamalar ile özellikle tek yönlü iletişime yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı sağlık iletişimi konusuna stratejik planında yer vermekte ve sağlığın geliştirilmesi adına önemli olduğunu vurgulamaktadır (Besler, 2010). Fakat yapılan uygulamalar okullar ve sağlık merkezleri gibi belirli yerlerde ve broşür, afiş veya rehber gibi iletişim araçları kullanılarak tek taraflı yapıldığından bireylerin bu uygulamadan ne ölçüde yaralandığı ve bilgilendiği ölçülememektedir. Bu da uygulamada yapılan iletişim çeşidinin hatalı olduğunu göstermektedir. İngiltere ve ABD' de uygulamanın afiş, broşür, vb...'nin yanı sıra aktif bir şekilde web sitesi üzerinden karşılıklı çift yönlü iletişim modeli kullanılarak uygulanması programın başarısının belirlenmesinde önemli bir etken olmaktadır. Çünkü iletişimin toplumsal fonksiyonları bulunmaktadır ve



bu fonksiyonların en önemlisi toplumu uygulamaya yönlendirerek entegre etmektir. Olaya entegre olan birey ya da toplumun tamamı iletişimin süreçlerinden sonuncusu olan geri bildirim sağlamaya yükümlüdür. Fakat geri bildirim ancak ve ancak iki yönlü iletişimde mümkün olmaktadır. Tek yönlü iletişim yöntemlerinde bir geri bildirimden söz edilmemektedir (MilliEğitimBakanlığı, 2016). Bu durumda Türkiye’de Sağlıklı Yemek Tabakası Uygulamasında sadece tek yönlü iletişim modellerinin uygulanması iki yönlü iletişim modellerini tercih eden ABD ve İngiltere’ye göre daha verimsiz olmaktadır. Çünkü geri bildirim sağlanamayan bir uygulamanın ne denli faydalı olduğunun tespit edilmesi çok zordur.

Sağlıklı Yemek Tabakası uygulamasının tüm halka uygulanabilmesi amacıyla herhangi bir iş birliği, ortaklık veya aktif bir uygulama yapılmamaktadır. Kamu özel iş birliği kapsamında sağlık alanında yapılan uygulamalar genellikle tıbbi hizmet altyapısında kullanılmakta ve piyasa dostu hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Karasu, 2011, s. 217-262). Bu ortaklıkların genel anlamda bina yapımı, tıbbi malzeme temini veya tıbbi alanların işletilmesi alanlarında olması halk sağlığını koruma ve halkı bilinçlendirme uygulamalarında çok fazla tercih edilmemektedir. Bu durumda da bu örnekte olduğu gibi sağlık personelindeki yetersizlik, maddi yetersizlikler gibi çeşitli sebeplerden dolayı bireylere ulaştırılamamaktadır. Bu durumda da uygulama başarısız olmaktadır.

Ayrıca hazırlanan model genel olarak diğer ülkelerdeki sistemler incelenerek oluşturulduğundan Türkiye genelinde yapılan beslenme ve sağlık araştırmalarından ya da sosyo-ekonomik durumun tespiti için yapılan araştırmalardan yararlanılmamıştır. Bu da hazırlanan afişin ülke alışkanlıklarına ne denli uyduğunu gösterememektedir.

### **3.2.1.3.3. Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam yürüyüşü**

Obeziteyle mücadelede sağlıklı beslenme kadar önemi olan diğer bir faktör ise fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivitenin artırılmasıyla da hem obezite tedavi edilebilmekte hem de obezitenin oluşması engellenebilmektedir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı’na bağlı Aile Sağlık Merkezleri’nde çeşitli yürüyüş aktiviteleri düzenlenmekte ve sağlıklı bir hayat ve obezitenin önlenmesi için bireylere spor bilinci aşılanmaya çalışılmaktadır.

Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam yürüyüşü kapsamında Edirne’den Kars’a kadar tüm Halk Sağlığı Müdürlükleri’nce hazırlanan 6 aylık aktivite planlarına örnek olarak Yozgat İl Müdürlüğü’nün planı aşağıdaki çizelgede verilmektedir.

YOZGAT HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ 2015 2. 6 AYLIK AKTİVİTE PLANI					
	TARİH	SAAT	AKTİVİTE	YER	PAYDAŞ KURUM
TEMMUZ	23.07.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
AĞUSTOS	06.08.2015	16:00	Fitness	Merkez	Halk Eğitim Merkezi
	13.08.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
	25.08.2015	16:00	Yürüyüş	Çandır	Çandır Toplum Sağlığı Merkezi
EYLÜL	10.09.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
	18.09.2015	16:00	Pilates	Merkez	Halk Eğitim Merkezi
	29.09.2015	16:00	Yürüyüş	Çayıralan	Çayıralan Toplum Sağlığı Merkezi
EKİM	02.10.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
	16.10.2015	16:00	Fitness	Merkez	Halk Eğitim Merkezi
	27.10.2015	16:00	Yürüyüş	Akdağ	Akdağ Toplum Sağlığı Merkezi
KASIM	13.11.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
	27.11.2015	16:00	Yürüyüş	Aydıncık	Aydıncık Toplum Sağlığı Merkezi
ARALIK	03.12.2015	16:00	Yürüyüş	Merkez	Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği
	17.12.2015	16:00	Yürüyüş	Sorgun	Sorgun Toplum Sağlığı Merkezi

**Tablo 3.6:** 6 aylık dönemde hareketli yaşam yürüyüşü planı, Yozgat örneği (YSM, 2015)

Tablo'da Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü'nün 6 aylım fiziksel aktivite planı yer almaktadır. Her hafta düzenli olarak belirli yerlerde halkla birlikte yürüyüş yapılmaktadır. Sağlıklı yaşam için her gün 10000 adım sloganı kapsamında gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda bireyler fiziksel aktivite alışkanlıkları edindirilmek amaçlanmaktadır. Bu program ülkedeki tüm merkezlerde uygulanmakta ve bu plan çerçevesinde uygulamalar yapılmaktadır.

#### 3.2.1.3.4. Obezite Mücadele Bilgi Hattı

Sağlık Bakanlığı görevlileri yaptıkları basın açıklamasında 2008-2012 Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi olan ALO 184 kapsamında kurulması planlanan "Obezite Mücadele Bilgi Hattı" ile

obeziteyle ilgili tüm sorunlara cevap verilmesinin tasarlandığını söylemektedir (Memurlar, 2008).

İlgili eylem planı ve ardından hazırlanan tüm plan ve taslaklar incelendiğinde böyle bir uygulamanın varlığına rastlanmamaktadır. Bunun üzerine çalışma kapsamında BİMER'e 1800258755 sayılı dilekçe ile başvurularak Obezite Mücadele Bilgi Hattı'nın son durumu sorulmuş ve ilgili bakanlıktan sorulara karşı; *“Obezite ile mücadele hattı şeklinde hizmet tanımımız bulunmamaktadır. Bununla birlikte SABİM vatandaşa veri iletimi yapmamaktadır”* şeklinde cevap alınmıştır. Burada obezite ile mücadelede kamu erkinin vaat ettiği uygulamaların resmiyet kazanmadığı ve yönetsel süreçte çeşitli aksaklıklar yaşanmış olabileceği düşünülmektedir.

#### **3.2.1.4. Obezite cerrahisi uygulamaları**

Küresel bir halk sağlığı problemi olan obezite tedavisinin son aşamasında cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Obezite cerrahisi morbid obez bireylerde ve kronik hastalığa sahip bireylerde uygulanmaktadır. Tüm dünyada kullanılan bu yöntem son yıllarda Türkiye'de de kullanılmaya başlanmakla birlikte BKİ' si  $>40 \text{ kg/m}^2$ 'nin zerindeki bireylerin sadece bir kısmında sonuç alınabilmektedir.

Cerrahi uygulamalarının tercih edilebilmesi için bireylerde diğer tedavi uygulamalarının denenmesi ve olumlu sonuç alınamamış olması gerekmektedir. Tüm kriterlere uyan bireyler özellikle sosyal güvenlik kurumlarının tedaviyi karşıladığı yöntem olan bariatrik cerrahi yöntemiyle tedavi edilebilmektedir. Tüm cerrahi yöntemler sağlık güvencesi altında yapılamamaktadır ve maliyeti oldukça yüksektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan bir genelge ile obezite cerrahisi uygulamaları bir program içerisine alınmaktadır. Obezitenin arttığı günümüzde bireyler obezitenin sebep olduğu birçok kronik hastalığa da yakalanmakta ve bu denli komplike bir sağlık sorununun bir çözümü olarak da obezite cerrahisi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Obezite cerrahisi uygulamalarının kim tarafından ve nasıl yapılması gerektiği belirli kurallar içerisine alınan bu genelge ile hastaların mağduriyetinin giderilmesi ve yaşanabilecek olumsuzlukların giderilmesi amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

### 3.2.2. Kamu Politikaların Yetersizliği Sonucu Obeziteyle Mücadelede Özel Sektörün Konumu ve Yürütülen Çalışmalar

Kamu sektöründe olduğu gibi özel sektörde de obeziteyle mücadele için çeşitli programlar ve çalışmalar yürütülmektedir. Küreselleşmenin artmasıyla gün geçtikçe artan obez birey sayısı özellikle özel sektörde beslenme sektörüne olan ilgiyi arttırmakta, birçok firma ve birey bu sektördeki pastadan payını alabilme çabasına girmektedir.

Küreselleşmenin artmasıyla birlikte “diyet endüstrisinin” de büyüdüğü gerçeği ile birlikte hem bireysel hem de şirketsel düzeyde pastadan payını alma çabasında olanlar özellikle obez bireyleri piyasaya sürdükleri ve mucizevi olarak adlandırdıkları ürünleri kullanmaya yönlendirmekte bunun sonucunda da bireyleri yoyo döngüsünü<sup>4</sup> andıran bir döngünün içine sokmaktadırlar. Özel sektörde yapılan uygulamalara karşı kamusal politikaların yetersiz kalışı da bu sektörü vazgeçilmez kılmakta ve özel sektör mensuplarının yaptığı uygulamaların sağlığın korunması ilkesine uygunluğunun sorgulanmasına neden olmaktadır. Bireyler ise tam bir karmaşa içine sürüklenmekte, obeziteyle mücadelede tüm başarısızlığı kendine mal etmekte ve bunun sonucunda da bu psikolojik savaştan mağlup çıkmaktadır.

2005 yılında yapılan bir haberde zayıflatma sektöründe Türkiye’de obezite harcamalarında geline en son noktanın 2,5 – 3 milyar dolar olduğu şeklindedir (YeniŞafak, 2016). Türkiye’ de bulunan gıda firmaları gelişen teknoloji ve ham maddeye ulaşımın kolaylığından gün geçtikçe çok farklı light ürün üretmekte ve bunları piyasaya oldukça yüksek fiyatlarla sunmaktadır. Bunun sonucunda ekonomik durumu orta ve iyi olan bireyler bu ürünlere talebi arttırmakta ve zayıflama sektöründeki pastayı da büyütmektedirler. Fakat sadece satış pazarlama tekniklerine dayanan ve herhangi bir bilimsel dayanağı olmayan bu ürünlerin tüketimi sonucunda bireyler hem maddi anlamda etkilenmekte hem de kilo alıp – verme döngüsünü defalarca yaşamaktadırlar.

---

<sup>4</sup>Yoyo döngüsü: Şok diyetlerle hızlı kilo verip, diyeti bıraktınca verilen kiloları hızlı bir şekilde fazlasıyla geri alma ve yapılan her diyetle besin tüketiminin biraz daha azaltılmasıyla vücudun açlığa alışması durumudur. Mesela birey bu döngüye girdiyle yaptığı her diyetle vücut aç kalabilirim düşüncesiyle kendini korumaya alır ve aldığı tüm besinleri enerjiye çevirmek yerine yağa dönüştürerek depolar. Böylece birey 36 beden – 46 beden gibi geniş bir beden aralığında kilo değişimi yaşar.

Özel sektördeki sürekli genişleyen bu sektöre dur demek amacıyla kamuda uygulanan sağlık politikalarına dernek ve vakıflar da destek vermekte ve bireylere sağlıklı bir yaşam için sağlıklı beslenmenin faydalarını anlatmaktadırlar.

2005 yılında Türkiye Diyabet Vakfı tarafından yapılan bir araştırmada Türkiye’de yaşayan bireylerin yaklaşık 8,5 milyon kadarının obez olduğu belirlenmiş ve 20 yıl içerisinde halkın büyük bir kısmının obez sınıfında yer alacağı tahmin edildiği belirtilmektedir. Bu durumda obezitenin ciddi bir sağlık sorunu olmaktan çıkıp tamamen ticari bir sektöre dönüşeceğinin sinyallerini verdiğini belirtmektedir. Çünkü 2005 yılında zayıflama sektöründeki ekonomik büyüklüğün 2.5 – 3 milyar dolar olduğu belirlendiği görülmektedir. Bu da gelişen dünyada ekonominin ve alternatiflerin artmasıyla birlikte sektörün ne denli önemli bir noktaya geldiğinin göstergesidir.

Gıda sektöründe önce sağlığı bozalım sonra da düzeltelim mantığı gün geçtikçe artmakta ve fast-food gibi aperiatif ve yüksek yağ ve enerji içeriğine sahip olan besinlerin karşısında light olarak adlandırılan düşük besin ögesi içeriği ile birlikte düşük enerjiye sahip ürünlerinde oldukça fazla çeşitte ve miktarda piyasada bulunması obezitenin birazda gıda politikalarının bir sonucu olduğunu göstermektedir.

Özel sektörde obeziteyle ilgili uygulanan ve sonucunda yine obez bireylerin meydana gelmesini sağlayan bir uygulama da medyatik diyetler olarak adlandırılan tek düze az kalorili ve konusunda uzman kişiler tarafından yazılmayan diyetlerin uygulanmasıdır. Zayıflama sektörünün artması ve bireylerde fiziksel görünüş kaygılarının artmasıyla bireylerdeki duygusal boşluktan yararlanan bazı bireyler pastadan payını alabilmek amacıyla bireylere sağlıksız fakat kısa sürede çok fazla kilo verilebilen diyetler önererek kendi ekonomilerini arttırırken bireyleri ilerleyen süreçlerde hem ekonomik hem psikolojik hem de sağlık yönünden olumsuz etkilemektedirler. Böylelikle zaten obeziteye çare bulmak isteyen bireylerde kısa sürede fazla kilo verdiren diyetleri uygulamaktan dolayı metabolizma tamamen değişmekte ve böylece zaten obez olan bireyde obezite kronik ve çözülmesi imkânsız bir hal almaktadır. Yani obez bireylerin böyle bir sağlık problemiyle karşı karşıya gelmelerinin bir sebebi de yanlış uygulanan tek düze mucize diyet olarak adlandırılan diyetlerdir. 2008 yılında bir gazetenin web sayfasında yayınlanan haberde İngiltere’ de yaşayan bir bireyin Lighter Life adlı şirketten edindiği ve 3 ayda 25 kilo verdirmeyi vaat eden diyeti uygulamaya başladığında diyet içerisinde önerilen günlük 4 litre su tüketimi şartını kısa sürede uyguladıktan sonra hayatını kaybettiğini

belirtilmektedir (GazeteVatan, 2008). Daily Mail' de yayınlanan bir haberde ise 20 yaşlarındaki bir bireyin internette gördüğü kısa sürede zayıflamayı vaat eden zayıflama haplarından alarak 25 kiloya düşen bireyin 5 aylık tedaviden sonra normal yaşama dönebildiğinden bahsedilmektedir (MG, 2015). Yine başka bir haber sitesinde yer alan bir haberde İngiltere' de 15 yaşında diyetle başlayan bir bireyin zaman içerisinde 23 kilograma düştüğü ve yaptığı diyet yüzünden uzun süre yoğun bakımda tedavi görmek zorunda kaldığı söylenmektedir (Mynet, 2017). Bu şekilde mucize diyetler sonucunda hayatını yitiren ya da ciddi sağlık sorunları yaşayan bireylere ülkemizden de örnekler vermek gerekirse 2008 yılında 19 yaşındaki bir birey Dr. Kuşhan'ın Polenezköy'deki zayıflama kliniğinde kısa sürede fazla kilo kaybını sağlayan bir diyet programı uygulamış ve kısa sürede fazla kilo verirken hayati fonksiyonlarında oluşan problemler sonucunda klinikte geçirdiği kalp krizi sonucunda hayatını kaybettiği bilinmektedir (Hürriyet, 2008). Bu gibi örnekleri arttırmak hem Türkiye'de hem de diğer ülkelerde mümkündür.

Hem Türkiye'de hem de dünyada obez birey sayısı arttıkça zayıflama sektöründe de çeşitlilik artmakta ve bireyler doğrunun yanında yanlış bilgilendirmelere ve uygulamalara maruz kalmaktadırlar. Bunlara örnek olarak zayıflattığı iddia edilen gıda ürünleri, kozmetik ürünler, zayıflama ilaçları, uzman olmayan kişilerce yazılan diyet kitapları verilebilir. Genel amaçları çok kısa sürede fazla kilo verdirmek olan bu diyet veya ürünler adı üstünde mucize ürün veya şok diyet olarak isimlendirilmektedir. Fakat adından da anlaşılacağı üzere vücutta şok etkisi yaratmakta ve ölüme varabilecek boyutta çeşitli sağlık sorunları da beraberinde getirmektedir. Mesela Atkin's diyeti, Karatay Diyeti ya da DrinkingMan'sDiet olarak bilinen diyetler protein diyetlerine iyi birer örnektir. Bunlar gibi tek bir besin kaynağının yoğunlaştığı diyetler bireylerde kronik ve kalıcı problemlere yol açmaktadır. Çünkü özellikle vücudun ana enerji kaynağı olan karbonhidratın alınmamasıyla protein kullanılır. Bu esnada yakılan protein sonucunda vücutta keton cisimcikler oluşur ve birikmeye başlar. Asidik yapıda olan keton cisimcikler bir süre sonra karaciğer ve böbreklerin iflas etmesine hatta bireyin komaya girmesine ve ölümüne yol açar (DV, 2014). Ayrıca proteine dayalı yapılan diyetler sonucunda IGF-1'leri proteinlerin taşınması nedeniyle kanda IGF-1 adı verilen hormon artmakta böylelikle hücre sayısının artışı tetiklenmekte ve buna bağlı olarak ta kanser hastalıklarında artış görülmektedir (Harbili, 2008).

Diyet piyasasında zayıflama iğnesi olarak bilinen Beta-HCG uygulamasının da şok diyetler gibi bireylere çok kısa sürelerde kilolarından kurtulacağı ümidi verilmektedir. İştahı durdurduğu yönünde yapılan reklamlar ile birlikte piyasaya sürülüp genellikle ünlü doktorlar ve büyük kliniklerde 1000 TL'nin üzerindeki fiyatlar ile uygulanan iğnenin yanı sıra bireylere yaklaşık 500 kkal değerinde diyetler verilip kısa sürede zayıflaması amaçlanmaktadır. Normal bir insanın günlük ortalama enerji ihtiyacının 2000 – 2500 kkal olması zaten verilen 500 kkal'lık şok diyet ile çok kısa sürede zayıflanacağını göstergesidir. Bunun yanı sıra yapılan iğnenin zayıflamaya herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Ayrıca FDA onaylı herhangi bir ürün de bulunmamaktadır ve FDA bu ürünün yasadışı kullanıldığını her fırsatta belirtmektedir (FazlaKilo, 2019). Beta- HCG ile ilgili yapılan bir haberde de ürünün sentetik yollardan edilen büyüme hormonu olmasının ve bazı kanser türlerinin gelişimine yardımcı olan bir hormon olmasının da önemli yan etkileri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmaların Beta-HCG'nin zayıflamaya herhangi bir etkisini olmadığı fakat kanser hastalıklarının artışına neden olduğu söylenmektedir. Amerika'da tamamen yasaklanan ürün ile ilgili 2014 yılında ürünün reklamını yapan bir bireyin 10 yıl hapis cezasına çarptırıldığı ve yetkililerin FDA tarafından onaylanmayan bir ürünün ülkeye girmesi ve satışının kesinlikle yasak olduğunu belirttiği görülmektedir (HürriyetGazetesi, 2015)

Zayıflama çayları olarak kullanılan diğer bir mucize zayıflama yöntemi de bireylere boş ümit vermenin yanı sıra çeşitli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Moringa çayı, kırmızıbiber çayı gibi piyasada çok çeşitli zayıflama çayı bulunmaktadır. Mesela Hürriyet Gazetesi'nde (2015) yer alan bir haberde Konya'da sosyal medyada reklamını görerek aldığı zayıflama çayını kullanan bir üniversite öğrencisinin komaya girip organ yetmezliği yaşadığı söylenmektedir. Aynı haberde Balıkesir'de yaşayan bir bireyin zayıflama ilacı içtikten sonra fenalaştığı ve 33 günlük yoğun bakım sürecinden sonra hayatını kaybettiği belirtilmektedir. Başka bir bireyin de aynı şekilde kullandığı kırmızıbiber içerikli zayıflama ilacından sonra hayatını kaybettiği, bunun üzerine bu ilacın Sağlık Bakanlığı tarafından piyasadan toplatıldığı belirtilmektedir.

Zayıflama iğnesi, zayıflama çayı ya da ilaçlarının yanı sıra zayıflama kremleri de oldukça popüler ürünlerdir. Havyar özü, protein, kahverengi yosun özleri, lactisproteinum gibi çeşitli maddeler içeren bu kremler düzenli kullanıldığı takdirde zayıflanacağını iddia etmektedir (CGKN, 2016). Özellikle kullanan yorumları ve haberlere bakıldığında bir

haberde halkın yakından tanıdığı bir isim olan Tayfun Talipoğlu'nun bu tip bir krem kullandıktan sonra kalp krizi sonucu hayatını yitirdiği iddia edilmektedir (HaberTürk, 2017). Bir başka gazetede bir doktorun verdiği demeçte de zayıflama kremlerinin verebileceği ciddi reaksiyonlardan bahsedilmektedir (MilliyetGazetesi, 2018).

Teknolojinin ve aynı zamanda obezitenin artışına başlı olarak diyet piyasasındaki pastadan pay almak isteyen gruplar gün geçtikçe artmakta ve çeşitli zayıflama ürünleri geliştirmektedir. Bu ürünlerden biri olan zayıflama hapları da bireylere kısa sürelerde fazla kilo verdirmeyi ve hiçbir yan etkilerinin olmadığını iddia etmektedir. Fakat diğer zayıflama ürünlerinde olduğu gibi zayıflama hapları da mucize olmadığı gibi birçok ölümcül yan etkiye sahiptir. Bu konuda NTV'de yapılan bir haberde internetten sipariş vererek elde ettiği DNP (Dinitrophenol) adlı zayıflama hapi sonucu bireyin hayatını yitirdiği söylenmektedir. Yapılan incelemeler ve otopsi sonucunda kullandığı ilacın etken maddesinin bir çeşit tarım ilacı yapımında kullanılan madde olduğu tespit edildiği görülmektedir (NTV, 2015)Başka bir haberde de milli sporcu Cenk Yanık'ın zayıflama ilacı kullandığı için öldüğü belirtilmektedir (HürriyetGazetesi, 2015). Aynı şekilde 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından toplatılan fakat merdiven altı tabir edilen yöntemlerle tekrar satılan sağlık ve beslenme konusunda herhangi bir eğitim almadan sağlıklı olduğuna dair reklam yapan medyatik bireylerin önerdiği sibutramin içeren Pepper Time, kırmızı biber hapi ya da Antakya biberi olarak bilinen hapi kullanan 3 kişinin hayatını kaybettiği ve yapılan otopsiler sonucunda nedenin kullandıkları zayıflama hapi olduğu belirtilmektedir (HürriyetGazetesi, 2015)

Zayıflama sektöründe bu denli çok ürün ve vaat bulunurken bir yandan da bireylerin sağlığını korumaya çalışmak için özel sektörde çaba gösteren kişi, kurum ve kuruluşlar da bulunmaktadır. Mesela; Türkiye Eczacı İşverenler Sendikası (TEİS) genel başkanı yaptığı açıklamada özellikle internette satılan zayıflama ilaçlarının insan sağlığını tehlikeye attığını ve bu yüzden acilen toplatılması gerektiğini belirtmektedir (HürriyetGazetesi, 2015-2020). Aynı şekilde Türkiye Eczacılar Birliği (TEB) genel sekreteri de zayıflama haplarının ölüme sebebiyet verebileceğini belirtmektedir (HürriyetGazetesi, 2015-2020). Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu da yaptığı bir açıklamada zayıflama hapları ile ilgili 2014 – 2016 yılları arasında reklam ve satış yapan 657 web sitesinin erişiminin kapatıldığını belirtmektedir (HürriyetGazetesi, 2015-2020).



Obezitenin önlenmesinde özel sektör uygulamalarının kamusal sağlık politikaları ve uygulamalarına etkileri örneklerde görüldüğü gibi açıkça görülmektedir. 2003 yılından sonra Türkiye’de hükümet tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Acil Eylem Planında belirlenen temel hedefler arasında yer alan maddelerin birinde belirtildiği üzere özel sektörün sağlığa yatırımı özendirilmesi hedeflenmektedir. Böylece küreselleşmenin de etkisiyle sağlık yönetimi ve işletiminin tekeli konumunda olan devlet kurumları bu alanı özel sektör ile paylaşmaktadır (İleri, Seçer, & Ertas, 2012). Bu sürecin amacı kişilerin anayasal hakkı olan sağlık hakkının idamesi için kamu kurumlarının yanı sıra özel sektör ile iş birliği içerisinde sadece tedavi değil sağlığın korunmasını sağlamaktır. Bireylerin küreselleşme ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte dünyanın diğer ucundaki olaylardan haberdar olması bireylerde sağlık ve güzellik gibi kavramların değişmesine neden olmakta bunun sonucunda da obezite konusunda bir sağlık politikası olan yönetişimin en iyi örneklerinden kamu özel sektör iş birliği örneklerinde de görüldüğü üzere farklı boyutlara taşınmaktadır. Özel sektörde yapılan uygulamalar kamusal uygulamalarla paralel ilerlemenin aksine sadece para kazanma odaklı bir hale gelerek bireylerin sağlıklarını hiçe sayıldığını göstermektedir. Hâlbuki (Orhan, 2006) hazırladığı yüksek lisans tez çalışmasında yaptığı araştırmalarda neo-liberal yaklaşımlar sonucunda küreselleşmenin etkisiyle sağlık hizmetlerinde özellikle finans açısından kamu harcamalarının azaltılması ve özel sektörün kalite ve performansının artırılmasının benimsenmesi yaklaşımlarından bahsetmektedir. Yani özel sektöre verilen görev ve yetkilerin sağlığın korunması ve sağlanmasında fayda değil zarar getirdiği görülmektedir. Ayrıca örneklerden anlaşılacağı üzere özel sektörün denetlenmesi yeterli gelmemektedir. Çünkü görüldüğü üzere piyasada oldukça fazla obeziteyi önleyeceğini savunan ve çoğunluğu ruhsatsız ürün satılmakta, obezite konusunda eğitimi olmayan bireyler hasta bireyleri uygulattıkları bilinçsiz diyet ve uygulamalarla mağdur etmektedir. Denetim kavramı yaşamın her aşamasında önemlidir. Hem kamuda hem de özel sektörde uygulamaların geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanması ve sonuçta tutarlı bir sürecin elde edilmesi denetimin amacı olarak gösterilmektedir (Sayıştay, 2000). Ayrıca denetim sürecinin sürekliliği de yapılan uygulamalar hakkında elde edilen veriler sonucunda belirlenen eksikliklerin giderilmesi ve tutarlılığın sağlanmasını sağlayan bir performans ölçümü olarak kabul edilmektedir (Günel, 1995). Bu durumda bireylerde ciddi kalıcı sağlık problemlerine sebep olan obezite özel sektör uygulamalarının ne olursa olsun devam etmesi denetimlerin eksikliğini bir göstergesidir.

### 3.2.3. Diğer Ülkelerde Yapılan Uygulamalar

Obezite Türkiye'yi olduğu kadar tüm dünyayı yakından ilgilendiren ve kamu politikası oluşturacak kadar önemli ve riskli bir sağlık sorunudur. Hemen hemen tüm ülkelerde ülkelerin ekonomik ve sosyal durumlarına göre çeşitli politikalar geliştirilerek uygulamaya konulmaktadır.

Birleşik Arap Emirlikleri'nde; (2011) tarafından yapılan bir çalışmada obezite prevalansı %35 olarak tespit edildiği görülmektedir. Özellikle şehirlerde yaşayan kadınlarda görülen bu durum için kamu politikası olarak modernleşme eğitimleri yapılmaktadır. Ayrıca gebe kadınlar için düzenlenen prediktif çalışmalar da bireylerde obezite görülme sıklığının azalmasına yöneliktir.

Ülkelerde dönem dönem yaşanan ekonomik krizler hane halkı gelirlerinde ve harcamalarında da bazı dengesizlikler oluşturmaktadır. Bunun sonucunda bireyler daha ucuz fakat daha sağlıksız gıda tüketimine yönelmektedir. Bu durum bireylerde obezitenin artmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak da hükümetleri obezite vergisine yönlendirmektedir. Obeziteye neden olan besinlerde vergilerin arttırılmasına yönelik bir politika olan bu durum özellikle yağlı, şekerli ve tuzlu besinle üzerinde uygulanmaktadır. Vergilendirme politikalarına örnek olarak; Danimarka'daki yağ vergisi, Romanya'daki abur cubur vergisi, Macaristan'daki çips vergisi gösterilebilir (Akar, 2008).

Finlandiya' da obeziteye karşı alınan önlemler kapsamında "tatlı, dondurma ve meşrubat vergisi" bir kamu politikası olarak uygulanmaktadır. Vergi uygulaması oldukça eskilere dayanan Finlandiya' da 2000 yılına gelindiğinde ksilitol kullanımının sağlık üzerine etkilerinden dolayı ksilitol içeren ürünler vergiden muaf tutulmuş fakat ardından şeker içermeyen tatlandırıcılarla kıyaslanıp bu muafiyetten vazgeçilmiştir. Böylece 2010 yılına gelindiğinde tatlı vergisinin tekrar yürürlüğe girdiğini görmekteyiz. Bu verginin içeriğinde unlu mamuller, jöleler, bisküviler vb... yoktur. Çünkü sağlıkla ilişkili olsa da vergilerin uygulanma amacı devlete gelir getirmektir. 2013 yılında global sağlık sorunlarından olan obezitenin gün geçtikçe artması göz önüne alınarak yapılan bir çalışma sonucunda tatlı vergisinin kapsamının genişletildiği görülmektedir. Bu vergilendirme sistemi sonucunda 2011 yılında 134 milyon Euro'luk bir gelir elde edildiği belirlenmektedir. Fakat bu vergilendirme sisteminin sağlık üzerine etkileri tam olarak bilinmemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Macaristan’ da 2011 yılında yürürlüğe giren kamu sağlığı ürünü vergisi ile popülasyonun büyük kısmı obez olan ülkede mücadele etmek amaçlanmıştır. Özellikle dünyanın en fazla tuz tüketimine sahip olması, özellikle tuz ve şeker içeriği yüksek olan besinlerde vergilendirme sistemi ile tüketimin düşürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu vergi ile bireyler sağlıklı ürünlere yönlendirilmekte, ayrıca üreticiler ürünlerini tekrar gözden geçirerek yeni Formülalar uygulamaktadır. Ayrıca bu vergiden elde edilen para sağlık çalışanlarının aylık ücretlerine ilave edilmektedir. 2013 yılında bu vergi ile elde edilen gelir yaklaşık 61.5 milyon Euro’ dur (SağlıkBakanlığı, 2015).

Fransa’ da şeker ve yapay tatlandırıcılarla yapılan meşrubatlar için vergilendirme sistemi uygulanmaktadır.2012 yılında yürürlüğe giren vergi ile 1 litre meşrubat için yaklaşık 0.073 Euro’ dur. Gelir elde etmenin yanı sıra bu verginin asıl amacı çocukluk çağı obezitesinin önüne geçebilmektir. Verginin çıktıları tam olarak belirlenemese de halk kamu sağlığı için yapılan bir vergilendirme olduğunu düşünmemektedir (SağlıkBakanlığı, 2015).

Almanya’da trans yağların kullanımının azaltılması amacıyla Federal Gıda Bakanlığı ile Alman gıda endüstrisinin önce gelenleri arasında iş birliği yapılarak kılavuzlar oluşturmakta diğer yağların kullanımı teşvik edilmektedir. Bu kapsamda bireylere doymuş yağlar konusunda halk eğitimleri verilmekte ve bireylerin bilgilenmesi amaçlanmaktadır (SağlıkBakanlığı, 2015b).

2015 – 2020 yıllarını kapsayan “Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı” ile bütünleşik bir uygulama yapılması amaçlanmaktadır. Obezitenin gün geçtikçe şiddetini arttırması devletleri çeşitli uygulamalar yapmaya zorlamaktadır. Fakat günümüzde kadar yapılan birçok uygulama ve politika hedeflenen sonuçlara ulaşamamıştır. Bunun nedeni olarak ta tek taraflı hareket yöntemleri benimsenerek hazırlanan politikalaradır. Bu eylem planında artık global yönetim düzeninin en önemli özelliği olan yönetim modeli kullanılmakta ve hedeflere daha kolay ve emin adımlarla yaklaşılmaya çalışılmaktadır. Bu bağlamda plan kapsamında öncelikle sağlık politikalarının yönetimini, ortaklarını ve uygulayıcıları güçlendirici bağlar kurmak amaçlanmaktadır. Ardından sağlıklı besine ulaşılabilir çevrelerin oluşturulması ve sağlıklı beslenmeyi teşvik edici eğitim ve uygulamaların arttırılması hedeflenmektedir. Ayrıca sağlık alanındaki eğitim ve araştırmalara ayrılan kamu bütçelerinin de arttırılması hedefler arasındadır (WHO, 2014).

Avrupa Birliği üye ülkeleri için Tarım Bakanları Konseyi tarafından düzenlenen okul meyvesi programı ile çocuklara sağlıklı beslenme aşılanmaya çalışılmaktadır. Program kapsamında yaklaşık 8 milyon çocuğa ulaşıldığı görülmektedir. Çocukluk çağı obezitesinin ve sağlıksız beslenmenin artış göstermesi böyle bir programın elzem olduğunu göstermektedir. Program kapsamında çocuklara meyve dağıtımının yanı sıra beslenme ve sağlıkla ilgili eğitimler verilmekte ayrıca çocuklara uygulamalı tarım yaptırılmaktadır. Programın uygulanabilirliği için çocuklara ilgisi çeken farklı meyveler haftada 3 gün dağıtılmakta, bu dağıtımlar ücretsiz yapılmakta ve devamlılık sağlanmaktadır. Program çıktıları değerlendirildiğinde bireylerde meyve tüketiminin arttığı gözlenmektedir. Bu program kapsamında Norveç'te yapılan bir araştırmada çocuklarda meyve tüketiminin arttığını, buna karşın abur cubur olarak tabir edilen besinlerin tüketiminin azaldığını göstermektedir (SağlıkBakanlığı, 2015).

Avrupa Komisyonu'nun 2014 yılında "Sağlıklı Beslen, İyi Hisset" teması altında okul sütünün ile okul meyvesi uygulamalarını birleştirdiği görülmektedir. Bu uygulama ile sağlıklı beslenme uygulamalarının sadece okul ile sınırlı kalmayıp günlük hayatta da devam ettirileceği düşünölmektedir (SağlıkBakanlığı, 2013).

Hollanda, Belçika, Fransa gibi bazı ölkelerde de ulusal gıda politikaları kapsamında tanımlanmış kriterlere uyan ürünlerde etiketleme sistemi uygulanmakta ve bireyleri sağlıklı besin seçimine yönlendirme amaçlanmaktadır. Etiketlemede özellikle trans yağ miktarının >1,3 mg/kg olmasına dikkat edilmektedir (SağlıkBakanlığı, 2015b).

Hindistan'da komplikasyonları ile birlikte özellikle çocukluk çağında çok sık görölen obezite ile mücadele kapsamında "Aile Obezitesi İçin Müdahale Programları (MARG)" uygulanmaktadır. Çocuklara bu kapsamda okullarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi arttırıcı eğitimler verilmekte, drama ve tartışmalarla konunun anlaşılması ve uygulanması güçlendirilmektedir. Ayrıca program kapsamında ailelerde sağlıklı besinler hazırlayarak programa katılmaktadırlar (Bhardwaj, ve diğerleri, 2008).

Birleşik Krallık'ta obezite ile mücadele kapsamında bir yasa uygulanmaktadır. Bu kanunun hazırlanmasında son yıllarda gıda şirketlerine karşı açılan davaların önemli bir etken olduğu görölmektedir. Bazı sağlık aktivistleri bu yasaya tepki göstermektedir fakat obezite ile mücadelede yapılan uygulamalar gözden geçirildiğinde bu halk sağlığı

yasasının gerekliliğine karar verildiği görülmektedir (Mello, Studdert, & Brennan, 2006, s. 24).

Başta Afrika olmak üzere gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite prevalansı tartışıldığında Amuna ve Zotor (2007, s. 82-90) bu alanda eğitimli beslenme uzmanlarının yetersizliğinden bahsetmekte ve bu boşluğun doldurulması için özellikle Afrika ülkelerinde diyetisyenlerin ile klinikle iş birliği yapması gerektiği vurgulamaktadır. Bu bağlamda maliyet politikalarının gözden geçirilerek gerekli tedaviler kapsamında farmakoloji alanına yeterli bütçenin ayrılması gerektiği savunmaktadır. Bunun yanı sıra Afrika ülkelerinde yeterli kamu politikası oluşturulması için gerekli adımların atılması gerektiği göze çarpmaktadır.

Caballero (2007, s. 29) obezitenin küresel bir epidemi olduğunu belirtmektedir. Teknolojinin ve küreselleşmenin artmasıyla birlikte gelişmekte olan ülkelerde de epideminin arttığı ve artmaya da devam ettiği söylenmektedir. Çünkü kentleşme ve gıda üretiminin küreselleşmesi, düşük maliyetli ve yüksek enerji içeriğine sahip besinlerin evlere kolaylıkla ulaşmasını sağlamakta, böylece özellikle kentlerde yaşayan daha az enerji ihtiyacına sahip bireylerde obeziteye nende olmaktadır. Bu duruma pazarlama ve fiyat politikalarının da çok etkisi olduğunu belirten Caballero (2007, s. 29) özellikle çocuklarda ve kadınlarda obezite prevalansının arttığını belirtmektedir. Bu sorunun çözümü için çeşitli uygulamalar, kampanyalar ve politikaların geliştirildiğinin söyleyen araştırmacı bunların sürdürülebilirliğinin zorluğunda söz etmektedir. Bunun devamlılığı içinde oluşturulacak politikaların küresel düzeyde olması gerektiğini ve yeterli bütçenin ayrılması gerektiğini düşünmektedir.

Finlandiya'da fiyat politikaları ile beslenme eğitimler birleştirilmekte, böylece oluşturulan iş birliği sayesinde obezite eğilimi azaltılma amaçlanmaktadır. Brezilya'da da kadınlar ile obezite yavaşlatma uygulamaları kamu politikası şeklinde uygulanmaktadır fakat son dönemlerde durgunlaştığı görülmektedir.

Obezite ile mücadelede kamu politikalarından faydalanan ülkelerin genel özelliğine bakıldığında büyük kısmının Avrupa Birliği'ne bağlı ülkeler olduğu göze çarpmaktadır. Avrupa Birliği'nin ilgili komisyonlarınca hazırlanan uygulama ve programları üye ülkelerin birçoğunda uygulandığı ve aynı standardı sağlamaya çalıştıkları görülmektedir. Özellikle okul sütü ve okul meyvesi uygulamalarında Türkiye'de Avrupa Birliği

komisyonlarınca hazırlanan eylem planlarından yararlanmaktadır. Fakat uygulamaların AB ülkeleri ile aynı doğrultuda yapılmadığı göze çarpmaktadır. Mesela; okul meyvesi uygulamasında diğer ülkelerin okullarda taze meyve dağıttığı ve çeşitliliğin oldukça fazla olduğu görülürken, Türkiye’de sadece kuru üzüm dağıtımının gerçekleştiği görülmektedir. Ayrıca programın uygulanmasında kamu-özel iş birliğinin ve etkinliğin öne çıktığı AB ülkelerine kıyasla Türkiye’de belirli sürelerde sadece kuru meyvenin dağıtılmış olmasının önemli olduğu görülmektedir. Programın çıktılarının yönetişimin en önemli özelliklerinde biri olan denetime herkesin katılması ile çok daha sağlıklı bir şekilde elde edileceği malumdur. AB ülkelerinde denetimin çok yönlü yapıldığı fakat Türkiye’de sadece kamu erkının bu görevi üstlendiği anlaşılmaktadır. Bu durumda da uygulama AB ülkelerindeki kadar hedeflerine ulaşamamaktadır.

Vergilendirme ve etiketleme sisteminin kullanıldığı ülkeler genel olarak AB ülkeleridir. Bu ülkelerdeki gelişmişlik düzeyinin yüksek olması oluşturulan politikaların ne ölçüde hazırlanması gerektiğini belirlemektedir. Bu anlamda etiketleme ve vergilendirme sisteminin uygulanması için halkın eğitim düzey ve ekonomik durumlarının yüksek olması beklenmektedir. Çünkü etiket okuma alışkanlığının kazanılması için yerli eğitimlerin bireylere verilmesi gerekmektedir. Türkiye’de bu iki sistemin bir politikaya dönüştürülememesinin nedeni halkın büyük bir kısmının etiket okuma alışkanlığının olmamasıdır. Etiket okumayı bilmeyen bir toplumda etiketleme politikasının etkinliğinden söz edilemez. Dolayısıyla birbirine bağlı süreçleri içeren bu iki politika Türkiye’de ki geleneksel kamu yönetimi ile yeni kamu yönetimi anlayışlarının arasında sıkışıp kalmış yönetim biçimiyle uygulanabilecek bir program değildir.

Afrika kıtasındaki birçok ülke gibi gelişmemiş ülkeler incelendiğinde obeziteyle ilgili kayda değer bir kamu politikası belirlenmemektedir. Çünkü hali hazırda geleneksel kamu yönetimi anlayışıyla yönetilen ülkelerde yasama, yürütme ve yargının tek bir erkte toplanıyor olması, aynı zamanda ülke ekonomisinin yetersizliği ve gelişmiş ülkelere ekonomik bağımlılık halinin devamı bu ülkelerin obeziteden çok daha önemli sorunlarının olduğunu göstergesidir. Bunların başında açlık ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele gelmektedir. Bu durumda da bürokratik yapı öncelikli olarak bu konulara eğilmektedir.



#### 4. BİYOPOLİTİKA KAPSAMINDA RESMİ KURUM VERİLERİ VE BİLİMSEL ARAŞTIRMA VERİLERİNE GÖRE BULGULAR

Tez çalışması sonucunda obezite ile mücadeleye faydalı önerilerde bulunabilmek için obezite ile ilgili Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları ve uygulamaların yerindeliliğinin tespiti açısından sağlık alanındaki resmi kurum verileri ve yapılan bilimsel çalışmalardan elde edilen verilerin değerlendirilmesi önemlidir. Bu açıdan bu bölümde gerekli veriler toplanarak değerlendirilmektedir.

	Erkek			Kadın			TOPLAM
	Kır	Kent	Toplam	Kır	Kent	Toplam	
<b>Vücut ağırlığı z-skoru</b>							
<b>Ciddi zayıf</b>	1	0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
<b>Zayıf</b>	3,2	1,8	2,1	3,1	1,9	2,1	2,1
<b>Normal</b>	92,9	87,8	88,6	93,7	91,5	91,9	90,2
<b>Kilolu</b>	1,5	7,5	6,5	2,5	5,4	4,9	5,7
<b>Şişman</b>	1,5	2,8	2,6	0,4	1,1	1	1,8
<b>Boy uzunluğu z-skoru</b>							
<b>Ciddi bodur</b>	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1
<b>Bodur</b>	5,4	1,5	2,1	5,6	1,7	2,4	2,3
<b>Normal</b>	93,9	95	94,8	93,7	96,3	95,8	95,3
<b>Uzun</b>	0,5	3,1	2,7	0,2	1,7	1,4	2
<b>Çok uzun</b>	0	0,3	0,3	0	0,2	0,2	0,2
<b>BKI z-skoru</b>							
<b>Ciddi zayıf</b>	0,2	0,3	0,3	0	0,2	0,2	0,3
<b>Zayıf</b>	2,2	1,8	1,9	1,3	1,7	1,7	1,8
<b>Normal</b>	82,8	72,9	74,5	85	74,6	76,5	75,5
<b>Kilolu</b>	11,1	13,7	13,3	10,5	16	15	14,2
<b>Şişman</b>	3,7	11,2	10	3,1	7,4	6,6	8,3

**Tablo 4.1.** 7-8 yaşındaki bireylerin yaşadıkları yere göre kilo, boy ve BKİ, Z skorlarının dağılımı (5), 2013 (Özcebe, 2013)

Beden kitle indeksi vücut ağırlığının boya oranını gösteren ve Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği değerlerle bireylerde obezite durumu saptamaya yarayan çizelgedir.



Bu açıdan Türkiye'deki genel durumu tespit edebilmek için bireylerin yaşa göre boy ve ağırlıklarının tespiti ülkenin obezite istatistikleri ile obeziteyle mücadelede başarı durumunu ortaya koymaktadır. Türkiye Sağlık Araştırmaları kapsamında bireylerin yaş ve cinsiyete göre boy ortalamaları yıllar bazında tespit edilmiş ve yıllar içerisinde boy ortalamaları tüm yaş gruplarında benzer değerlerde çıkarken çapraz değerlendirme yapıldığında yıllar içerisinde boy ortalamalarının kısaldığı gözlenmektedir. Tabloda 7-8 yaşlarındaki bireyler değerlendirilmiş olup hem kentte hem de kırdaki yaşayan bireylerin büyük çoğunluğu normal boy ve ağırlığa sahiptir. Bu da 7-8 yaşındaki çocukların beden kitle indeksinin de normal sınırlar içerisinde olduğunu göstermektedir. Fakat çapraz değerlendirme diğer yaş gruplarında olduğu gibi bu yaş grubunda da kısalan boy ortalaması ve artan ağırlık ortalamasını göstermektedir. Aynı araştırmada 7-8 yaşlarındaki bireylerin yanı sıra tüm yaş grupları değerlendirilmiş ve bireylerin yaş ve cinsiyete göre vücut ağırlıkları tespit edilmiştir. Yıllar içerisinde bireylerdeki vücut ağırlığının arttığı, yaşa göre değerlendirildiğinde ise özellikle 45-54 yaşlarında en fazla ağırlık artışı olduğu gözlenmektedir. Son 10 yıllık BKİ verilerine bakıldığında başlarda bireylerin yarıya yakınının normal kiloda olduğu görülürken yıllar geçtikçe normal kilolu bireylerin oranının azaldığı buna karşın fazla kilolu ve obez bireylerin sayısının arttığı görülmektedir. Her iki durum birlikte değerlendirildiğinde ise bireylerin yaş ilerledikçe obez olma yolunda ilerlediği ve yeterli ve dengeli beslenmediği açıkça anlaşılmaktadır. Sağlıklı yaşam ve obezitenin önlenmesine ilişkin yapılan uygulamalar ve kamu politikalarının yetersizliği bu verilerle de açıkça görülmektedir.

Yaş grubu	2008			2010			2012			2014		
	T	E	K	T	E	K	T	E	K	T	E	K
Ülke geneli	70,8	75,2	66,3	71,5	75,8	66,9	72,3	76,7	67,8	72,5	77,1	68,1
15-24	62,0	67,4	56,7	62,3	67,4	57,2	63,2	68,4	58,1	63,2	69,0	57,4
25-34	69,9	75,5	63,9	70,5	76,4	64,2	71,1	77,2	64,8	71,1	77,7	64,4
35-44	74,8	79,2	70,1	75,8	80,7	70,4	76,2	81,2	71,0	75,9	80,8	71,0
45-54	76,4	78,8	73,8	77,5	79,5	75,2	77,7	80,4	74,9	79,0	81,6	76,4
55-64	75,9	78,0	73,7	76,8	78,2	75,3	77,5	79,2	75,8	77,8	79,4	76,4
65-74	74,2	77,3	71,2	74,0	76,2	72,0	74,6	76,9	72,6	73,7	75,7	71,9
75+	67,5	72,3	63,6	68,6	71,2	65,9	69,1	72,2	66,7	69,1	73,3	66,3

**Tablo 4.2.** 2008 – 2014 yılları arasında 15 yaş ve üstü bireylerde cinsiyete göre ağırlık ortalamaları (kg) (TÜİK, 2016)

TSA (2014) kapsamında yapılan çalışmalarda Türkiye'deki bireylerin yaş ve cinsiyete göre ağırlık ortalamaları tablodaki gibidir. Yıllara bakıldığında ağırlık ortalamalarının yıllar geçtikçe arttığı gözlenmektedir. Yaşa göre değerlendirildiğinde özellikle en fazla ağırlık artışı 45-54 yaşları arasındadır. 54 yaşından sonra ortalama ağırlığın azaldığı görülmektedir.

Yaş grubu	2008			2010			2012			2014		
	T	E	K	T	E	K	T	E	K	T	E	K
Türkiye	167,2	172,4	161,5	167,2	172,6	161,4	167,6	173,1	161,8	166,9	173,0	161,0
15-24	167,8	173,2	162,4	167,5	172,7	162,1	168,2	173,5	162,8	168,2	174,3	162,2
25-34	168,7	174,1	162,7	168,8	174,7	162,5	169,1	175,0	162,8	168,7	175,2	162,3
35-44	167,4	172,7	161,5	167,8	173,2	161,7	168,0	173,5	162,1	167,5	173,8	161,2
45-54	166,3	170,9	160,7	166,4	171,3	160,8	166,9	171,9	161,4	166,2	171,5	160,8
55-64	165,8	170,5	160,3	165,1	170,1	159,6	165,9	171,2	160,2	165,1	170,8	159,5
65-74	164,5	169,7	159,0	164,9	170,4	159,6	164,7	169,9	159,4	163,6	169,3	158,9
75+	162,7	168,8	157,2	163,0	167,9	157,8	162,5	168,6	157,5	161,6	168,9	156,8

**Tablo 4.3.** 15 yaş üstü bireylerde 2008 – 2014 arasındaki yaş ile cinsiyete göre boy ortalamaları (cm) (TÜİK, 2016)

Türkiye Sağlık Araştırmaları (2014) kapsamında yapılan çalışmalarda Türkiye'deki bireylerin yaş ve cinsiyete göre boy ortalamaları tablodaki gibi tespit edilmiştir. Yıllara bakıldığında boy ortalamalarının tüm yaş gruplarında ortalama olarak benzer olduğu görülmektedir. Fakat bireylerin boy ortalamaları yıllara göre çapraz değerlendirme yapıldığında yaş gruplarına göre yıllar içinde boy ortalamalarının kısaldığı gözlenmektedir.

Etmenler	Var		Yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Yağlı gıda yeme	14	28	36	72
Sporu bırakma	5	10	45	90
Ameliyat / Hastalık	2	4	48	96
Sigarayı bırakma	1	2	49	98
Ergenlik dönemine girme	5	10	45	90
Yeni arkadaş ortamı	3	6	47	94
Evlenme, ayrılma, boşanma	8	16	42	84
Gebelik	12	24	38	76
<b>Toplam</b>	<b>50</b>	<b>12,5</b>	<b>350</b>	<b>87,5</b>

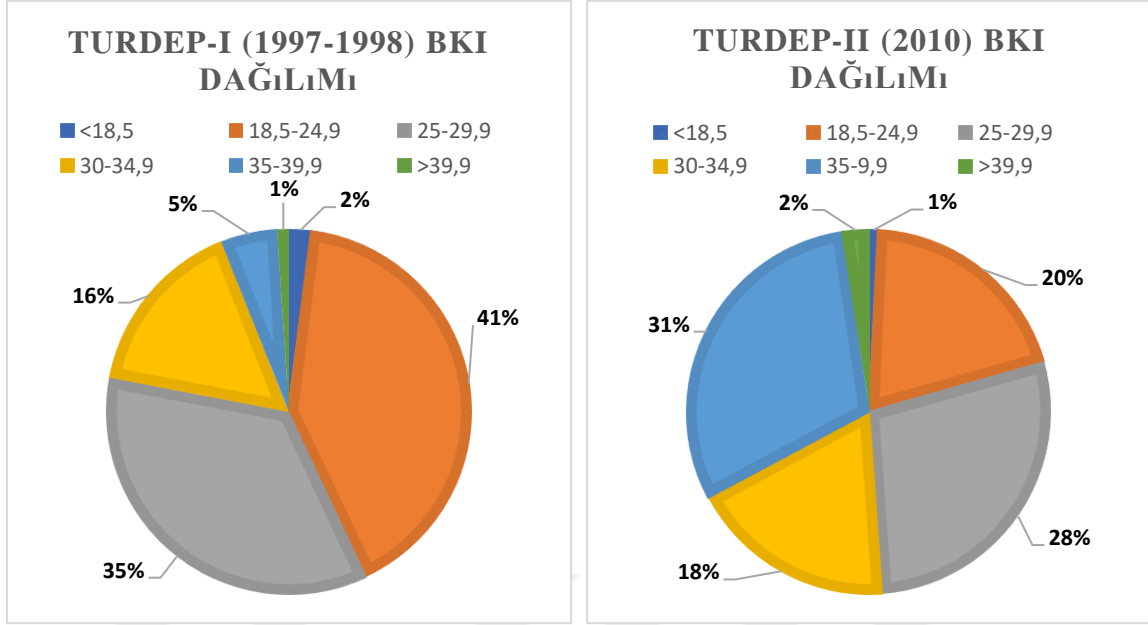
**Tablo 4.4.**Obeziteyi başlatan etmenler (Tezcan, 2009)

Obeziteyi etkileyen etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada en çok %28 oranıyla yağlı besin tüketiminin neden olduğu, daha sonra %24 oranıyla gebeliğin geldiği görülmektedir. En az oranda sigarayı bırakmanın obeziteye neden olduğu da çalışmada belirtilmektedir.

	Obez	%	Kontrol	%
<b>Beraber</b>	28	56,00	29	58,00
<b>Boşanmış/Ayrı</b>	7	14,00	4	8,00
<b>Anne/ Baba öldü</b>	15	30,00	17	34,00
<b>TOPLAM</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Tablo 4.5.** Ebeveyn birlikteliği ve obezite arasındaki ilişki (Tezcan, 2009)

Yapılan çalışmada Tezcan (2009) bireylerin ebeveynlerinin birlikteliği ile obezite arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir. Çalışmaya göre obez gruptaki bireylerin 28'inin ebeveyninin birlikte olduğu görülmektedir. En az obez bireyin ebeveynleri ayrılmış ailelerde olduğu görülmektedir. Yapılan başka bir çalışma ise bu verinin tam tersi olarak çocuk bakımını anne ve birinci derece akrabalar dışında yapılan ailelerdeki çocuklarda obezite görülme riskinin arttığını belirtmektedir (Shah, Sudharsanan, & Cunningham, 2017, s. 58-66) (Zahir, Heyman, & Wojcicki, 2013, s. 24-28).



**Şekil 4.1.** Yetişkin yaş grubunda BKİ değişimi (TURDEP1, 1998) (TURDEP2, 2010)

Şekilde bireylerin BKİ dağılımları değerlendirilmektedir ve çalışmaya katılan bireylerin 1997-1998 yılında büyük çoğunluğunun BKİ' si normal sınırlar arasında iken 2010 yılına gelindiğinde yüksek oranın obez sınıfına girdiği görülmektedir. Buna ek olarak Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2005 yılında AB ülkeleri ile Türkiye'deki kilolu ve obez bireylerin oranları birbirine yakın iken 2016 yılına gelindiğinde Türkiye'de normal kilonun üzerinde olan bireylerin %66,8 oranında olduğu buna karşın AB üyesi ülkelerde ortalama %53 ile %58 arasında değiştiği görülmektedir (WHO, 2016).

<b>BKI</b>										
<b>GELİR DÜZEYİ</b>		<b>Normal</b>	<b>%</b>	<b>Fazla Kilolu</b>	<b>%</b>	<b>Obez</b>	<b>%</b>	<b>Toplam</b>	<b>%</b>	<b>KAYNAK</b>
	<b>Alt gelir</b>	4278	22,4	3278	17,1	2197	11,5	9753	51,0	(TSA, 2014)
	<b>Orta gelir</b>	1329	6,9	1086	5,7	700	3,7	3115	16,3	
	<b>Üst orta gelir</b>	1460	7,6	1177	6,2	637	3,3	3274	17,1	(Çukur & Erdem, 2017)
	<b>Üst Gelir</b>	1302	6,8	1091	5,7	594	3,1	2987	15,6	
	<b>TOPLAM</b>	8369	43,8	6632	34,7	4128	21,6	19129	100,0	
<b>YIL/CİNSİYET</b>		<b>Zayıf</b>	<b>Normal</b>	<b>Fazla Kilolu (%)</b>	<b>Obez (%)</b>	<b>Toplam (%)</b>				<b>(TÜİK, 2016)</b>
		<b>(%)</b>	<b>(%)</b>							
<b>2014</b>	<b>Toplam</b>	4,2	42,2	33,7	19,9	100				
	<b>Kadın</b>	2,8	43,7	38,2	15,3	100				
	<b>Erkek</b>	5,5	40,7	29,3	24,5	100				
<b>2016</b>	<b>Toplam</b>	4	42,1	34,3	19,6	100				
	<b>Kadın</b>	2,5	43,8	38,6	15,2	100				
	<b>Erkek</b>	5,6	40,4	30,1	23,9	100				
<b>AİLE TİPİ</b>		<b>Normal</b>	<b>%</b>	<b>Obez</b>	<b>%</b>	<b>Toplam</b>	<b>%</b>			<b>(Soyuer, Ünalın, &amp; Elmalı, 2010, s. 867)</b>
	<b>Çekirdek</b>	141	91	14	9	155	88,1			
	<b>Parçalanmış</b>	9	100	0	0	9	5,1			
	<b>Geniş</b>	11	91,7	1	8,3	12	6,8			
	<b>Toplam</b>	161	91,5	15	8,5	176				
<b>SOSYAL GÜVENCE</b>										
	<b>SSK</b>	72	93,5	5	6,5	77	47,5			
	<b>Emekli Sandığı</b>	30	81,1	7	18,9	37	22,8			
	<b>Bağ kur</b>	17	89,5	2	10,5	19	11,73			
	<b>Yeşil Kart</b>	22	100	0	0	22	13,6			
	<b>Diğer</b>	7	100	0	0	7	4,3			
	<b>Toplam</b>	148	91,4	14	8,6	162	100			
<b>ANNE EĞİTİMİ</b>										
	<b>Okuryazar değil</b>	184	92	16	8	200	7,5			
	<b>Okuryazar</b>	183	91,95	16	8,05	199	7,5			
	<b>İlkokul</b>	818	84,6	149	15,4	967	36,2			
	<b>Ortaokul</b>	336	79,8	85	20,2	421	15,8			
	<b>Lise</b>	464	76,7	141	23,3	605	22,6			

	Üniversite	206	73,6	74	26,4	280	10,5	
	<b>Toplam</b>	2191	81,99	481	18,01	2672	100	
<b>Anne meslek</b>	<b>Çalışıyor</b>	1540	83,42	306	16,58	1846	69,1	(Can, 2011)
	<b>Ev hanımı</b>	651	78,91	174	21,09	825	30,9	
	<b>Toplam</b>	2191	82,02	480	17,98	2671	100	
<b>Baba Eğitim</b>	<b>Okuryazar değil</b>	65	87,84	9	12,16	74	2,9	
	<b>Okuryazar</b>	174	88,32	23	11,68	197	7,4	
	<b>İlkokul</b>	648	85,71	108	14,29	756	28,4	
	<b>Ortaokul</b>	409	83,98	78	16,02	487	18,3	
	<b>Lise</b>	600	80,00	150	20,00	750	28,2	
	<b>Üniversite</b>	295	72,30	113	27,70	408	15,3	
	<b>Toplam</b>	2191	82,27	472	17,73	2663	100	
<b>Baba meslek</b>	<b>Çalışmıyor</b>	211	86,48	33	13,52	244	9,1	
	<b>Çalışıyor</b>	1980	81,55	448	18,45	2428	90,9	
	<b>Toplam</b>	2191	81,99	481	18,01	2672	100	

**Tablo 4.6. Demografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki**

Tabloda demografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki değerlendirilmektedir. Tabloya göre gelir düzeyi ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ve en çok fazla kilolu ve obez bireyin alt gelir grubuna dâhil olduğu görülmektedir. Yıl ve cinsiyet ile obezite arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise obez bireylerin 2014 yılından 2016' ya gelindiğinde oranının arttığı, erkeklerin kadınlardan daha fazla oranda obez olduğu ve genel toplamda kadın ve erkeklerin fazla kilolu ve obez olma durumlarının eşit olanlarda olduğu görülmektedir. Ayrıca anne baba eğitimi ile çocuk obezitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında anne ve babası üniversite mezunu olan bireylerin en yüksek oranda obeziteye sahip olduğu görülmektedir. Tabloda parçalanmış aileye sahip birey bulunmaması yanıltıcı bir değer oluşmasına neden olmaktadır. Çünkü yapılan bir araştırma yalnız yaşayan bireylerden özellikle orta yaşlardaki kadınlarda obezite prevalansının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Tani, ve diğerleri, 2015, s. 8).

CİNSİYET	Zayıf	%	Normal	%	Fazla Kilolu	%	Obez	%	Toplam	%
Kadın	160	4,2	1451	38,1	1195	31,3	1006	26,4	3812	100
Erkek	56	2,5	966	42,6	830	36,6	418	18,4	2270	100
<b>YERLEŞİM YERİ</b>										
Kır	76	3,3	933	40,5	734	31,9	560	24,3	2303	100
Kent	140	3,7	1484	39,2	1291	34,2	864	22,9	3779	100
<b>YAŞ GRUBU</b>										
15-24	125	13,5	617	66,5	142	15,2	44	4,8	928	100
25-34	35	2,8	650	51,2	417	32,9	166	13,1	1268	100
35-44	19	1,6	426	34,9	459	37,7	315	25,8	1201	100
45-54	9	0,8	255	24,1	418	39,5	377	35,6	1059	100
55-64	12	1,4	219	25,6	301	35,1	325	37,9	857	100
65-74	4	0,8	147	30,0	200	40,8	139	28,4	490	100
75 ve üstü	12	4,6	103	39,5	88	33,7	58	22,2	261	100
<b>Öğrenim durumu</b>										
Okuryazar değil	23	2,8	252	30,6	283	34,3	266	32,3	824	100
Okuryazar	9	2,4	125	33,2	126	33,5	116	30,9	376	100
İlkokul	43	1,7	881	34,0	903	34,9	759	29,4	2586	100
Ortaokul	65	7,9	430	52,6	221	27,0	102	12,5	818	100
Lise	51	5,2	492	50,6	301	30,9	129	13,3	973	100
Üniversite	25	5,0	237	46,9	191	37,8	52	10,3	505	100
Toplam	216	3,6	2417	39,7	2025	33,3	1424	23,4	6082	100

**Tablo 4.7. Demografik özellikler ile obezite arasındaki ilişki – 2 (TBAAA, 2011)**

Obezite ile demografik öğeler arasındaki ilişkinin değerlendirildiği tabloda bireylerin yerleşim yeri, cinsiyet, yaş grubu ve öğrenim durumu gibi faktörler ele alınmaktadır. Kadın ve erkeklerde fazla kilolu ve obez oranı birbirine yakındır ve bireylerin yaklaşık yarısı bu grupta yer

almaktadır. Aynı şekilde bireylerin obezite oranının, yaşadıkları yere göre değerlendirildiğinde; birbirine yakın olduğu belirlenmektedir. Yaş grubuna göre en fazla obez 55-64 yaş arasındadır. Öğrenim durumuna göre ise en fazla okuryazar olmayan bireylerde obezite görülmektedir. Mesela; yapılan bir araştırma eğitim düzeyi ile obezite arasında ters orantı olduğunu söylemektedir. Ek olarak aynı çalışmada okuryazarlık ve eğitim durumu ile bireylerde sağlıklı yaşam bilinci doğru orantılı değiştiğinden daha önceki yıllara kıyasla bireylerin beslenmelerine ve sağlıklarına daha fazla özen gösterdiği söylenebilir denmektedir (Çayır, Atak, & Köse, 2011, s. 17).

Obezite düzeyi ve vücut tipi	Ev hanımı		Çalışan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	97	25,3	183	44,2	280	35,1
Fazla kilolu	144	37,6	156	37,7	300	37,6
Obez – I	100	26,1	59	14,2	159	19,9
Obez – II	33	8,7	14	3,4	47	6
Obez – III	9	2,3	2	0,4	11	1,4
Kendi vücut tipini algılama						
Çok iyi	100	26,1	109	26,3	209	26,2
İyi	47	12,3	83	20	130	16,3
Zayıf	12	3,1	16	2,4	24	2,8
Fazla kilolu	224	58,5	212	51,3	436	54,7
Eğitim düzeyi						
İlkokul	188	49,1	26	6,3	214	26,9
Ortaokul	32	8,4	13	3,1	45	5,6
Lise	114	29,8	119	28,7	233	29,2
Üniversite	49	12,8	256	61,8	305	38,3
Diyet yapma alışkanlığı						
Hiç	230	60	261	63	491	61,6
Ara sıra	132	34,5	127	30,7	259	32,5
Sık sık	16	4,2	10	2,4	26	3,3
Düzenli	5	1,3	16	3,9	21	2,6

**Tablo 4.8. Kadının çalışma durumu ile obezite arasındaki ilişki (Arslan & Ceviz, 2007, s. 211-220)**

Tablo incelendiğinde çalışmaya katılan ev hanımı bireylerin çoğunluğunun fazla kilolu, çalışan bireylerin ise normal kilo aralığında olduğu görülmektedir. Hem ev hanımı hem de çalışan bireylerin çoğunluğu kendi vücutlarını fazla kilolu olarak algılamaktadır. Ayrıca genel olarak bireylerde düzenli diyet yapma alışkanlığı bulunmamaktadır.



Obezite düzeyi ve vücut tipi							
Hastalık durumu	Ev hanımı			Çalışan			
	Normal	Fazla kilolu	Obez I-II-III	Normal	Fazla kilolu	Obez I-II-III	
Hastalığım yok	60	75	25	130	105	32	
Şeker	3	3	20	4	2	10	
Tansiyon	9	19	39	7	14	17	
Kalp – Damar	2	10	19	8	4	7	
Diğer	23	37	39	34	31	9	
Toplam	97	144	142	183	150	75	

**Tablo 4.9. Bireylerin hastalık durumları ile obezite arasındaki ilişki** (Arslan & Ceviz, 2007, s. 211-220)

Tablo incelendiğinde hem ev hanımlarında hem de çalışan bireylerde en fazla ilişkinin obezite ile tansiyon arasında olduğu görülmektedir. Fakat tablo genel olarak değerlendirildiğinde herhangi bir hastalığı olmayan bireylerde daha fazla obezite görülmektedir.

Kantinde tüketilen yiyecek cinsi	tüketilen	Simit/Poğaç	Zayıf/ Normal	%	Fazla kilolu	%	Obez	%
			738	76,0	92	9,5	141	14,5
Kantinde tüketilen içecek	tüketilen	Tost/Sandviç	258	74,4	29	8,4	60	17,3
		Bisküvi/Kraker	367	85,7	23	5,4	38	8,9
		Çikolata	36	92,3	2	5,1	1	2,6
		Çay/Kahve	310	72,3	73	17,0	46	10,7
Kahvaltı durumu	yapma	Meyve suyu	485	77,6	71	12,0	38	6,4
		Asitli içecek	374	81,6	75	15,6	33	6,8
		Süt	51	69,9	12	16,4	10	13,7
		Su	50	84,7	3	5,1	6	10,2
Kahvaltı durumu	yapma	Yapan	970	77,6	194	15,5	86	6,9
		Yapmayan	752	79,0	102	10,8	97	10,2

**Tablo 4.10. Beslenme parametreleri ile obezite arasındaki ilişki** (Aksakal & Oğuzöncül, 2017, s. 13-23)

Okul öğrencileri ile yapılan bir çalışmada bireylerin kahvaltı yapma durumları ile kantinde tükettikleri besinlerin incelendiği ve obezite ile ilişkisi kurulduğu görülmektedir. Tabloya göre bireylerin kantinde tükettiği besinler ile obezite arasında önemli bir ilişki bulunmadığı anlaşılmaktadır.

ÖZELLİKLER		Normal		Obez	
		Sayı	%	Sayı	%
Bebeklikte beslenme türü	Anne sütü	1353	61,8	288	60,1
	Mama	338	15,4	95	19,4
	Karma	500	22,8	98	20,5
Anne sütü alma ayı	0-6 ay	864	39,6	192	41,5
	7-12 ay	650	30	137	29,8
	12-24 ay	593	28,0	114	24,7
	>24 ay	84	2,4	38	4
Öğle yemeği temin etme yeri	Ev	1483	67,7	304	63,5
	Okul yemekhanesi	174	7,9	55	11,1
	Okul kantini	473	21,6	105	21,9
	Ev veya okul	53	2,4	14	2,9
	Cafe	8	0,4	3	0,6
Abur cubur tüketimi	Evet	811	55,4	284	58,9
	Hayır	977	44,6	197	41,1
Beslenme tarzını sağlıklı değerlendirme	Evet	354	16,2	105	21,9
	Hayır	1837	83,3	376	78,1

**Tablo 4.11. Bireylerin beslenme alışkanlıkları ile obezite arasındaki ilişki (Can, 2011)**

Tabloda bireylerin beslenme durumları ile obezite arasındaki ilişki incelenmektedir. Obez bireylerin büyük kısmının anne sütü ile beslendiği ve özellikle 0-6 ay arasında anne sütü tükettiği görülmektedir. Abur cubur tüketiminin de obeziteyi arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca kilosu hem normal hem de obez olan bireylerin büyük çoğunluğu beslenme tarzını sağlıklı olarak değerlendirmemektedir.

İştahı etkileyen faktörler		Artar		Azalır		Değişmez	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İştahı etkileyen faktörler	Sevinç / mutluluk	7	31,8	11	50,0	4	18,2
	Üzüntü	14	63,6	6	27,3	2	9,1
	Heyecan	7	31,8	12	54,6	3	13,6
	Stres	15	68,2	6	27,3	1	4,5
Öğünler	Sabah	5	22,7	9	40,9	8	36,4
	Kuşluk	4	18,2	-	-	18	81,8
	Öğle	11	50,0	-	-	11	50,0
	İkinci	12	54,5	-	-	10	45,5
	Akşam	17	77,3	-	-	5	22,7
	Gece	4	18,2	-	-	18	81,8

**Tablo 4.12. Bireylerin iştah durumu ile çeşitli faktörler arasındaki ilişki (Güçlü, 2016)**

Tabloda bireylerin iştah durumları ile çeşitli faktörler arasındaki ilişkiye bakılmaktadır. Bireylerin büyük kısmı stres ve üzüntü durumunda iştahın arttığını heyecan, sevinç ve mutluluk durumunda da azaldığını belirtmektedir. Sadece öğünler bazında iştah durumu değerlendirildiğinde ise bireyler özellikle akşam öğününde iştahın arttığını, ara öğünlerde ise değişmediğini belirtmektedir.

		Zayıf		Normal		Kilolu	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeme şekli	Az çiğnerim, hızlı yerim	53	37,3	219	54,5	45	60,8
	Çok çiğnerim, yavaş yerim	89	62,7	183	45,5	29	39,2
Öğünler	<b>Kahvaltı</b>						
	Her zaman	86	60,6	240	60	39	50,6
	Bazen	43	30,3	131	32,8	32	41,6
	Hiçbir zaman	13	9,2	29	7,3	6	7,8
	<b>Kuşluk</b>						
	Her zaman	14	9,9	28	7	10	13
	Bazen	49	34,8	126	31,5	13	16,9
	Hiçbir zaman	78	55,3	246	61,5	54	70,1
	<b>Öğle</b>						
	Her zaman	109	77,3	309	77,3	52	67,5
	Bazen	20	14,2	76	19	22	28,6
	Hiçbir zaman	12	8,5	15	3,8	3	3,9
	<b>İkinci</b>						
	Her zaman	29	20,6	49	12,3	11	14,3
	Bazen	58	41,1	167	41,8	31	40,3
	Hiçbir zaman	54	38,3	184	46	35	45,5
	<b>Akşam</b>						
	Her zaman	125	88,7	358	89,5	69	89,6
	Bazen	12	8,5	38	9,5	4	5,2
	Hiçbir zaman	4	2,8	4	1	4	5,2
	<b>Gece</b>						
	Her zaman	17	12,1	29	7,3	8	10,4
	Bazen	59	41,8	125	31,3	18	23,4
	Hiçbir zaman	65	46,1	246	61,5	51	66,2

**Tablo 4.13. Bireylerin günlük öğünlere göre yemek yeme durumu, yeme şekli ile obezite arasındaki ilişki (Uzun, 2015)**

Bireylerin yemek şekli ile BKİ arasındaki ilişkiye bakıldığında obez bireylerin çoğunluğunun az çiğneyip hızlı yemek yediği anlaşılmaktadır. Ayrıca tabloya göre aynı şekilde obez bireylerin büyük çoğunluğu ara öğün tüketmemektedir.

Besin grubu		Normal		Obez	
		Sayı	%	Sayı	%
Süt	Az tüketim	760	34,7	146	30,5
	Sık tüketim	1431	65,3	335	69,5
Yoğurt	Az tüketim	754	34,4	169	34,9
	Sık tüketim	1417	65,6	312	65,1
Peynir	Az tüketim	441	20,1	95	19,4
	Sık tüketim	1750	79,9	386	80,6
Beyaz et	Az tüketim	1710	78,0	389	81,2
	Sık tüketim	481	22,0	92	18,8
Kırmızı et	Az tüketim	1753	80,0	393	81,6
	Sık tüketim	438	20,	88	18,4
Yumurta	Az tüketim	671	30,6	192	39,7
	Sık tüketim	1520	69,1	289	60,3
Kurubaklagil	Az tüketim	1457	66,5	318	66,4
	Sık tüketim	734	33,5	163	33,6
Ekmek	Az tüketim	124	5,7	38	7,9
	Sık tüketim	2067	94,3	443	92,1
Reçel bal	Az tüketim	638	29,1	138	36,2
	Sık tüketim	1553	70,9	383	63,3
Tereyağı	Az tüketim	1014	46,3	269	55,7
	Sık tüketim	1127	53,7	212	44,3
Zeytinyağı	Az tüketim	1374	62,7	316	65,6
	Sık tüketim	817	37,3	165	34,4
Tost	Az tüketim	1206	55,0	303	62,8
	Sık tüketim	985	45,0	178	37,2
Hamburger	Az tüketim	1725	78,7	412	85,6
	Sık tüketim	466	21,3	69	34,4
Sosisli sandviç	Az tüketim	1730	79,0	408	85,2
	Sık tüketim	461	21,0	73	14,8
Bisküvi, kek	Az tüketim	1085	49,5	286	59,7
	Sık tüketim	1106	50,5	195	40,3
Cips, Patates	Az tüketim	1366	62,3	366	76,4
	Sık tüketim	825	37,7	115	23,6
Kola	Az tüketim	1348	61,5	325	67,4
	Sık tüketim	843	38,5	156	32,6
Çikolata	Az tüketim	783	35,7	196	40,5
	Sık tüketim	1408	64,3	285	59,5

**Tablo 4.14. Tüketilen besin grubu sıklığı ile obezite arasındaki ilişki (Can, 2011)**

Tüketilen besin grubuyla BKİ arasındaki ilişkiye bakıldığında obez bireylerin yarıya yakın bir kısmının abur cubur olarak tabir edilen besinleri az tükettiğini belirttiği görülmektedir. Bunu yanı sıra obez bireylerin %92,1' i ekmeği sık tükettiğini ifade etmektedir.

		Zayıf		Normal		Obez		KAYNAK
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sağlık Problemi	Var	29	20,3	51	12,6	15	19,5	(Uzun, 2015)
	Yok	114	79,7	354	87,4	62	80,5	
Kilolu akraba	Var	13	9,1	60	14,8	17	22,1	
	Yok	130	90,9	345	85,2	60	77,9	
		Normal		Obez		Toplam		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kronik hastalık	Var	14	50	14	50	28	100,0	(Yangın & Hınçal, 2016, s. 1-6)
	Yok	79	77,5	23	22,5	102	100,0	
Sürekli ilaç kullanma	Evet	8	40	12	60,0	20	100,0	
	Hayır	85	77,3	25	22,7	110	100,0	
Hipertansiyon	Var	730	33,3	185	38,2			(Can, 2011)
	Yok	1461	66,7	296	61,8			
Diyabet	Var	453	20,7	132	27,1			
	Yok	1738	79,3	349	72,9			

**Tablo 4.15. Aile bireylerinde var olan hastalıklar ile obezite arasındaki ilişki**

Tabloya bakıldığında bireylerin aile bireylerinde hem obez hem de sürekli ilaç kullananların oranının %60 olduğu, obez bireylerin %38,2' sinde hipertansiyon, %27,1' inde diyabet olduğu belirtilmektedir.

		Normal		Obez		KAYNAK	
		Sayı	%	Sayı	%		
Okula ulaşım şekli	Yürüme / Bisiklet	1665	76,0	322	66,8	(Can, 2011)	
	Diğer	526	24,0	159	33,2		
TV izleme süresi (s/g)	1-2	1323	60,4	303	62,8		
	3-4	621	28,3	135	28,2		
	5-6	189	8,6	29	6,1		
	>7	58	2,6	14	2,9		
Reklam izleme süresi	Evet	515	23,5	134	28,0		
	Hayır	649	29,6	129	26,9		
	Bazen	1027	46,9	218	45,1		
Fiziksel aktivite durumu	Evet	135	6,2	24	4,6		
	Hayır	1065	48,6	226	47,2		
	Bazen	991	45,2	231	48,2		
Uyku süresi (s/g)	5-6	481	22,0	79	16,5		
	7-8	674	30,8	166	34,7		
	9-10	804	36,7	193	39,9		
	>10	232	10,6	43	9,0		
PC kullanma süresi (s/g)	1-2	1333	60,8	312	65,1		
	3-4	299	13,6	76	15,9		
	5-6	95	4,3	29	6,1		
	>6	60	2,7	17	3,5		
	Bilgisayarım yok	355	16,2	40	8,4		
	Hiç kullanmıyorum	49	2,2	7	1,0		
		Zayıf		Normal		Obez	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Masa başı							
1-3 saat		47	22,4	140	66,7	23	11,0
4-6 saat		77	25,2	191	62,4	38	12,4
>7 saat		18	17,3	71	68,3	15	14,4
Fiziksel aktivite							
Evet		58	19,3	207	69,0	35	11,7
Hayır		85	26,2	198	60,9	42	12,9
Uyku süresi							
3-5 saat		15	28,8	30	57,7	7	13,5
6-10 saat		120	21,9	361	65,9	67	12,2
>11 saat		7	31,8	12	54,5	3	13,6

**Tablo 4.16. Bireylerin yaşam tarzı ile obezite arasındaki ilişki**

Bireylerin çeşitli aktiviteler ile obezite arasındaki ilişki durumları tabloda incelenmekte olup Can'a (2011) göre obez bireylerin %39,9'u günde 9-10 saat uyurken, Uzun (2015) obez bireylerin %13,6'sının 11 saatten fazla, %12,2'sinin 6-10 saat arasında uyduğunu belirtmektedir. Tabloya göre obez bireylerin büyük kısmı günde 1-2 saat PC kullanmaktadır. Ayrıca obez bireylerin yarıya yakını fiziksel aktiviteyi hiç yapmadığını, diğer kısmı da bazen yaptığını söylemektedir.

		Obez		Kontrol	
		Sayı	%	Sayı	%
Diyet	Yapıyor	16	32,0	6	12,0
	Yapmıyor	17	34,0	38	76,0
	Yapmış bırakmış	17	34,0	6	12,0
Diyetisyene başvuru	Var	33	66,0	4	8,0
	Yok	17	34,0	46	92,0

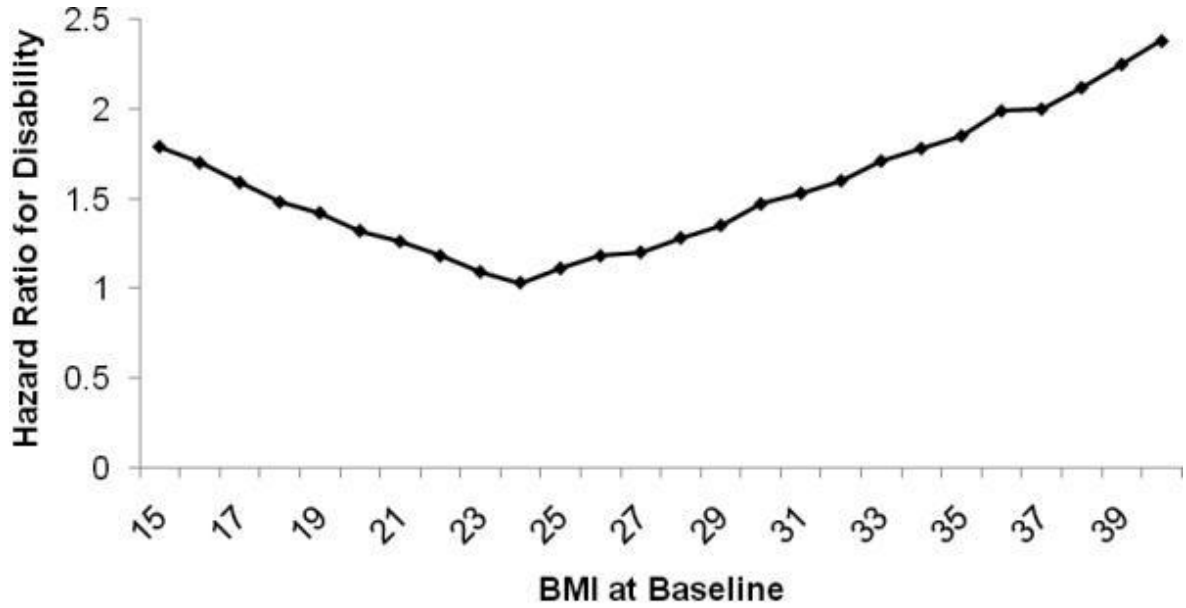
**Tablo 4.17. Bireylerin diyet yapma ve diyetisyene başvurma ile obezite arasındaki ilişki (Tezcan, 2009)**

Bireylerin diyet yapma durumları ile diyetisyene başvurma durumlarının değerlendirildiği tabloda obez bireyler eşit oranlarda diyet yapma, yapmama ve yapıp bırakma durumuna sahiptirler. Ayrıca obez bireyler %66 oranında diyetisyene başvururken, kontrol grubu %92 oranında diyetisyene başvurmadığı görülmektedir.

	Toplam hekim sayısı	Hekimlerin bulunduğu toplam il sayısı	Belirtilen tarihe kadar toplam obezite cerrahi vakası	Yıllık ortalama yeni obezite vaka sayısı
2008	43	10	2197	Bilinmiyor
2010	58	17	3268	535
2012	112	31	4511	621

**Tablo 4.18. Obezite cerrahisi uygulayan hekim sayısı (SAGM, 2014)**

Tablo incelendiğinde obezite cerrahisi ile ilgilenen hekim sayısının yıllar içerisinde arttığı, aynı şekilde yıllık yeni obezite vakasının da arttığı görülmektedir.



Adapted from Al Snih et al., 2007

#### Şekil 4.2. Bireylerin sakatlık durumuna göre BKİ eğrisi

Şekilde bireylerin sakatlık durumları ile obezite arasındaki ilişkiye bakılmaktadır. Beden kitle indeksi 15'ten 25'e doğru gittikçe azalan sakatlık oranı BKİ 25'in üzerine çıktıkça artma eğilimindedir.

Çalışma/Yazar	Yapıldığı yer/Yıl	Katılımcı sayısı/Yaş grubu	Obezite prevalansı %
Kanbur ve ark.	Ankara / 1999-2000	6462 / 9 – 16 yaş	Genel: 2,3
Soylu ve ark.	İzmir / 2000	1024 (K:511, E:513) Ort, Yaş 10,1	Genel: 1,3
Atamtürk ve ark.	Ankara / 2009	891 (K:446, E:445) 7-14 yaş	(K:2,3, E: 1,5)
Süzek ve ark.	Muğla / 2010	1170 (K:564, E:606) 6-15 yaş	(K:3,3, E: 3,3)
Kara ve ark.	Güneydoğu Anadolu / 2010	1912 (K:872, E:1040) 7-16 yaş	Genel: 8,5 (K:6,8, E: 10,1) Genel: 8,2 (K:7,3, E: 9,1)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)	81 il, 600 merkez / 2010	2567 / 0-5 yaş 1138 / 6-18 yaş	Genel: 7,7 (K:8,4, E: 7,0)
Ercan ve ark.	Ankara / 2010 – 2011	8848 / 11-18 yaş	Genel: 4,1
Aksoydan ve ark.	Kocaeli / 2011	319 / İlkokul çağı	Genel: 1,3
Metinoğlu ve ark.	Kastamonu / 2012	480 / 10-12 yaş	(K:13,7, E: 21,5)
Muslu ve ark.	Aydın / 2012	2331 (K:1110, E:1230) 7-15 yaş	Genel: 7,9 (K:6,1, E: 9,3)
Altuncan ve ark.	Karaman / 2013	26025 / 6-19 yaş	Genel: 7,9 (K:6,1, E: 9,3)
Önsüz ve ark.	Sakarya / 2015	2166 / 6-15 yaş	Genel: 18,0
Gökler ve ark.	Eskişehir / 2015	3918 / Lise	Kırsal: 7,9, Kentsel: 11,3

**Tablo 4.19. Türkiye'de adolesanlarda yapılmış obezite çalışmaları (TEMĐ, 2018)**

Adolesan bireylerle ilgili yapılmış obezite çalışmalarına genel olarak bakıldığında

obezite prevalansının %3-9 aralığında olduğu gözlenmektedir. Her iki cinsiyette de obezite prevalansı yaklaşık değerlerde görülmektedir.

Çalışma/Yazar	Yapıldığı yer/Yıl	Katılımcı sayısı/Yaş grubu	Obezite prevalansı %
Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP-I) Satman ve ark.	15 İl, 540 Merkez / 1997 - 1998	24788 (K:13708, E:11080) >19	Genel: 22,3 (K:29,9, E: 12,9)
Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TOHTA) Yumak ve ark.	Türkiye / 1999 – 2000	23888 (K: 6969, E: 16919) >19	Genel: 19,4 (K:24,3, E:14,4)
Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Onat ve ark.	6 il / 2000 6 il / 2003	3681 / >29 2269 / >29	(K:43,0 / E:21,1) (K:44,2 / E:25,2)
Başçova Kardiyovasküler Hastalıklar Çalışması / Ünal ve ark.	Balçova / 2007	16080 (K: 10528, E:5552) >29	Genel: 39,1 (K:44,2, E: 29,6)
Türkiye Sağlık Araştırması (TÜİK)	Türkiye / 2008 Türkiye / 2010 Türkiye / 2012	>14	Genel: 15,2 (K:18,5, E: 12,3) Genel: 16,9 (K:21,0, E: 13,2) Genel: 17,2 (K:20,9, E: 13,7)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)	81 İl, 600 merkez / 2010	4853 (K:3038, E: 1815) >18	Genel: 30,3 (K:41,0, E: 20,5)
TURDEP-II / Satman ve ark.	15 il, 540 merkez / 2010	26499 (K:16696, E: 9327) >19	Genel: 31,2 (K:44,0, E: 27,0)
Doğan ve ark.	Afyonkarahisar / 2010	1947 >17	Genel: 31,7 (K:39,8, E: 20,7)
Kutlutürk ve ark.	Tokat / 2011	1095 (K:554, E:541) >17	Genel: 23,4 (K:33,6, E: 12,9)
Aydın ve ark.	Melen / 2012	2222 (K:1418, E:84) Ort. Yaş 50	Genel: 43,3 (K:53,1, E: 26,9)
Ustu ve ark.	Tokat / 2012	5162 (K:1885, E:3277) >17	Genel: 29,5 (K:22,3, E: 33,6)

**Tablo 4.20. Türkiye’de yetişkin bireylerle yapılmış obezite çalışmaları (TEMĐ, 2018)**

Yetişkin bireylerle ilgili obezite çalışmalarına genel olarak bakıldığında obezite prevalansının %20-40 aralığında olduğu gözlenmektedir. Ayrıca obezitenin genel olarak kadınlardaki prevalansı erkeklere göre daha yüksektir.



Ölçek alt grupları	Gruplar		t.p
	Normal (n:2191) X±SS	Obez (n:481) X±SS	
Ruh sağlığı	37,41 ± 6,99	37,89 ± 6,70	1.045, 0.160
Beden imgesi	27,61 ± 4,58	28,32 ± 4,75	1.678, 0.002
Sosyal ilişki	33,25 ± 5,65	33,65 ± 5,47	9.590, 0.148
Duygusal düzey	29,19 ± 5,43	29,78 ± 5,42	0.869, 0.032
Toplam puan	127,49 ± 15,54	129,66 ± 15,54	1.725, 0.005

**Tablo 4.21. Benlik saygısı ile obezite arasındaki ilişki (Can, 2011)**

Benlik saygısı ile obezite arasındaki ilişkinin incelendiği tabloda benlik saygısı ile ilgili hem toplam puanın hem de diğer kriterlerin puanının obez bireylerde normal bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

	Obez		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yemeye ilişkili duygu hali</b>				
<b>Var</b>	3	64,0	10	20,0
<b>Yok</b>	18	36,0	40	40,0
<b>Neşeli iken yemek yeme</b>				
<b>Var</b>	15	30,0	4	8,0
<b>Yok</b>	35	70,0	46	92,0
<b>Üzüntülü iken yemek yeme</b>				
<b>Var</b>	26	52,0	7	14,0
<b>Yok</b>	24	48,0	43	86,0
<b>Endişeli iken yemek yeme</b>				
<b>Var</b>	21	42,0	3	6,0
<b>Yok</b>	19	58,0	47	94,0
<b>Öfkeli iken yemek yeme</b>				
<b>Var</b>	15	30,0	3	6,0
<b>Yok</b>	35	70,0	47	94,0

**Tablo 4.22. Bireylerin yemek yeme ile ilişkili duygu hali (Tezcan, 2009)**

Bireylerin duygu değişimleri ile yemek yeme tutumları karşılaştırılmaktadır. Tabloya göre obez bireylerin %64'ü duygu değişimlerinden etkilendiğini belirtirken, normal bireylerin sadece %20'si bu beyanda bulunmaktadır. Üzüntü durumu da en fazla obezlerde yemek yemeyi tetikleyen duygu hali olarak görülmektedir.

Duygusal ihmale neden olanlar	Obez		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Anne</b>				
Var	13	26,0	4	8,0
Yok	37	74,0	46	92,0
<b>Baba</b>				
Var	15	30,0	6	12,0
Yok	35	70,0	44	88,0
<b>Kardeşler</b>				
Var	5	10,0	2	4,0
Yok	45	90,0	48	96,0
<b>Akraba</b>				
Var	6	12,0	4	8,0
Yok	44	88,0	46	92,0
<b>Aile dışı</b>				
Var	4	8,0	1	2,0
Yok	46	92,0	49	98,0
<b>Duygusal istismar</b>				
<b>Anne, baba, kardeşler</b>				
Hayır	40	80,0	46	92,0
Evet	10	20,0	4	8,0
<b>Aile dışı</b>				
Hayır	44	88,0	48	96,0
Evet	6	12,0	2	4,0
<b>Bedensel ihmal ve istismar</b>				
<b>Anne</b>				
Var	6	12,0	1	2,0
Yok	44	88,0	49	98,0
<b>Baba</b>				
Var	13	26,0	5	10,0
Yok	37	74,0	45	90,0
<b>Kardeşler</b>				
Var	2	4,0	2	4,0
Yok	48	96,0	48	96,0
<b>Akraba</b>				
Var	3	6,0	1	2,0
Yok	47	94,0	49	98,0
<b>Aile dışı</b>				
Var	6	12,0	2	4,0
Yok	44	88,0	48	96,0

**Tablo 4.23. Bireylerle ilgili duygusal ve bedensel ihmal, aile içi ve aile dışı istismar durumu ile obezite ilişkisi (Tezcan, 2009)**

Tablo incelendiğinde obez bireylerin normal bireylere göre aile, akraba ve arkadaşları tarafından daha fazla oranda duygusal ihmal ve istismara uğradığı görülmektedir. Bedensel ihmal ve istismarın ise çok düşük oranlarda görüldüğü belirtilmektedir.

	Zayıf		Normal		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Depresyon</b>								
<b>Var</b>	32	22,4	74	18,3	20	26	126	20,2
<b>Yok</b>	111	77,6	331	81,7	57	74	499	79,8

**Tablo 4.24. Bireylerde depresyon varlığı ile obezite arasındaki ilişki** (Uzun, 2015)

Tabloya göre en fazla depresyon varlığı obez bireylerde olarak belirlenmektedir. Fakat genel olarak bakıldığında depresyon varlığı %20,2 olarak görülmektedir.

Beden ağırlığı algısı sınıflaması	Sayı	%
<b>Zayıf</b>	637	10,5
<b>Normal</b>	3161	51,9
<b>Fazla kilolu</b>	1787	29,4
<b>Obez</b>	497	8,2
<b>Toplam</b>	6082	100,0

**Tablo 4.25. Bireylerin beden ağırlığı algısı sınıflandırması** (TBAAA, 2011)

Bireylerin beden ağırlığı algısı sınıflandırılması yapılan çalışmada bireylerin %51,9'u kendini normal olarak algılamakta, bu oranı sırasıyla %29,4 ile fazla kilolu, %10,5 ile zayıf ve %8,2 oranıyla obez algılayanlar izlemektedir.

BKI sınıflaması	Beden ağırlığı algısı sınıflaması				Toplam	
	Zayıf veya normal		Fazla kilolu veya obez		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Zayıf veya normal</b>	2386	90,6	247	9,4	2633	100,0
<b>Fazla kilolu veya obez</b>	1412	40,9	2037	59,1	3449	100,0
<b>Toplam</b>	3798	62,4	2284	37,6	6082	100,0

**Tablo 4.26. Beden kitle indeksine göre beden ağırlığı algısının değişimi** (TBAAA, 2011)

Tabloya göre zayıf ve normal bireyler kendilerini genel olarak zayıf veya normal hissederken; fazla kilolu ve obez bireylerin %40,9'u kendini zayıf veya normal hissederken, %59,1'i kendini fazla kilolu veya obez hissetmektedir.

BKI sınıflaması	Beden ağırlığı algısı sınıflaması																			
	Kır										Kent									
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		Toplam		Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	43	56,6	31	40,8	1	1,3	1	1,3	76	100,0	92	65,7	46	32,9	1	0,7	1	0,7	140	100,0
Normal	200	21,4	670	71,9	60	6,4	3	0,3	933	100,0	240	16,2	1064	71,6	170	11,5	10	0,7	1484	100,0
Fazla kilolu	17	2,3	448	61,1	238	32,4	31	4,2	734	100,0	30	2,3	632	49,1	545	42,2	83	6,4	1290	100,0
Obez	5	0,9	127	22,7	293	52,3	135	24,1	560	100,0	10	1,2	143	6,5	479	55,4	233	26,9	865	100,0
Toplam	265	11,5	1276	55,4	592	25,7	170	7,4	2303	100,0	372	9,8	1885	49,9	1195	31,6	327	8,7	3779	100,0

**Tablo 4.27. Yerleşim yerine göre BKI-beden ağırlığı algısı sınıflaması değişimi (TBAAA, 2011)**

Yerleşim yerine ve beden kitle indeksine göre bireylerin beden ağırlığı algısının belirlenmeye çalışıldığı tabloya göre obez bireyler hem kırdan hem de kentte kendilerini yaklaşık %50-55 oranında fazla kilolu olarak hissetmektedir. Aynı şekilde fazla kilolu bireylerde hem kentte hem de kırdan kendilerini büyük oranda normal hissetmektedir.

BKI sınıflaması	Beden ağırlığı algısı sınıflaması																			
	Kadın										Erkek									
	Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		Toplam		Zayıf		Normal		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	99	61,9	58	36,2	2	1,3	1	0,6	160	100,0	36	64,3	19	33,9	0	0,0	1	1,8	56	100,0
Normal	235	16,2	1002	69,0	204	14,1	10	0,7	1451	100,0	205	21,2	732	75,8	24	2,7	3	0,3	966	100,0
Fazla kilolu	31	2,6	551	46,2	521	43,6	91	7,6	1194	100,0	16	1,9	529	63,7	262	31,6	23	2,8	830	100,0
Obez	12	1,2	181	18,0	544	54,0	270	26,8	1007	100,0	3	0,7	89	21,4	228	54,5	98	23,4	418	100,0
Toplam	377	9,9	1792	47,0	1271	33,3	372	9,5	3812	100,0	260	11,5	1369	60,3	516	22,7	125	5,5	2270	100,0

**Tablo 4.28. Cinsiyete göre BKI-beden ağırlığı algısı sınıflaması değişimi (TBAAA, 2011)**

Cinsiyete göre BKI ve beden ağırlığı algısı arasındaki ilişkinin incelendiği tabloda obez kadınların %54'ü kendini fazla kilolu, fazla kilolu kadınların ise %46,2'si kendin normal olarak algılamaktadır. Erkeklerde ise durum benzer olmakla birlikte fazla kilolu erkeklerin %63,7'sinin kendini normal olarak algılaması dikkat çekici bir durumdur.

Tanımlayıcı değişken	Obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul etme durumu							
	Evet		Hayır		Fikrim yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yerleşim yeri</b>								
Kır	1880	81,6	304	13,2	119	5,2	2303	100,0
Kent	3305	87,5	339	9,0	135	3,5	3779	100,0
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	3311	86,9	354	9,3	147	3,8	3812	100,0
Erkek	1874	82,6	289	12,7	107	4,7	2270	100,0
<b>Yaş grubu</b>								
15-24	655	82,4	125	15,3	35	4,3	815	100,0
25-34	1090	87,1	114	9,1	47	3,8	1251	100,0
35-44	1097	87,1	119	9,4	44	3,5	1260	100,0
45-54	931	87,6	85	8,0	47	4,4	1063	100,0
55-64	763	86,2	98	11,1	24	2,7	885	100,0
65-74	429	84,3	57	11,2	23	4,5	509	100,0
>74	220	71,6	45	15,1	34	11,3	290	100,0
<b>Öğrenim durumu</b>								
Okuryazar değil	629	76,3	118	14,3	77	9,4	824	100,0
Okuryazar	294	78,2	63	16,8	19	5,0	376	100,0
İlkokul	2222	85,9	265	10,2	99	3,9	2586	100,0
Ortaokul	687	84,0	103	12,6	28	3,4	818	100,0
Lise	877	90,1	74	7,5	22	2,3	973	100,0
Üniversite	476	94,3	20	4,0	9	1,7	505	100,0
<b>Toplam</b>	5185	85,3	643	10,6	254	4,1	6082	100,0

**Tablo 4.29. Obeziteyi sağlık sorunu kabul etme durumu (TBAAA, 2011)**

Obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul edip etmeme çeşitli faktörlere göre değerlendirilmektedir. Yerleşim yerine göre bireyler kırdaki kentte de yaşasa büyük oranda obezitenin bir sağlık sorunu olduğunu kabul etmektedir. Cinsiyete göre de durum aynıdır. Yaş grubuna göre bakıldığında bireyle büyük oranda obeziteyi sağlık sorunu olarak tanımlarken 74 yaşın üzerindeki bireylerde bu düşünce en az orana sahiptir. Ayrıca öğrenim durumu da obezite ile ilgili düşünceyi çok etkilememektedir. Fakat öğrenim seviyesi arttıkça bireylerin obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul etme oranı da artmaktadır.

Sınıflamalar	Obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul etme durumu							
	Evet		Hayır		Fikrim yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>BKI</b>								
Zayıf	174	80,6	24	11,1	18	8,3	216	100,0
Normal	2041	84,4	273	11,3	103	4,3	2417	100,0
Fazla kilolu	1732	85,6	214	10,6	78	3,8	2024	100,0
Obez	1238	86,9	132	9,3	55	3,8	1425	100,0
<b>Beden ağırlığı algısı</b>								
Zayıf	500	78,5	95	14,9	42	6,6	637	100,0
Normal	2621	82,9	391	12,4	149	4,7	3161	100,0
Fazla kilolu	1613	90,3	128	7,2	46	2,5	1787	100,0
Obez	451	90,7	29	5,8	17	3,5	497	100,0
<b>Doğru beden ağırlığı algısı</b>								
Doğru	2631	87,1	277	9,2	112	3,7	3020	100,0
Yanlış	2554	83,4	366	12,0	142	4,6	3062	100,0
<b>Toplam</b>	5185	85,3	643	10,6	254	4,1	6082	100,0

**Tablo 4.30. Obeziteyi sağlık sorunu kabul etme durumu (BKI, Beden algısı, Doğru beden algısına göre) (TBAAA, 2011)**

Tablo incelendiğinde beden kitle indeksine göre obez olanlar obeziteyi en fazla sağlık sorunu olarak grup olarak belirlenirken, beden ağırlığı algısına göre de en fazla orana sahip grup obez gruptur. Ayrıca doğru beden algısına sahip bireyler obeziteyi daha fazla oranda sağlık sorunu olarak görmektedir.

Tanımlayıcı değişken	Diyet uygulama durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yerleşim yeri</b>						
<b>Kır</b>	298	12,9	2005	87,1	2303	100,0
<b>Kent</b>	758	20,1	3021	79,9	3779	100,0
<b>Cinsiyet</b>						
<b>Kadın</b>	778	20,4	3034	79,6	3812	100,0
<b>Erkek</b>	278	12,2	1992	87,8	2270	100,0
<b>Yaş grubu</b>						
<b>15-24</b>	107	13,1	708	86,9	815	100,0
<b>25-34</b>	251	20,1	1000	79,9	1251	100,0
<b>35-44</b>	267	21,2	993	78,8	1260	100,0
<b>45-54</b>	199	18,7	864	81,3	1063	100,0
<b>55-64</b>	146	16,5	739	83,5	885	100,0
<b>65-74</b>	66	13,0	443	87,0	509	100,0
<b>&gt;74</b>	20	6,7	279	93,3	299	100,0
<b>Öğrenim durumu</b>						
<b>Okuryazar değil</b>	110	13,3	714	86,7	824	100,0
<b>Okuryazar</b>	55	14,6	321	85,4	376	100,0
<b>İlkokul</b>	446	17,2	2140	82,8	2586	100,0
<b>Ortaokul</b>	120	14,7	698	85,3	818	100,0
<b>Lise</b>	208	21,4	765	78,6	973	100,0
<b>Üniversite</b>	117	23,2	388	76,8	505	100,0
<b>Toplam</b>	1056	17,4	5026	82,6	6082	100,0

**Tablo 4.31. Çeşitli faktörlere göre diyet uygulama durumu (TBAAA, 2011)**

Tabloya bakıldığında kenttekilerin kırdakilere göre, kadınların erkeklere göre, 35-44 yaşları arasındakilerin diğer yaş gruplarına göre ve üniversite mezunlarının diğer gruplara göre daha fazla diyet yaptığı görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde ise diyet yapma oranı yaklaşık %20 civarındadır.

Tanımlayıcı değişken	Diyet uygulama durumu					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>BKI</b>						
Zayıf	13	6,0	203	94,0	216	100,0
Normal	255	10,6	2162	89,4	2417	100,0
Fazla kilolu	384	19,0	1640	81,0	2024	100,0
Obez	404	28,4	1021	71,6	1425	100,0
<b>Beden ağırlığı algısı</b>						
Zayıf	35	5,5	602	94,5	637	100,0
Normal	319	101	2842	89,9	3161	100,0
Fazla kilolu	526	29,4	1261	70,6	1787	100,0
Obez	176	35,4	321	64,6	497	100,0
<b>Doğru beden ağırlığı algısı</b>						
Doğru	335	29,1	816	70,9	1151	100,0
Yanlış	453	19,7	1845	80,3	2298	100,0

**Tablo 4.32. Diyet uygulama ile BKI, Beden algısı ve doğru beden algısı arasındaki ilişki (TBAAA, 2011)**

Diyet uygulama durumunun incelendiği tabloda BKI'ye göre de beden ağırlığı algısına göre de obez gruptaki bireylerin en fazla diyet yaptığı görülmektedir.

	Obez kadınlar (n:22)	
	Sayı	%
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
İçiyor	4	18,2
İçmiyor	17	77,3
Bıraktı	1	4,5
<b>Toplam</b>	22	100,0
<b>Sigara sayısı (adet/gün)</b>	X ± SS	8,5 ± 8,5
<b>Sigara kullanma süresi (yıl)</b>	X ± SS	12,3 ± 8,7
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Tüketiyor	1	4,5
Tüketmiyor	21	95,5
<b>Toplam</b>	22	100,0
<b>Alkol tüketim miktarı (ml/gün)</b>	X ± SS	22 ± 0

**Tablo 4.33. Sigara ve alkol kullanımı ile obezite arasındaki ilişki (Güçlü, 2016)**

Obez kadınlarla yapılan bir çalışmada obez kadınların %77,3' ünün sigara içmediği, %95,5'inin de alkol tüketmediği görülmektedir. Fakat yapılan bir çalışmada alkol kullanan bireylerin %79'u obez iken, kullanmayanların %41'inden obezite görülmektedir (Erkol & Khorshid, 2004, s. 101-107).

	Normal		Fazla kilolu		Obez	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Çocukluk çağında obez olma durumu</b>						
Evet	44	29,1	49	32,5	58	38,4
Hayır	109	36,5	122	40,8	68	22,7
<b>Ailede obez kişi</b>						
Var	67	28,6	91	38,9	76	32,5
Yok	86	39,8	80	37,0	50	23,1
<b>Daha önce obezite tedavisi görme durumu</b>						
Evet	2	4,2	14	29,2	32	66,7
Hayır	151	37,6	157	39,1	94	23,4
<b>Daha önce diyet yapma durumu</b>						
Evet	29	19,2	50	33,1	72	47,7
Hayır	124	41,5	121	40,5	54	18,1
<b>Diyet türü</b>						
Diyet yapmayan	124	41,5	121	40,5	54	18,1
KBB diyeti	-	-	3	37,5	5	62,5
Kilo koruma diyeti	1	50,0	1	50,0	-	-
Zayıflama diyeti	28	19,9	46	32,6	67	47,5
<b>Şuanda diyet yapma durumu</b>						
Yapıyor	67	42,1	65	40,9	27	17,0
Yapmıyor	86	29,6	106	36,4	99	34,0
<b>Öğün atlama durumu</b>						
Athıyor	33	23,1	58	40,6	52	36,4
Atlamıyor	120	39,1	113	36,6	74	24,1

**Tablo 4.34. Çeşitli faktörler ile obezite arasındaki ilişki (Çayır, Atak, & Köse, 2011)**

Obezite ile çeşitli faktörler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde çocukluk çağında obez olan bireylerin %38,4 gibi büyük kısmı yetişkinliğinde de obezdir. Ailesinde obez birey olan kişilerin büyük kısmı fazla kilolu veya obezdir. Bunun yanı sıra obez bireylerin büyük kısmı daha önce obezite tedavisi gördüğünü ve diyet uyguladığını belirtmektedir.





## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Canlılar yaşamlarının her döneminde beslenmek zorundadırlar. Yeterli ve dengeli beslenme bireylerin sağlıklı bir yaşam sürebilmeleri için en önemli şarttır. Fakat bazı dönemlerde veya durumlarda bireyler dengeli beslenememekte bunun sonucunda da çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedirler. Bu sağlık sorunlarının en komplike ve önemli olanı obezitedir.

Obezite gün geçtikçe şiddetini arttıran ve tüm dünyada görülen epidemik bir hastalıktır ve tedavisi çok zordur. Bu kapsamda ülkeler kendi sosyo ekonomik durumlarına göre obeziteden korunma ve obezite ile mücadele için çeşitli sağlık politikaları oluşturmakta ve obeziteye toplumsal savaş açmaktadırlar. Bu durum küreselleşen dünyada gün geçtikçe daha ciddi bir boyuta ulaşmaktadır.

Obezitenin bu denli büyük kitlelere ulaşmasının altında yatan faktörler ise hastalığın oluşması ve gelişmesi kadar önemli bir noktadır. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyeleriyle arasındaki ilişkiler yadsınmayacak kadar güçlüdür. Gelir dağılımındaki farklılıklar, teknolojinin gelişmişliği ya da kentleşme gibi bireysel ekonomiyi şekillendiren durumlar obezitenin oluşmasında da obezite ile mücadelede de önemli bir faktör olmaktadır. Bu durum da hem bireysel anlamda hem de ülke bağlamında ekonomiyi olumsuz yönde etkilemekte ve ülkeler bu duruma çözüm olarak ta çeşitli politikalar geliştirmektedir. Birçok ülke obezite ile mücadelede vergilendirme sistemini kullanmakta ve bunun sonucunda bireyleri daha sağlıklı besinleri tüketmeye yönlendirmektedir. Fakat Türkiye’de bu şekilde bir vergilendirme sistemi yoktur. Genel olarak bilinen ÖTV ve KDV gibi vergilerin genel olması ve sadece gelir elde etmek için uygulanması sağlıklı ve sağlıksız besinler arasında bir seçim şansını ortadan kaldırmaktadır.

Türkiye’de obeziteyle mücadele kapsamında 2006 yılından bu yana geliştirilen kamu politikaları kapsamında çeşitli uygulamalar yapılmakta, bu uygulamalar kamu spotları, reklamlar, afişler ve basın açıklamalarıyla desteklenmektedir. Fakat bu uygulamaların sonuçları değerlendirildiğinde uygulanan politikaların ya yetersiz olduğu ya da devamlılığının olmadığı görülmektedir.

Obezite tüm ülkelerde görüldüğü gibi gelişmekte olan ülkelere biri olan Türkiye’de gelir düzeyi düşük bireylerde daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni olarak da sağlıksız besinlere ulaşılabilirliğin daha kolay olması ve özellikle çocuk ve kadınların fiziksel aktiviteye bütçe ayıramamaları gösterilmektedir.

Sağlıklı yaşam kapsamında yapılan plan ve politikalar özellikle okullarda süt ve üzüm dağıtım ve kantinlerin denetlenmesi gibi durumlar etrafında çevrelenmiştir. Çocukları sağlıklı besinlere özendirici uygulamalar olması oldukça iyidir. Fakat buna rağmen çocukluk çağı obezitesinin gün geçtikçe artıyor olması bu uygulamaların yararlılığını sorgulatmaktadır. Süt ve üzüm dağıtım uygulamalarının sadece okullarda ve kısıtlı sürelerde sınırlı kalması günün çoğunu okul dışında geçiren çocuklarda çok kalıcı bir etkiye sahip olmamaktadır. Çünkü sadece geçici bir atıştırma olarak algılanmakta, bu besinlerin faydaları düzenli eğitimlerle çocuklara verilmemektedir. Ayrıca kantinlerin denetlenmesi bir yasa ile düzenli olarak yapılırsa da okul etrafında fast food satan yerlerin çok fazla olması çocukları kantin yerine okul dışındaki denetimsiz fast food olarak tabir edilen besinlere yönlendirmektedir. Bu da yapılan yasaların uygulanabilirliğini zorlaştırmaktadır. Fakat Türkiye’de dâhil hiçbir ulus-devlet, mc Donald ve coca cola ile mücadele edememektedir çünkü bunların cirosu ülkelerin cirosundan bile yüksek uluslararası şirketlerdir. Bu şirketler ülkelerde büyük yatırımlar yapmakta, ülkelere de para kazandırmakta ve işgücü sağlamaktadırlar, bu nedenle vazgeçilmezlerdir. Bu bir politika sorunudur ve bu şirketlere karşı önlem almak oldukça zordur. Çünkü ülke ekonomisinin seyrini belirleyen firmaların kamu erki tarafından denetimi kolay olmamaktadır. Ayrıca bugün bütün marketlerde hazır paketlenmiş raf ömrü uzun birçok yiyecek vardır. Yemek hazırlayıp eve kadar getiren birçok lokanta, kebabçı vb. bulunmaktadır ve bu gıda maddeleri için nasıl malzeme kullanıldığı bilinmemektedir. Dolayısıyla sağlık açısından risk teşkil etmektedir. Denetim mekanizmasının daha çok ikili ilişkilere dayandığı Türkiye’de bu tip hazır gıda yapan yerlerin denetimlerden olumlu sonuçlarla çıkması kolay olmakta, ancak yiyecek içecek sektöründe daha yeni olan veya ikili ilişkilerinde kuvvetsiz olan firmalar sıkı denetimlerden geçmektedir. Bu da tüketilen tüm hazır gıdaların sağlıklı olup olmadığı konusunda bireylerde soru işaretlerinin oluşmasına neden olmaktadır.

Beslenme bireysel bir ihtiyaç olmanın yanı sıra sosyolojik açıdan da önemli bir ihtiyaçtır. Bireyler beslenme şekillerini yaşadıkları çevrenin ve toplumun özelliklerine göre belirlemektedirler. Mesela; iklim şartları olumsuz olan çevrelerde yaşayan bireyler daha çok hamur işi besinler tüketirken tarıma elverişli bölgelerde yaşayanlar sebze ağırlıklı beslenmeyi tercih etmektedir ya da çevresindeki bireylerin çoğunluğu fast food ve hazır gıda tüketen birey bu besinlere yönelirken çevresinde saha sağlıklı besinler tüketen birey sağlıklı beslenme modelini tercih etmektedir. Dolayısıyla sosyolojik değişkenler bireylerin beslenme alışkanlıklarını olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyolojik açıdan

her bölgede, her bireyin aynı politikayı uygulaması tedavide başarı oranını düşürmektedir. Kamu politikaları oluşturulurken sadece kurallar silsilesi şeklinde tasarlanması gerçekten çok bir ütopya gibidir.

Obeziteyle mücadele kapsamında hazırlanan eylem planları ve politikalar incelendiğinde hep beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik uygulamaların olduğu görülmektedir. Buna karşın özellikle çocukları besinlere en fazla çeken reklamlara ilgili herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Özellikle sağlık çalışanları sayıları değerlendirildiğinde beslenme konusunda uzman olan sağlık personeli grubu diyetisyenlerle ilgili çok fazla sayısal bilgiye ulaşamamıştır. Bu da obezite tedavisinde kilit noktası olan diyetisyenlere verilen önemin azlığını göstermektedir. Tedavi sürecinde tek başına yeterli olmayan diyetisyenlik meslek gurubu obezite tedavisinin ana elamanıdır.

Fiziksel aktivite obezite ile mücadelede önemli bir ayağı oluşturmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de her gün 10000 adım sloganıyla uygulamaya geçirilen fiziksel aktivite uygulamaları çok iyi bir düşüncenin ürünüdür. Fakat burada ulaşılabilirlik ve ikna konusunda yetersizlik görülmektedir. Çünkü Halk Sağlığı Merkezleri’nce sadece belirli zamanlarda uygulanmış olması devamlılık olmadığının en büyük kanıtıdır.

Spor illaki toplu olarak ve belirli zamanlarda yapılmak zorunda değildir. Bireyler tek başlarına ve günlük rutin yaşamlarında kendilerine ayırabildikleri zamanlarda spor yapmak istemektedirler. Mesela Avrupa ülkelerinde bu tarz uygulama örnekleri vardır, örneğin Hollanda da Amsterdam kentinde insanlar isterlerse bisiklet ile işyerlerine gidip gelebilmektedir, bütün şehri saran bir bisiklet yolu ağı vardır, uzun yeşil yürüyüş yolları vardır. Türkiye’de ise İstanbul ve Ankara gibi iki büyük şehri arabalara teslim edilmiştir, yaya öncelikli olmayan bir kamu/devlet zihniyetinin obezite konusunda da önlem alabilmesi pek mümkün gözükmemektedir.

Obezite ile mücadelede kamusal anlamda yapılabilecek öneriler;

- Obezite vergisinin en uygun olacak şekilde iyi bir şekilde değerlendirilip, yasalaştırılıp uygulanması obezite ile mücadelede ekonominin güçlenmesi adına bir adım olabilir.
- Obezite mücadelesi çok zor ve pahalı bir sağlık problemidir. Dolayısıyla obeziteden korunma ve obeziteyle mücadele kapsamında hazırlanacak politikaların ülkenin ve bireylerin ekonomik durumları göz önüne alınarak

uygulanabilir, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olmasına dikkat edilmesi önerilebilir.

- Türkiye’de özellikle beslenme eğitimlerinin ve fiziksel aktivite uygulamalarının hem okullarda hem de iş yerlerinde denetim altında düzenli olarak yaptırılması faydalı olabilir.
- Özellikle beslenme konusunda eğitim almış diyetisyenlere bu alanda istihdamın artırılarak ilgili kamu kurumu ile koordineli bir şekilde yürütülmesi hedeflenmelidir. Aynı şekilde diğer meslek grupları olan gıda mühendisleri, ziraat mühendisleri ve spor eğitmenlerine de istihdam sağlanarak işbirliği içerisinde obezite ile mücadele edilmesi obezite ile mücadelede faydalı sonuçlar verebilir.
- Özellikle ebeveynlere yaşamın tüm alanlarında bilinçlendirme eğitimleri verilerek sağlıklı besin alış verişinden, yemek hazırlamaya kadar sağlıklı beslenmenin temellerinin atılması önerilebilir. Böylelikle en kutsal varlıklarımız olan annelerimizin geleceğimizin şekillenmesine olumlu katkılarda bulundurulması sağlanabilir. Çünkü biliyoruz ki çocuklar geleceğimiz, kadınlar geleceğimizin şekillendiricileridir.
- Beslenme derslerinin özellikle ilköğretim müfredatlarında olması yapılan değerlendirmeler sonucunda olumlu sonuçlar verebilir.
- Özellikle fast food ürün satan yerlerin sağlıklı ürün satmalarını teşvik ettirecek politikalar ve desteklerle olabilir.
- Yaşamın sürekliliği için temel ihtiyaç olan gıdaların tümünün çok sıkı denetlenmesi için yaptırımların artırılması ve denetim erkinin tamamen bağımsız karar verme yetkisine sahip olması sağlıklı besin tüketimi açısından olumlu bir gelişme olabilir.
- Obezite ile mücadelede sosyolojik etmenler düşünüldüğünde kamu erkinin oluşturacağı politikalar için öncelikle gerçekçi bir sosyolojik tespit yapıp ardından politikanın çerçevesinin çizilmesiyle birlikte mücadelede daha fazla ilerleme kaydedileceği düşünülmektedir.
- Kamu politikaları hazırlanırken; her açıdan ele alınıp, hem uygulatan hem uygulayan hem de denetleyen merciler açısından tam bir uyum içerisinde tasarlanması gerektiği düşünülmektedir. Fırsatlar ve zayıf yönler dikkatlice

ele alınarak misyon ve vizyona uygun olacak uygulamalara yer verilmesi önemli olabilir.

- Gıda reklamlarıyla ilgili çeşitli düzenlemelerin ve bireyleri sağlıklı gıdalara özendirici reklamların çekilmesi için kamu medya iş birliği yapılması gerekmektedir. Hazırlanan sağlıklı gıda reklamlarının televizyon, bilgisayar, tablet ve telefon gibi teknolojik cihazların hepsinde yer alması günümüzde daha fazla kullanılan sosyal medyada yer bulması özendirici olması açısından faydalı olabilir.
- Hem halk eğitimi hem de kamu hastanelerinde diyetisyen istihdamının önü açılarak bireylere daha ekonomik bir şekilde ulaşılmalı ve obezite mücadelesinin bir ayağını oluşturmalıdır.
- Bireyler fiziksel aktivitenin gerekliliği konusunda teşvik edilip ve ikna edilmesi obezite ile mücadelede faydalı olabilir. Bu konuda farklı politikalar geliştirilmesi olumlu olabilir.
- Milli Eğitim Bakanlığı ve büyük spor kulüpleri ortaklığında özellikle okul çağındaki çocuklar için belirli gün saatlerde sporun zorunlu kılınması çocukluk çağı obezite ile mücadelede olumlu sonuçlar verebilir. Kamu bütçesinin bu kısma belirli bir kısım ayırması bu kapsamda önemlidir diye düşünülmektedir.
- Devlet/kamu kurumları yürüyüş yolları yeşil alanlar bisiklet yolları havuzlar yapıp; bireylerin özgürce kendi istedikleri zaman herhangi bir aktiviteye seçme özgürlüğüne sahip olması bireyleri fiziksel aktiviteye teşvik edebilir.



## KAYNAKLAR

- Abrahamson, E. (1991). Managerial Fads and Fashions: The Diffusion and Rejection of Innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), s. 586-612.
- Ağırbaşlı, M., akır, S., zme, S., & Ciliv, G. (2006). Metabolic Syndrome in Turkish Children and Adolescents. *Metabolism*(55), s. 1002-1006.
- Akal, Z. (1998). *İşletmelerde lüm ve Denetim*. Ankara: MPM Yayınları.
- Akar, S. (2008). Obezite İle Vergilendirme: Türkiye’ De Mümkün M? *Journal Of Life Economics*.
- Akdoğan, A. (2012). Aydınlanmadan neoliberalizme kamu politikasınınırsarsıl(a)mayan egemenliği. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(4), s. 1-24.
- AkşamGazetesi. (2014). *Bu Hastalıktan Yılda 28 Milyon Kişi ölüyor*. 12 17, 2016 tarihinde Akşam Gazetesi: [www.aksam.com.tr/saglik/bu-hastaliktan-yilda-28-milyon-kisi-oluyor/haber-309321](http://www.aksam.com.tr/saglik/bu-hastaliktan-yilda-28-milyon-kisi-oluyor/haber-309321) adresinden alındı
- Aktan, C. C. (1997). Kamuda kalitesizliğe çözüm için toplam kalite. *Ekonomik Forum*, (s. 56-61). Saint Petersburg.
- Aktuğlu, M. A. (1996). *Denetleme ve Revizyon* (3 b.). İzmir: Barış Yayınları,.
- Akyılmaz, B. (2004). Anayasal Esaslar erevesinde Kamu Personeli Disiplin Hukuku ve Uygulamadaki Sorunlar. *Gazi Üniversitesi Huku Fakültesi Gazetesi*, 6(1-2), s. 241-262.
- Al, H. (2002). *Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi* (2 b.). Ankara: Bilimadamı Yayınları.
- Alikaşıfoğlu, A., & Yordam, N. (2000). Obezitenin tanımı ve prevalansı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 24(4), s. 475-481.
- Altay, S. (2000). Obezite Tedavisinde Diyetin zellikleri. *V. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi*, (s. 64-67). İstanbul.
- Amuna, P., & Zotor, F. B. (2007). Epidemiological And Nutrition Transition İn Developing Countries: İmpact On Human Health And Development. *Proceedings Of The Nutrition Society*(67), s. 82-90.
- Anderson, J. E. (2003). *Public Policymaking: An Introduction* (5 b.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Arıkboğa, E. (2007). Dünyada Kamu Yönetimi Değişirken Türkiye’de Ne Oluyor? *Dergi Park*, 15(44), s. 111-117.
- Askedaard, S., Jensen, A., & Holt, D. (1999). Lipophobia: A Transatlantic Concept? *Advances in Consumer Research*(26), s. 331-336.



- Asna, A. (1998). *Public Relations Temel Kavramlar*. İstanbul: Der Yayınları.
- Asna, A. (2004). *Notlar ve Değınmelerle Bir PR'cının Meslek Anıları*. İstanbul: Mediacat Yayınları.
- Atalay, A., & Kutsal, Y. G. (2000). "Pediatrik Obezite Ve Egzersiz. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(4), s. 537-548.
- Atay, C. (1999). *Devlet Yönetimi ve Denetimi* (2 b.). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Ateş, H. (2003). Postbürokratik Kamu Yönetimi. A. Balcı, A. Nohutçu, N. K. Öztürk, & B. Coşkun (Dü) içinde, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Atik, D., & Örten, T. (2008). İdeal Beden İmgesini Oluşturan Sosyal Ve Kurumsal Faktörler Ve Bu İdealin Bireyler Üzerindeki Etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Dergisi*, 25(1), s. 19.
- Atiyas, İ., & Sayın, Ş. (2000). *Devletin Mali ve Performans Saydamlığı*", *Kamu Maliyesinde Saydamlık*. İstanbul: Tesev Yayınları.
- Avcı, M. (2007). Yönetişim Çerçevesinde Sivil Toplum Kuruluşlarının Değışen Rolü ve Sivil Toplum Kuruluşları Üzerine Bir İnceleme: Isparta İli Örneği,. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 6-27. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.
- Aydın, A. (2010). *Marketteki Sütü İçmeyin*. 6 23, 2019 tarihinde Marketteki Sütü İçmeyin: <https://www.memurlar.net/haber/159145/marketteki-sutu-icmeyin.html> adresinden alındı
- Babaoğlu, K., & Hatun, S. (2002). Çocukluk Çağında Obezite. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*(11), s. 8-10.
- Başaran, İ. (2008). *Kent ve Yerel Yönetim*. İstanbul: Okutan Yayıncılık.
- Bayraktar, G. (1999). Yeni Sağ Düşüncesinin Kamu Yönetimindeki Yansıması Olarak Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı. *KÖK Araştırmalar*, 1(2), s. 55-65.
- Bayramoğlu, S. (2003). OECD ve Kamu Yönetimi. *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*(14), s. 25.
- Baysal, A. (2002). *Beslenme*. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
- Berberoğlu, M. (2001). Evaluation Of The Correlation Between Serum Tumor Necrosis Factor-Alpha And Relative Body Mass Index (Rbmı) İn Childhood. *Journal Of Pediatric Endocrinology*(14), s. 543-547.
- Besler, T. (2010). *Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bhardwaj, S., Misra, A., Khurana, L., Gulati, S., Shah, P., & Vikram, N. K. (2008). Childhood Obesity İn Asian Indians: A Burgeoning Cause Of İnsulin Resistance, Diabetes And Sub-Clinical İnflammation. *Asia Pac Ournal Clinical Nutrition*, 17(1).

- Bıçakçı, İ. (2006). *İletişim ve Halkla İlişkiler* (6 b.). İstanbul: Mediacat Yayınları.
- Bilgen, N. (1995). Kamu Yönetimi ve Demokrasi Eğitimi. *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri* (s. 1: 159). Ankara: TODAİE.
- Bilgiç, V. (2003). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı. A. Balcı, A. Nohutçu, & N. K. Öztürk (Dü) içinde, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya Ve Türkiye Yansımaları* (s. 20-50). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Bilici, G. (2012). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı ve Bütçe Sistemi: Türkiye Örneği. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 25. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Ana Bilim Dalı.
- Birkland, T. A. (2011). *An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts and Models of Public Policy Making* (3 b.). New York: M. E. Sharp Inc.
- Birmingham, C. L., Muller, J. L., Palepu, A., Spinelli, J. J., & Anis, A. H. (1999). The cost of obesity in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 160(4), s. 483-488.
- Bocock, R. (1997). *Tüketim*. (İ. Kutluk, Çev.) Ankara: Dost Kitabevi Yayıncılık.
- Botha, H., & Boon, J. (2003). The Information Audit: Principles and Guidelines. *Libri*(53), 23-38.
- Bozkurt, Ö., & Ergun, T. (1998). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*. Ankara: TODAİE.
- Bozkurt, Ö., Ergun, T., & Sezen, S. (2008). *Kamu Yönetimi Sözlüğü* (2 b.). Ankara: TODAİE.
- Bozok, N. (2011). *Biyoiktidara Özgü Bir Özne(L)leşme Pratiği Olarak Popüler Sağlıklı Yaşam Söylemi, Toplum Ve Bilim*. Birikim Yayınları.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). The challenge of obesity in the european region and the strategies for response. *WHO regional Office for Europe*. Geneva.
- Bray, G. A. (2000). Clinical Evaluation of the Overweight Patient. *Up to Date*, 31-41.
- Brook, C. G. (1971). Determination Of Body Composition Of Children Fron Skinfold Measurement. *Archives Of Disease In Childhood*(48), s. 725-728.
- Caballero, B. (2007). The Global Epidemic Of Obesity: An Overview. *Epidemiologic Reviews* , s. 29.
- Carlisle, L. K., Gordon, S. T., & Sothern, M. S. (2005). Can Obesity Prevention Work For Our Children? *The Journal Of The Louisiana State Medical Society*, 157(1), s. 34-41.
- CDC. (1998, 9 19). *Çocuklar, Gençler ve Yetişkinler Arasında Aşırı Kilo Sıklığı - Amerika Birleşik Devletleri, 1988-1994*. 3 27, 2016 tarihinde The Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046647.htm> adresinden alındı
- Cevizci, A. (2014). *Etik-Ahlak Felsefesi*. İstanbul: Say Yayınları.

- CGKN. (2016). *Zayıflama Önerileri*. CGKN: <https://ps-af.facebook.com/CGKN...zayıflama...önerilerihttpbitly1fb0re12014...2015...> adresinden alındı
- Chairman, X. (2006). *Okul Sütü*. Tetrapak: <https://www.tetrapak.com> adresinden alındı
- Chan, Y. L., Leung, S. S., & Lam, W. W. (1998). Body Fat Estimation in Children by Magnetic Resonance Imaging, Bioelectrical Impesance, Skinfold and Body Mass Index: a Pilot Study. *Journal of pediatrics and child health*,(34), s. 22-28.
- Chen, C., & Menfield, C. E. (2017). Public Transportation, Automobiles and Walking: Using State Level Data to Examine Obesity in the U.S. *Public Policy and Administration Review*, 5(1), s. 1-14.
- Cherono, P. K. (2005). School Milk Programme Kenya. *First African School Milk Conferance* (s. 1-11). Kampala: FAO.
- Colagiuri, S. L., Magliano, D., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z., & Caterson, I. D. (2010). The cost of overweight and obesity in Australia. *Medicine Journal Australia*(192), s. 260-264.
- Colditz, & Graham, A. (1999). Economic costs of obesity and inactivity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31(11), s. 663.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing A Standart Definition For Child Overweight And Obesity Worldwide: İnternational Survey. *British Medical Journal*(320), s. 1-6.
- Cope, S., Frank, L., & Peter, S. (1997). Globalization, New Public Management And The Enabling State- Futures Of Police, Management. *International Journal Of Public Sector Management*, 10(6), s. 444-460.
- Coşansu, G., Demirezen, E., & Erdoğan, S. (2005). Adolesanlarda Obezite Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. *Hemşirelik Forumu*, (s. 2-5).
- Coward, R. (1989). *Kadınlık Arzuları. Günümüzde Kadın Cinselliği*. (A. Türker, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınrvı.
- Crane, D. (2003). *Moda Ve Gündemleri*. (Ö. Çelik, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- CT. (2016). *İklim Liderliği Çerçevesi*. Carbon Trust: <https://www.carbontrust.com/home/> adresinden alındı
- Cutler, D. M., Glaeser, E. L., & Shapiro, J. M. (2003). Why Have Americans Become More Obese? *Journal of Economic Perspectives*, 17(3), s. 93-118.
- Çabuklu, Y. (2004). *Toplumsalın Sınırında Beden*. İstanbul: Kanat Kitap.
- Çalışır, G. (2009). Küreselleşmenin Ortaya Çıkardığı Olayların Türkiye'deki Televizyon Haberlerine Yansımaları. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, 15. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çamdereli, M. (2000). *Ana Çizgileriyle Halkla İlişkiler*. Konya: Çizgi Kitabevi.

- Çayır, A., Atak, N., & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*(64), s. 1-20.
- Çevik, H. (2002). Kamu Yönetimi Başarısızlık Teorisi ve Eleştirisi. *Amme İdaresi Dergisi*, s. 35.
- Çevik, H. (2004). *Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Çevik, H. H. (2007). Örgüt Teorilerinde Değişim Çizgisi. M. E. Bilal Eryılmaz (Dü.) içinde, *Kamu Yönetimi Yazıları, Teoride Değişim Yeniden Yapılanma Sorunlar ve Tartışmalar* (s. 146). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çorakçı, A. (2001). Risk Faktörü Olarak Obezite. *Aktüel Tıp Dergisi, Obezite Özel Sayısı*,(6), s. 33-39.
- Çukurçayır, M. A. (2002). *Siyasal Katılma ve Yerel Demokrasi*. Konya: Çizgi Yayınevi.
- Daft, R. L. (1997). *Management* (4 b.). USA: The Dreyden Press.
- Dağlar, M. (2006). Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye’nin Güvenlik Hizmetlerine Etkileri. *Çağın Polisi Dergisi*, 64, s. 48-49.
- Daniels, S. R. (2005). Regulation Of Body Mass And Management Of Childhood Overweight. *Pediatric Blood & Cancer*, 44(7), s. 589-594.
- Davis, F. (1997). *Moda, Kültür Ve Kimlik*. (Ö. Arıkan, Çev.) İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Demirci, M. (2007). *Kamu Yönetimi Etiğinin Normatif Temelleri*. (B. Eryılmaz, M. Eken, & M. L. Şen, Dü) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Demirel, D. (2005). Kamusal Retorikte Moda Trend: Yeni Kamu Yönetimi. *Sayıştay Dergisi, Ankara*, 50-135.
- Dinçer, Ö., & Yılmaz, C. (2003). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 1: Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*. Ankara: T.C. Başbakanlık.
- DMK. (1965). Devlet Memurları Kanunu. *Devlet Memurları Kanunu*.
- Donohoue, P. A. (2004). *Obesity In” Nelson textbook of pediatrics* (17 b.). Philadelphia.
- Dönmez, S. (2012). *Kutu Süt Kanserojen Mi?* 6 23, 2019 tarihinde Star: <https://www.star.com.tr/yazar/kutu-sut-kanserojen-mi-yazi-705790/> adresinden alındı
- Dunleavy, P., & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money and Management*, 14(3), 9-16.
- DV. (2014). *Yükse Protein diyetleri*. Diyet Vakti: <http://www.diyetvakti.net/> adresinden alındı
- Dye, T. R. (2002). *Understanding Public Policy* (10 b.). New Jersey: Prentice Hall İnt.

- Ebbeling, B. C., Pawlak, B. D., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood Obesity: Public Health Crisis Common Sense Cure. *The Lancet*(360), s. 474-479.
- EC. (2017). *School fruit, vegetables and milk scheme*. European Commission: [https://ec.europa.eu/agriculture/school-scheme\\_en](https://ec.europa.eu/agriculture/school-scheme_en) adresinden alındı
- EğitimAjansı. (2015, 3 4). *Okul Sütü Zehirleri*. 3 21, 2018 tarihinde Eğitim Ajansı: <https://www.egitimajansi.com/haber/okul-sutu-zehirledi-haberi-38253h.html> adresinden alındı
- Emre, C. (2003). *Yönetim Bilimi Yazıları*. Ankara: İmaj Yayıncılık.
- Eraydın, A. (2007). Politikalarından Süreç Tasarımına: Yeni Bölgesel Politikalar ve Yönetişim Modelleri. *Çok Düzlemli Yönetişim, Bildiri Kitabı* (s. II. Bölgesel Kalkınma ve Yönetişim Sempozyumu, ). İzmir: Ege Üniversitesi.
- Erbaş, Ü. (2007). Orta Yaş Obez Bayanlara Yönelik Kalistenik Egzersizlerin Fiziksel Ve Fizyolojik Etkileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi .
- Erbaydar, T. (2001). Sağlık; Kimin İçin. *Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*(13), s. 49-58.
- Erdoğan, İ. (2004). Popüler Kültürün Ne Olduğu Üzerine. *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi*(57), s. 1-18.
- Erdoğan, Ö., & Tütüncü, İ. (2015). Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişki. *Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*(17), s. 89-115.
- Ergun, T. (2004). Kamu Yönetimi; Kuram, Siyasa, Uygulama. *TODAİE Yayınları*, s. 311.
- Ergun, T., & Polatoğlu, A. (1984). *Kamu Yönetimine Giriş*. Ankara: TODAİE Yayınları.
- Ergül, Ş., & Kalkım, A. (2011). Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), s. 223-230.
- Ergün, A. (2006). Yağ Hücreleri Ve Salgı Ürünlerinin Fonksiyonları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(3), s. 179-188.
- Erkol, A., & Khorshid, L. (2004). Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi. *Ssk Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2), s. 101-107.
- Eroğlu, H. T. (2018, 4 2). *Kamu Yönetiminde Değişim Perspektifinde Yeni Yaklaşımlar ve Etkileri*. Yerel yönetimler: <http://www.yerelsiyaset.com/v2/index.php?goster=ayrinti&id=491> adresinden alındı
- Ersoy, R; Çakır, B. (2007). Obezite. *Turkish Medical Journal*(1), s. 107-116.
- Eryılmaz, B. (1992). *Tanzimat ve Yönetimde Modernleşme*. İstanbul: İşaret Yayıncılık.
- Eryılmaz, B. (1999). *Kamu Yönetimi*. İstanbul: Erkam Matbaacılık.
- Eryılmaz, B. (2001). *Kamu Yönetimi*. İstanbul: Erkam Matbaası.

- Eryılmaz, B. (2004). s. 58.
- Eryılmaz, B., & Biricikoğlu, H. (2011). Kamu Yönetiminde Hesap Verilebilirlik ve Etik. *İş Aklakı Dergisi*, 4(1), 19.
- Eşki, H. (2003). Kamu Yönetiminde Değişim Ve Yeni Yönetim Modelleri. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 36. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Farazmand, A. (1999). Küreselleşme ve Kamu Yönetimi. (S. Kaygalak, Dü.) *Mülkiye Dergisi*, 25, s. 264-269.
- FazlaKilo. (2019). *Şok Diyetler*. Fazla Kilo: <https://www.fazlakilo.com/> adresinden alındı
- Featherstone, M. (2010). Body, Image and Affect in Consumer Culture. 194-195.
- Foucault, M. (2001). *The Birth Of Social Medicine, Power: The Essential Works Of Foucault 1954-1984*. (R. Hurley, Çev.)
- Foucault, M. (2004). *Toplumunu Savunmak Gerekir*. (Ş. Aktaş, Çev.) İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Foucault, M. (2006). *Kliniğin Doğuşu*. (M. Uysal, Çev.) Ankara: Epos Yayınları.
- Foucault, M. (2007). *Cinselliğin Tarihi*. (H. U. Tanrıöver, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Fujcher, J. (2000). Globalisation, The Nation-State And Global Society. *Sociological Review*(4), s. 522-543.
- Galal, O. M., & Hulett, J. (2005). Obesity Among School Children in Developing Countries. *Food and Nutrition Bulletin*, 26(2), s. 261.
- Gardner, R. M. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 327-337.
- GazeteVatan. (2008). *Zayıflarken Öldü*. Gazete Vatan: [www.gazetevatan.com.tr](http://www.gazetevatan.com.tr) adresinden alındı
- Giddens, A. (2003). *The globalizing of modernity*. (D. Held, & A. m. Grew, Dü) Cambridge: Polity Press.
- Government, P. (2016). *Eat Well Guide*. Public Government: <https://www.gov.uk/government/publications/the-eatwell-guide> adresinden alındı
- Göymen, K. (2000). Türkiye’de Yerel Yönetimler ve Yönetişim: Gereksinimler, Öneriler, Yönelimler. *Ç. Y. Y. Dergisi*, 9(2), s. 11.
- Gözel, K. A. (2003). Yeni kamu yönetimi nedir? *Türk İdare Dergisi*, 150-450.
- Gözübüyük, Ş. (1999). *Yönetim Hukuku*, (13 b.). Ankara: Turhan Kitapevi,.
- Griffin, M. (2004). Issues in the Development of School Milk. *School Milk Workshop*, (s. 1-10). Roma: FAO Intergovernmental Group on Meat and Dairy.

- Grunig, J. E., & Hunt, T. T. (1984). *Managing Public Relations*. Belmont CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Güldü, Ö. (2018, 4 1). *Halkla İlişkiler*. Ankara Üniversitesi Açık Ders: [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/5611/mod\\_resource/content/0/KONU%201.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/5611/mod_resource/content/0/KONU%201.pdf) adresinden alındı
- Güler, B. A. (1997). Küreselleşme ve Yerelleşme: Yerel Altyapı Sektörü. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 6(3).
- Güler, B. A. (2005). *Yaklaşımları Sınıflandırmak, Çalışma Notu*. Ankara Üniversitesi: <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/bguler/kysiniflan.pdf> adresinden alındı
- Güler, Ç. (1990). İnsan Ekonomi ve Sağlık. *Sağlık ve Toplum*(4), 105.
- Gündoğan, E. (2004). Yönetim Reformlarının Gerekliliği Bağlamında İyi Yönetişim ve Türkiye'de Uygulanabilirliği. *Sivil Toplum Dergisi*, 119.
- Gündoğan, E. (2007). Katılımcı Demokrasi Bağlamında Yönetişim ve Bağcılar Belediyesi Örneği. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, 82. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gündoğan, F. (2006). Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Günel, N. (1995). 2000'li Yılların Eşiğinde Yönetimsel Denetim Sistemine Eleştirel Bir Bakış. *Türk İdare Dergisi*, 67(409), 17-36.
- Güngen, C. (2011, 3 2). *Can Güngen*. 6 24, 2019 tarihinde Weber'in: Aklın Demir Kafesi: [www.cangungen.com/2011/03/02/weberinaklin-demir-kafesi/](http://www.cangungen.com/2011/03/02/weberinaklin-demir-kafesi/) adresinden alındı
- Günöz, H. (2001). Çocuk ve Adolesanlarda Obezite. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(2), s. 58-61.
- Gürel, F. S., & İnan, G. (2001). Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3), s. 39-46.
- HaberTürk. (2017). *Tayfun Talipoğlu'nun Ölümünde Zayıflama Kremi Şüphesi*. HaberTürk: <https://www.haberturk.com/saglik/haber/1435005-tayfun-talipoglundun-olumunde-zayiflama-kremi-suphesi> adresinden alındı
- Hamurcu, r., Öner, C., Telatar, B., & Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin Benlik Saygısı Ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. *Türk Aile Hek Derg*, 19(3), s. 122-128.
- Harbili, S. (2008). İnsülin benzeri büyüme faktörleri (IGF): Egzersiz. *Genel Tıp Derg*, 18(4), s. 177-184.
- Harrison, S. (2000). *Public Relations An Introduction*. London: International Thomson Learning.
- Hasanoğlu, M. (2001). Küreselleşmenin Devlet Yönetimine Etkileri. *Sayıştay Dergisi*, s. 43.
- Hawkes, C. (2006). Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Globalization and Health*,(2), s. 4.

- Heper, M. (1992). Strong State as a Problem for the Consolidation of Democracy: Turkey and Germany Compared. *Comparative Political Studies*, 169-194.
- HG. (2015). *Onaysız FDA Ürününe 10 Yıl Hapis Cezası*. Hürriyet Gazetesi: <http://www.hurriyet.com.tr/haberleri/zayiflama> adresinden alındı
- HG. (2015-2020). Hürriyet Gazetesi: [www.hurriyet.com.tr](http://www.hurriyet.com.tr) adresinden alındı
- Himes, J. H., & Dietz, W. H. (1994). The Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services. *American Journal of Clinical Nutrition*(59), s. 307-316.
- Hood, C. (1991). A Public Management For All Seasons. (69), s. 3-19.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Polity Subsystem*. Toronto: New York University Press.
- HSGM. (2016). *Okullara Kuru Üzüm Dağılımı*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/okul-sagligi/okullarda-kuru-%C3%BCz%C3%BCm-da%C4%9F%C4%B1%C4%B1m%C4%B1.html> adresinden alındı
- Hürriyet. (2008). *Kuşhan'ın zayıflama kampında ölüm*. Hürriyet Gazetesi: <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/kushanin-zayiflama-kampinda-olum-9844094> adresinden alındı
- İbiş, C., & Çatıkkaş, Ö. (2012). İşletmelerde İç Kontrol Sistemine Genel Bakış. *Sayıştay Dergisi*(85), s. 95-121.
- İleri, H., Seçer, B., & Ertas, H. (2012). Sağlık Politikası Kavramı Ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Enstitüsü*(16).
- Irmak, H. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Irmak, H., Torunoğlu, M. A., Yardım, N., & Keklik, K. (2010). *Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ishikiwa, H., & Kuichi, T. (2010). Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi. *Biopsychosoc Med*, s. 4-18.
- James, P. T. (2004). Obesity: The Worldwide Epidemic. *Clinics in Dermatology*(22), 276-280.
- Jefkins, F. (2008). *Public Relations, Framewok Series*. New Jersey: Financial Times Prentice Hall.
- Jessop, B. (2005). *Hegemonya Post-Fordizm ve Küreselleşme Ekseninde Kapitalist Devlet*. (B. Yarar, & A. Özkazanç, Dü) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Ji, C. Y., Sun, J. Y., & Chen, T. J. (2004). Dynamic Analysis on the Prevalance of Obesity and Overweight School-age Children and Adolescents in Recent 15 Years in China. *Zhonghma Liu Xing Bing Xue*, 2(25), s. 103-108.



- Kahraman, A., & Bolışık, B. (2014). Küreselleşmenin Çocuk Sağlığına Etkileri. *The Journal of Pediatric Research*, 1(3), s. 108-120.
- Kahraman, H. B. (2005). *Cinsellik, Görsellik, Pornografi*. İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Kalender, A. (2013). Kavram Olarak Halkla İlişkiler, Dünyada ve Türkiye’de Halkla İlişkilerin Tarihsel Gelişimi, (Ed: Aydın Ziya Özgür) Halkla İlişkiler. *Halkla İlişkiler* (s. 2- 29). içinde Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları,.
- Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı*. Kalkınma Bakanlığı:  
Odop.Kalkınma.Gov.Tr/.../21saglikli\_%20yasam\_Ve\_Hareketlilik\_Programı.Pdf adresinden alındı
- Kandemir, N. (2000). Obezitenin Sınıflandırması ve Klinik Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(4), s. 500-506.
- Karaman, Z. T. (2000). Yönetim stratejilerindeki gelişmeler. *Türk İdare Dergisi*, s. 42.
- Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu–Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi*, s. 217-262.
- Karnak, İ. (2000). Obezite Tedavisinde Cerrahinin Yeri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(4), s. 554-573.
- Kazancı, M. (1997). *Kamuda ve Özel Sektörde Halkla İlişkiler* (2 b.). Ankara: Turhan Kitabevi.
- Kitchen, P. (2004). *The Evolution of Public Relations: Principles and Praticce*. (P. Kitchen, Dü.) London: International Thomson Business Press,.
- Kıvılcım, F. (2013). Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinin Gelişmekte Olan Ülke Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), s. 219-230.
- Klimsza, L. (2014). *Business Ethics, Introduction to the Ethics of Values*. (S. Klimzsova, Çev.)
- Köksal, G., & Özel, H. (2008). *Çocuk ve Ergenlik Döneminde Obezite*. Ankara: Klasmat MATbaacılık.
- Küçük, A. (2017). Avrupada sağlık hizmetleri. 90.
- Lam, J. T. (1996). Decentralization in Public Administration: Hong Kong’s Experience. *Public Policy and Administration*, 11(1), s. 30-44.
- Lane, J. E. (2000). *The Public Sector*. London: SAGE Publications.
- Leftwich, A. (1993). Governance, democracy and delepolment in the third world. *Third World Quarterly*, 14(3), s. 605-623.
- Lemke, T. (2013). *Biyopolitika*. (U. Özmakas, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.

- Lobstein, T., & Frelut, M. (2003). Prevalance of Overweight Among Children in Eeurope. *obesity reviews*(4), s. 195-200.
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in Children and Young People: a Crisis in Public Health. *Obesity review*, 5(1), s. 4-85.
- Luckhaupt, S. E., Cohen, M. A., Li, J., & Calvert, G. M. (2014). Prevalence of Obesity Among U.S. Workers and Associations with Occupational Factors. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), s. 237-248.
- Lustg, R. H. (2001). Teh Neuroendocrinology Of Childhood Obesity. *Pediatric Clinics Of North America*(48), s. 909-930.
- Mackinnon, B. (2008). *Ethics: Theory and contemporary issues* (6 b.).
- Maffeis, C. (2000). Aetiology of Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159(1), s. 35-44.
- Martorell, R., Kettle, K., Hughes, M. L., & Grummer-Stawn, M. L. (2000). Overweight and Obesity in Preschool Children from Devolving Countries. *İnternational Journal of Obesity*(24), s. 959-967.
- Mathiasen, D. G. (1999). The New Public Management and Its Critics. *International Journal of Public Management*, 2(1), s. 90-111.
- MedicalNewsToday. (2015). *What is Health? What Does Good Health Mean?* 7 1, 2018 tarihinde <http://www.medicalnewstoday.com/articles/150999.php>, adresinden alındı
- Mello, M. M., Studdert, D. M., & Brennan, T. A. (2006). Obesity, The New Frontier Of Public Health Law. *The New England Journal O F Medicine*(354), s. 24.
- Memurlar. (2008). *Obezite Bilgi Hattı*. 3 26, 2018 tarihinde Memurlar.net: <https://www.memurlar.net/Haber/114541/Saglik-Bakanligi-Ndan-Obezite-İle-Mucadele-Calistayi.Html> adresinden alındı
- MG. (2015). *Zayıflama İlacı komalık Etti*. Milliyet Gazetesi: <http://www.milliyet.com.tr/milliyet-tv/zayiflama-ilaci-komalik-etti-4599856> adresinden alındı
- MHTS. (1966, 2 21). *Terimler*. 2018 tarihinde Medeni Hukuk Terimler Sözlüğü: <http://www.terimleri.net/hukuk/medeni-hukuk-terimleri-sozlugu.htm>, adresinden alındı
- MilliEğitimBakanlığı. (2015, 1 10). *Kuru Üzüm Programı*. Milli Eğitim Bakanlığı: <http://tegm.meb.gov.tr/www/okul-uzumu/icerik/360>, adresinden alındı
- MilliEğitimBakanlığı. (2016). *Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar Ve Eğitim Kurumlarında Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi Genelgesi*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- MilliyetGazetesi. (2018). *Zayıflama yolları*. Milliyet Gazetesi: <http://www.milliyet.com.tr/haberler/zayiflama-yollari> adresinden alındı

- Moon, Y. S., Kim, D. H., & Song, D. K. (2004). Serum Tumor Necrosis Factor-Alpha Levels And Components Of The Metabolic Syndrome İn Obese Adolescents. *Metabolisms*,(53), s. 863-867.
- Must, A., Dallal, G. E., & Dietz, W. H. (1991). Reference Data For Obesity: 85th And 95th Percentiles Of Body Mass İndex And Triceps Skinfold Thickness. *American Journal Of Clinical Nutrition*(53), s. 839-846.
- Mynet. (2017). *İngiliz genç kız Türkiye'den getirttiği zayıflama hapları yüzünden öldü.* Mynet: <https://www.mynet.com/ingiliz-genc-kiz-turkiyeden-getirttigi-zayiflama-haplari-yuzunden-oldu-110102851792> adresinden alındı
- Naser, A. T. (2011). *A Modified Systematic Review And General Literature Review Of Overweight And Obesity Among Pregnant Women İn The Arab Gulf Countries.* New Zeland: Auckland University Of Technology.
- Nazlı, A. (2008). *Hastalık ve Hasta Bedenin Sosyal İnşası: Meme Kanseri Örneği.* İzmir: Güven Yayınevi.
- Nazlı, A. (2009). Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden. *Toplumbilim Beden Özel Sayısı*(2), s. 61-68.
- Neagu, A. (2015). Body image: a theoretical framework. *The Publishing House of the Romania Academy*, 17(1), s. 29-38.
- Newman, W. H. (1979). *Yönetim: İşletmelerde ve Kamu Yönetiminde Sevk ve İdare.* (K. Sürgit, Çev.) Ankara: TODAİE.
- Neyzi, O., & Ertuğrul, T. (2002). *Pediatric* (Cilt 1). İstanbul: Nobel Yayınevi.
- NHANNES1. (1973). *Plan And Operation Of Health And Nutrition Examination Survey, United States 1971 – 1973*". United States: Vital Health Stat.
- Nohutçu, A. (2003). *Sürdürülebilir Kamu Yönetimi Kalitesi İçin Toplam Kalite Yönetimi Performans Yönetimi Sorun Alanları, Uygulamalar ve Türk Kamu Yönetimine Uyarlanması*", *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yak. Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Modeller, Dünya ve Türkiye Yan.* . (A. BALCI, A. NOHUTÇU, U. K. ÖZTÜRK, & B. COŞKUN, Dü) Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- NTV. (2012, 5 8). *Sivas'ta Dağıtılan Sütte Mikroorganizma Çıktı.* 3 21, 2018 tarihinde NTV: [https://www.ntv.com.tr/turkiye/sivasta-dagitilan-sutte-mikroorganizma-cikti,IWU07B6xkEy\\_v2yyZZvRMg](https://www.ntv.com.tr/turkiye/sivasta-dagitilan-sutte-mikroorganizma-cikti,IWU07B6xkEy_v2yyZZvRMg) adresinden alındı
- NTV. (2015). *Zayıflama Hapı Öldürüyor.* NTV: [www.ntv.com.tr](http://www.ntv.com.tr) adresinden alındı
- Nürnberg, B. (1992). *Managing the Civil Service: What LDC's Can Learn from Developed Country Reforms.* Washington, D.C.: The World Bank.
- OECD. (2014, 6). *Helath - Obesity Update.* 2017 tarihinde OECD: [www.oecd.org/health/obesity-update.html](http://www.oecd.org/health/obesity-update.html) adresinden alındı
- Oktay, C. (1997). *Siyasal Sistem ve Bürokrasi.* İstanbul: Der Yayınları.

- OkulSütü. (2015). *Dünyada Okul Sütü*. 7 9, 2016 tarihinde Okul Sütü: [www.okulsutu.com/dunyada-okul-sutu](http://www.okulsutu.com/dunyada-okul-sutu) adresinden alındı
- Okumuşoğlu, S. (2017). Diyet Yapan Kadınlarda Beden Algısı, Benlik Saygısı, Yaş Ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisinin Araştırılması. *Ulakbilge*, 5(13), s. 1171-1181.
- Olca, N., & Hülya, G. (2008). Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 15(1), s. 14-22.
- Onal, G. (2000). *Halkla İlişkiler*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Organ, C. H., Kessler, E., & Lane, M. (1984). Longterm Results Of Jejunioileal Bypass In The Young. *American Surgery Journal*(50), s. 589-593.
- Orhan. (2006).
- Ozankaya, Ö. (1975). *Toplumbilim terimleri sözlüğü*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Ömürgönülşen, U. (1997). The Emergence of a New Approach to the Public Sector: The New Public Management. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 52(1), s. 517-566.
- Ömürgönülşen, U. (1998). The Emergence of a New Approach to The Public Sector: The New Public Management. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 2(1), s. 517-565.
- Ömürgönülşen, U. (2003). Kamu Sektörünün Yönetimi Sorununa Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu Yönetimi İşletmeciliği. M. Acar, & H. Özgür (Dü) içinde, *Çağdaş Kamu Yönetimi I* (s. 16-26). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Önder, F. O., Oğuz, G., Özben, B., & Atilla, S. (2004). Gülveren Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması ve Bunun Malnutrisyon Prevalansı ile Olan İlişkisi. *Hacettepe toplum Hekimliği Bülteni*, 21(1), s. 1-4.
- Öner, N., Vatansver, Ü., Sari, A., & Ekuklu. (2004). Prevalance of Underweight, Overweight and Obesity in Turkish Adolescents. *Swiss Medical Weekly*(134), s. 529-533.
- Özay, A. (2008). Küreselleşme sürecinde yeni kamu yönetimi anlayışının Türk kamu yönetimine ve güvenliğe etkisi ve uygulanabilirliği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*,. Ankara: Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü.
- Özcebe, H. (2013). *Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (COSI-TR)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Özcebe, H., Bosı, T. B., Yardım, N., Yardım, M. S., & Göğen, S. (2016). *Çocukluk Çağı Obezite Araştırması (COSI-TR)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Özer, M. A. (2005). *Yeni Kamu Yönetimi Teoriden Uygulamaya*. Ankara: Platin Yayıncılık.
- Özer, M. A. (2006). Yönetişim Üzerine Notlar. *Sayıştay Dergisi*, 51-63.

- Özer, M. A. (2007). Liberalizm ve Kamu Yönetiminde Etkinlik. B. Eryılmaz, M. Eken, & M. L. Şen (Dü) içinde, *Kamu Yönetimi Yazıları, Teoride Değişim Yeniden Yapılanma Sorunlar ve Tartışmalar*, (s. 82). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Özkan, G. (1995). *Hukuk Devleti ve Yargı Denetimi*. Ankara: Saydam Matbaacılık.
- Öztora, S. (2006). İlköğretim Çağındaki Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*(2), s. 11-14.
- Öztürk, A. (1994). Türkiye’de Halkın Yönetime Katılması, Mevcut Yerel Yönetim Anlayışı ve Çözüm Bekleyen Temel Sorunlar. *Türk İdare Dergisi*(405), 30.
- Page, E. C. (2000). Future Governance and the Literature on Policy Transfer and Lesson Drawing. *ESRC Future Governance Programme Workshop on Policy Transfer* (s. 1-15). London: Britannia House.
- Palabıyık, H. (2003). *Yönetimden Yönetişime: Yönetişim, Kentsel Yönetişim ve Uygulamaları ve Yönetişimde Ölçülebilirlik Üzerine Açıklamalar*. (M. A. ÇUKURÇAYIR, & A. TEKEL, Dü) Konya: Çizgi Yayınevi.
- Paole, M. D., & Robert, E. (2002). *Pediatric Obesity Concerns Ans Controversies*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Parlak, A., & Çetinkaya, S. (2007). Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), s. 27-33.
- Pehlivantürk, B. (2000). Çocuk Ve Ergenlerdeki Obezitenin Psikososyal Yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 21(4), s. 574-581.
- Peker, G., Çiloğlu, F., Buruk, G., & Bulca, Z. (2000). *Egzersiz Biyokimyası Ve Obezite*. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- Peltekoğlu, F. B. (2012). *Halkla İlişkiler Nedir?* İstanbul: Beta Yayın Dağıtım.
- Peppard, P. E., Young, T., Palta, M., Dempsey, J., & Skatrud, J. (2000). Longitudinal Study Of Moderate Weight Change And Sleep-Disordered Breathing. *The Journal Of The American Medical Association*, 283(23), s. 3015-3021.
- Petters, A., Koechlin, L., Förster, T., & Fenner, Z. (2009). *Non-State Actors as Standard Setters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pickett, K. E., Kelly, S., Brunner, E., Lobstein, T., & Wilkinson, R. G. (2005). Wider income gaps, wider waistbands? An ecological studyof obesity and income inequality. *Journal of Epidemiol Community Health*(59), s. 670-674.
- Pieper, A. (1999). *Etiğe giriş (Çev. V. Atayman ve G. Sezer), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.* (V. Atayman, & G. Sezer, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Pierre, J., & Peters, B. G. (2000). *Governance, Politics and the State*. Red Globe Press.
- Pillar, G., & Shehadeh, N. (2008). Abdominal Fat And Sleep Apnea: The Chicken Or The Egg? *Diabetes Care*, 303-309.
- Popkin, B. M. (1998). The nutrition transition and its health implications in LOwer-income countries. *Public health nutrition*(1), s. 5-21.

- Popkin, B. M. (2006). Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *American Journal of Clinical Nutrition*(84), s. 289-298.
- Public sector management, governance and sustainable human development. (1995). *UNDP, Discussion paper*.
- Ranne, J. E., Donaldson, M. D., Gregory, J. W., & Savage, M. O. (2001). Practical Endocrinology And Diabetes İn Children, United Kingdom” . *Blackwell Science*, 161-171.
- Reilly, J. J. (2005). Descriptive Epidemiology and health consequences of childhood obesity”, , cilt 19, sayı 3, s.327-341. *best practice research clinical endocrinology metabolism, 19*(3), s. 327-341.
- Reilly, J. J. (2006). Obesity in Childhood and Adolescence: Evidence Based Clinical and Publish Health Perspectives. *Postgrad Medical Journal*(82), s. 429-437.
- Rhodes. (1997). Understanding governance – policy Networks, governance, reflexivity and accountability. *Open university press*. Buckingham.
- Ridley, F. F. (1996). The New Public Management in Europe: Comperative Perspectives. *Public Policy and Administration, 11*(1), s. 16-29.
- Rose, N. (1994). *Medicine, History And Present”*, *Reassessing Foucault: Power, Medicine And Body*. (C.-J.-R. Porter, Dü.) London: Routledge.
- Rudolph, A. M., Kamei, K. R., & Overby, J. K. (2003). *Rudolph’s Fundamentals Of Pediatrics*. (M. Yurdakök, Çev.) Ankara: Öncü Basımevi.
- Sabuncuoğlu, Z. (2001). *İşletmelerde Halkla İlişkiler (5 b.)*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması*. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık Bakanlığı: <http://www.saglik.gov.tr> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye’de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri*. Ankara: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Daire Başkanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlıklı Beslenmenin Teşviki İçin Fiyat Politikalarının Kullanılması*. 2019 tarihinde Sağlık Bakanlığı: <http://ebelge.saglik.gov.tr> adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2015b). *Avrupada Trans Yağların Kaldırılması*. Sağlık Bakanlığı: <http://ebelge.saglik.gov.tr>, adresinden alındı
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Beslenme Dostu Okullar Programı, Uygulama Kılavuzu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Sağlıklı Yemek Tabagım*. Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/Tr,22550/Saglikli-Yemek-Tabagim.Html> adresinden alındı

- Saran, U. (2001). Küresel Değişim Dinamiklerinin Kamu Yönetimi Alanındaki Etkileri. *Türk İdare Dergisi*(433), s. 37-50.
- Sayıştay. (2000). *Sayıştay Raporu*. Ankara.
- Scarborough, P., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K. K., Allender, S., Foster, C., & Rayner, M. (2006). The Economic Burden Of İll Health Due To Diet, Physical İnactivity, Smoking, Alcohol And Obesity İn The Uk: An Update To 2006–07 Nhs Costs. *Journal Of Public Health*, 33(4), s. 527-535.
- Schuftan, C. (2003). Küreselleşme Çağında Yoksulluk ve Eşitsizlik: Değişim ve Yeniden Kavramsallaştırma Yapmamız Gereken. *International Journal for Equity in Health*, 2(4), s. 12.
- Schulze, G. G., & Ursprung, H. W. (1999). Glohalisation Of The Economy And The Nation State. *The World Economy*(3), s. 293-352.
- Schwartz, A. R., Patil, S. P., Loffan, A. M., Polotsky, V., Schneider, H., & Smith, P. L. (2008). Obesity Obstructive Sleep Apnea: Pathogenic Mechanisms And Therapeutic Approaches. *Proceedings Of The American Thoracic Society*, 5(2), s. 185-192.
- Sevil, M. (2004). *Türkiye 'de Modernleşme ve Modernleştiriciler*. Ankara: Vadi Yayınları.
- Shah, P. M., Sudharsanan, N., & Cunningham, S. A. (2017). Before- And After-School Childcare And Children 's Risk Of Obesity. *Pediatric Obesity*, 12(1), s. 58-66.
- Sietel, F. P. (2004). *The Praticice Of Public Relations*. New Jerney: Pearson Education Inc.
- Silver, T., Randolp, J., & Robbins, S. (1986). Longterm Morbidity And Mortality İn Morbidly Obese Adolescents After Jejunoileal Bypass. *Journal Of Pediatrics*(108), s. 318-322.
- Simmel, S. (2012). *Modern Kültürde Çatışma*. (T. Bora, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Solomon, M. R. (2004). *Tüketici Krallığının Fethi*. (S. ÇEtinkaya, Çev.) İstanbul: Mediacat.
- Sözen, S., & Shaw, I. (2002). The International Applicability of 'New' Public Management: Lessons From Turkey. *The International Journal OfPublic Sector Management*, 15(6), s. 475-486.
- Strock, G. A., Cottrell, E. R., & Abang, A. E. (2005). Childhood Obesity: A Simple Equation with Complex Variables". *Journal of Long Termeffects of Medical Implants*(15), s. 15-32.
- Sweeting, H. (2007). Meseasurement and Definitions Ob Obesity in Childhood and Adolescence: A Field Guide for the Uninitiated. *Nutrition Journal*(6), s. 32.
- Swinburn, B., & Sacks, G. (2011). The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*.(378), s. 804.

- Şaylan, G. (2003). Kamu Yönetimi Disiplininde Bunalım ve Yeni Açılımlar Üzerine Düşünceler. B. Aykaç, & H. Y. Şenol Durgun (Dü) içinde, *Türkiye'de Kamu Yönetimi* (s. 100-600). Ankara: Yargı Yayınevi.
- Şaylan, G. (2008). *Temsili Liberal Demokrasinin Önlenebilir Krizi* (1 b.). Ankara: İmge Kitabevi.
- Tani, Y., Kondo, N., Takagi, D., Saito, M., Hikichi, H., Ojima, T., & Kondo, K. (2015). Combined Effects Of Eating Alone And Living Alone On Unhealthy Dietary Behaviors, Obesity And Underweight In Older Japanese Adults: Results Of The Jages. *Appetite*, 95(1), s. 8.
- Taylor, F. W. (1911). *The Principles of Scientific Management*. ABD: Dover Publications.
- Taylor, R. W., Jones, I. E., Williams, S. M., & Goulding, A. (2000). *Evaluation Of Waist Circumference, Waist-To-Hip Ratio And The Conicity Index As Screening Tools For High Fat Mass As Measured By Dual-Energy X-Ray Absorptiometry In Children Aged 3-19 Year*.
- TDK. (2018, 3 28). *Türk Dil Kurumu*. Türk Dil Kurumu: [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts&kategori=veritbn&elimesec=179692](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=veritbn&elimesec=179692) adresinden alındı
- Tepe, H. (1998). *Bir Felsefe Dalı Olarak Etik*. Ankara: Doğu Batı Yayıncılık.
- THS. (2018, 3 24). *Türk Hukuk Sitesi*. 3 24, 2018 tarihinde Türk Hukuk Sitesi: <http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5617> adresinden alındı
- THSK. (2017). *Beslenme*. 7 3, 2017 tarihinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: [www.beslenme.gov.tr/index.php?page=39](http://www.beslenme.gov.tr/index.php?page=39) adresinden alındı
- Toksöz, F. (2008). *Toksöz, F. (2008), İyi Yönetişim El Kitabı, TESEV Yayınları*. İstanbul: TESEV Yayınları.
- Tola, H. T., Akyol, Eren, & DüNDAR. (2007). Ispartadaki Oçocuk Ve Adolesanlarda Obezite Sıklığı Ve Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Çocuk Dergisi*(7), s. 100-104.
- Tortop, N. (1983). Disiplin, disiplin cezaları ve disiplin suçları. *Amme idaresi dergisi*, 89-100.
- Tortop, N. (1993). *Halkla İlişkiler*. Ankara: Yargı Kitapevi.
- Turan, T. (2009). Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obezite Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. 8(1), 5-12.
- Turner, B. S. (1996). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. California: SAGE Publications.
- Tutum, C. (1994). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*. Ankara: TESEV Yayınları.
- TÜİK. (2013). *Haber Bültenleri*. TÜİK : [www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573) adresinden alındı
- TÜİK. (2015). Türkiye İstatistik Kurumu: [www.tuik.gov.tr/ustmenu.do?metod=temelist](http://www.tuik.gov.tr/ustmenu.do?metod=temelist) adresinden alındı



- TÜİK. (2016). *TÜİK Tablolar*. Türkiye İstatistik Kurumu: [Www.Tuik.Gov.Tr/Pretablo.Do?Alt\\_Id=1095](http://www.tuik.gov.tr/pretablo.do?alt_id=1095) adresinden alındı
- Türkiye Değerler Araştırması*. (2011). 3 28, 2018 tarihinde Connected Vivaki: <http://www.connectedvivaki.com/2011-turkiye-degerler-arastirmasi/> adresinden alındı
- Türkkahraman, D., & Bircan, T. (2006). Prevalance and Risk Factors of Obesity School Children in Antalya, Turkey. *Saudi Medical Journal*, 27(7), s. 1028-1033.
- Tüzün, M., Kabalak, T., & Yılmaz, C. (1999). *Obezite Ve Tedavisi*. İzmir: Mert Matbaacılık.
- USDA. (2018). *United States Department of Agriculture*. Choose My Plate: <https://www.choosemyplate.gov/> adresinden alındı
- Usta, A. (2011). Kamu Örgütlerinde Meslek Etiği Ve Çalışma Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, s. 403-421.
- Uzuegbu, C. P., & NNadozie, C. O. (2015). Henry Fayol's 14 Principles of Management: Implications for Libraries and Information Centres. *Journal of Information Science Theory and Practice*, 3(2), s. 58-72.
- Varoğlu, D. (1995). Kamu Bürokrasilerinde Profesyoneleşme ve Örgütsel Yapılanma Üzerine Etkileri. *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri*, (s. 12-13). Ankara: TODAİE.
- Vigarello, G., & Holt, R. (2011). *İşlenen Beden, 19. Yüzyılda Jimnastikçiler Ve Sporcular. Bedenin Tarihi 2 Fransız Devrimi'nden Büyük Savaş*. (O. Türkay, Çev.) İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- WHO. (1997). *Obesity preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesty.
- WHO. (2000). *Obesity preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Report of a WHO consultation on obesity.
- WHO. (2001). *Prevention and Management of the Global Epidemic of Obesity*. Genava: WHO consultation on Obesity.
- WHO. (2003). *World Health Organization*. 1 3, 2017 tarihinde World Health Organization: [www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/](http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/), adresinden alındı
- WHO. (2010). *Obesity*. World Health Organisation: [www.who.org](http://www.who.org) adresinden alındı
- WHO. (2014). *Avrupa Gıda Ve Beslenme Eylem Planı 2015-2020*. Kopernhag: Dünya Sağlık Örgütü.
- WHO. (2016). *Definition of Health*. 10 5, 2016 tarihinde World Health Organization: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets/fs369/en/> adresinden alındı
- WHO. (2016). *Who We are Constitution*. World Health Organisation: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> adresinden alındı

- Wilcox, D. L., & Cameron, G. T. (2005). *Public Relations Strategies and Tactics*. Boston: Pearson Education Inc.
- Wilson, W. (1887). İdarenin incelenmesi. (N. Abadan, Dü., & N. Abadan, Çev.) *Seçme parçalar*.
- Wolfe, J. D. (1989). *Democracy and Economic Adjustment: A Comparative Analysis of Political Change*. (E. Richard, Foglesong, & J. D. Wolfe, Dü) New York: Greenwood Press.
- WorldBank. (1993, 5 1). *1992 World Development Report*. WorldBank: <http://documents.worldbank.org/curated/en/995041468323374213/World-development-report-1992-development-and-the-environment> adresinden alındı
- Yalçın, L. (2010). Kamu Yönetimi Kuramları: Yöntembilimsel Bir Değerlendirme. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, 132. Ankara: Ankara üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Yönetim Bilimleri Anabilim Dalı.
- Yalçındağ, S. (1988). Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler. *Halkla ilişkiler Sempozyumu* (s. 59). Ankara BYYO ve TODAİE Yayınları.
- Yanovski, J. A. (2001). Intensive Therapies for Pediatric Obesity. (48), s. 1041-1053.
- Yayman, H. (1998). Kamu Yönetiminde Yeni Arayışlar ve Türk Kamu Yönetiminin Sorunları. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, 42. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- YeniŞafak. (2016). *Zayıflamak İçin Yılda 3 Milyar Dolar Harcanıyor*. Yeni Şafak Gazetesi: [www.yenisafak.com/Ekonomi/Zayıflamak-İcin-Yilda-3-Milyar-Dolar-Harcaniyor-2744524](http://www.yenisafak.com/Ekonomi/Zayıflamak-İcin-Yilda-3-Milyar-Dolar-Harcaniyor-2744524) adresinden alındı
- Yetkin, İ. (2005). *2. Gazi İç Hastalıkları Günleri Kitabı*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaası.
- Yıldırım, A. E. (2012). *Okul Sütünde Yanlışlar ve Gerçekler*. 6 27, 2019 tarihinde Tarım Dünyası: <https://www.tarimdunyasi.net/2012/05/04/Okul-Sutunde-Yanlislar-Ve-Gercekler/>, adresinden alındı
- Yılmaz, B. M. (2007). *Kamu Alımlarında İdari Denetim*. Ankara.: Yetkin Yayınları.
- YSM. (2015). *6 Aylık Dönemde Hareketli Yaşam Yürüyüşü Planı*. Yozgat: Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü.
- Yüksel, M. (2000). Yönetişim Kavramı Üzerine. *Ankara Barosu Dergisi*, 58(3), s. 145-159.
- Zaei, M. E. (2014). Globalization of National Policy-Making: An International Perspective. *Public Policy and Administration*, 13(2), s. 331-340.
- Zahir, n., Heyman, M. B., & Wojcicki, J. M. (2013). Association Between Childcare And Obesity At Age 4 İn Low-Income Latino Children. *Pediatric Obesity*, 8(2), s. 24.



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KARACA, Esra  
Uyruğu : T.C.  
Doğum tarihi ve yeri : 28.04.1984 / Soma  
Medeni hali : Evli  
Telefon : 0 533 312 3513  
Faks : -  
e-mail : esranisan@gmail.com

Eğitim		
Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	AHBV Üni, Lisans Üstü Eğitim Ens. Amme İdaresi ABD.	Devam
Lisans	Ankara Üni., Ziraat Fakültesi Hacettepe Üni., Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ocak, 2019 Haziran, 2007
Lise	Akhisar Anadolu Lisesi	Haziran, 2002

### İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
13 yıl	Meteoroloji Genel Müdürlüğü	Diyetisyen

### Yabancı Dil

İngilizce (Çok iyi) Almanca (Orta)

### Yayımlar

-

### Hobiler

Farklı kültürlerin yemeklerini denemek, Voleybol oynamak, Yüzmek





[le.ahbv.edu.tr](http://le.ahbv.edu.tr)