



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**ÇALIŞANLARIN İŞYERİNDE YEME ALIŞKANLIKLARININ
RİSK ÖNLEYİCİ SOSYAL POLİTİKALAR KAPSAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ: AVM ÇALIŞANLARI ÜZERİNE
BİR ALAN ARAŞTIRMASI**

YILMAZ AKKOYUN

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI

ARALIK 2018



**ÇALIŞANLARIN İŞYERİNDE YEME ALIŞKANLIKLARININ RİSK
ÖNLEYİCİ SOSYAL POLİTİKALAR KAPSAMINDA
DEĞERLENDİRİLMESİ: AVM ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ALAN
ARAŞTIRMASI**

Yılmaz AKKOYUN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2018

Yılmaz Akkoyun tarafından hazırlanan “Çalışanların İşyerinde Yeme Alışkanlıklarının Risk Önleyici Sosyal Politikalar Kapsamında Değerlendirilmesi: AVM Çalışanları Üzerine Bir Alan Araştırması” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OYBİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Başkan : Doç. Dr. Eda KÖKSAL

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye : Doç. Dr. Banu METİN

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez Savunma Tarihi: 28/12/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Figen ZAİF
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 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.



Yılmaz AKKOYUN

28/12/2018

ÇALIŞANLARIN İŞYERİNDE YEME ALIŞKANLIKLARININ RİSK ÖNLEYİCİ
SOSYAL POLİTİKALAR KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ: AVM
ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI
(Yüksek Lisans Tezi)

Yılmaz AKKOYUN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Aralık 2018

ÖZET

Sağlık, toplumların var olması ve gelişmesi için temel koşulların en başında gelmektedir. Modern toplumun ortaya çıktığı dönemden bugüne sağlığın gerek tıbbi yönüyle gerekse güvence yönüyle teminat altına alma çalışmaları pozitif ve sosyal bilim vasıtasıyla yapılmaktadır. Sanayi devrimi sonrası teknolojik imkanların da artması ile birlikte 20. yy içerisinde ortalama insan ömrü uzamış ve dünya nüfusu artmıştır. Ne var ki modernizm ve küreselleşmenin getirdiği uluslararası rekabet başka sorun alanları yaratmıştır. Geçmiş yüzyıllarda çok nadir karşılaşılan bazı hastalıklar (obezite, kanser vb.) çağımızın en büyük sağlık sorunları arasına girmiştir. Bu durum, ülkeleri, uluslararası kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarını çeşitli politikalar oluşturmaya zorlamıştır. Ancak, tedavi odaklı bu yaklaşımların maliyet yönüyle ve etki düzeyi açısından sınırlı kaldığı yıllar içerisinde sorunun yaygınlaşmasından anlaşılmaktadır. Bu kapsamda, sosyal politikanın ve kavramsal olarak ortaya çıkan sağlığın sosyal belirleyicilerinin ortaya koyduğu felsefe toplumlara yön gösterme açısından kayda değer etki yaptığı ifade edilebilir. Türkiye için de benzer sorunların ortaya çıktığı ve günümüz şartlarında ortaya çıkan sağlık sorunlarının üstesinden gelebilme adına ilgili yaklaşımın politikalara yansıtılması gerekmektedir. Bu çerçevede, mevcut çalışma ile ülkenin uyguladığı politikalar ve kurumsal altyapı ortaya konmuş, sağlığın birey ve toplum üzerindeki etkisi bilimsel olarak tartışılmış ve rastgele örneklem yöntemi ile AVM çalışanların yeme alışkanlıkları üzerine saha araştırması ile sorunun boyutu ve uygulama alanlarının ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Nihayetinde, Türkiye özelinde sağlığa negatif etki eden unsurların belirlenmesi ve bu yönde önemlerin alınabilmesi için çalışma saatlerinin düzenlenmesi, vergi ve sağlık politikalarının sosyal politika çerçevesinde sorumlu kurum ve kuruluşların koordinasyonu içerisinde düzenlenmesi çerçevesi içerisinde temel politika önermelerinde bulunulmuştur.

Bilim Kodu : 113505

Anahtar Kelimeler : Sosyal Politika, Sosyal Güvenlik, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, AVM, Çalışan.

Sayfa Adedi : 147

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN

THE EVALUATION OF EATING HABITS IN WORKPLACE OF EMPLOYEES
UNDER THE RISK PREVENTIVE SOCIAL POLICIES: A FIELD STUDY ON
WORKERS IN SHOPPING MALLS

(M. Sc. Thesis)

Yılmaz AKKOYUN

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

December 2018

ABSTRACT

Health is one of the main conditions for existence and development of societies. From the emergence day of modern society of the time being, ensuring the health both to medical and reassurance extent has been done by hard science and social science. After industrial revolution and increasing of technological opportunities, average human life has extended and the population of the world has grown in 20th Century. On the other hand, the international competition created by modernism and globalization caused to other problematic areas. Some diseases that could be found rarely in the past centuries such as obesity and cancer have been among the most severe health problems of the modern day. This phenomenon compelled countries, international institutions and non-governmental organizations for designing various policies. However, it can be understood that these efforts have been limited given the level of their effects and costs since the problems in those years have become widespread. In that context, it can be said that social policy and philosophy of conceptual health's social determinants have significant effect on guiding societies. It is a necessity that the mentioned approach should be accepted for overcoming the modern day health problems which are emerging in Turkey as well. In that light, the study has revealed policy and institutional mechanism in Turkey and the effects of health on both individual and society have been discussed. Furthermore, it is aimed to deduce eating habits of shopping mall workers by field research, which has been conducted with random sampling method to bring out the intensity of the problem and its application areas. Consequently, essential policy suggestions have been made specifically about Turkey for determining negative factors on health and readjustment of working hours and it has been underlined that the policy should include tax and health policies regarding to social policy framework with coordination of all responsible actors.

Science Code : 113505
Key Words : Social Policy, Social Security, Social Determinants of Health, Shopping Malls, Workers.
Page Number : 147
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN

TEŞEKKÜR

Sağlığın insan hayatında yüksek öneme sahip olduğu düşünüldüğünde, toplumsal sağlığın korunması adına yürütülen her çalışma ayrı önem taşımaktadır. Sosyal politika perspektifinde sağlığa yön verilebilmesi adına yürütülen bu çalışmaya katkı sunan; başta tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN'a, anket çalışmasında katkı sunan Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN'a ve eşim Serpil Güney AKKOYUN'a, tezin redakte edilmesinde katkı sunan Banu ÖNDER'e ve son olarak bu tezin ortaya çıkmasında kıymetli çalışmalarından istifade ettiğim Akademisyenlere, Sivil Toplum Kuruluşlarına ve teze anlam katan kıymetli bilgilerini şahsım ile paylaşan AVM çalışanlarına şükranlarımı sunuyorum.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. SOSYAL POLİTİKA VE TÜRKİYE’DEKİ GÖRÜNÜMÜ.....	5
2.1. Sosyal Politikaya Genel Bakış	5
2.2. Türkiye’de Sosyal Politika Kapsamında Değerlendirilebilecek Kurum ve Kuruluşlar.....	7
2.2.1. Sağlık Bakanlığı.....	7
2.2.2. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.....	11
2.2.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü.....	13
2.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu.....	14
2.2.3.1. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü.....	15
2.2.4. Türkiye İş Kurumu.....	16
2.2.5. Yerel İdareler	17
2.2.5.1. Belediye	17
2.2.5.2. Valilik	18
2.2.6. Sivil Toplum Kuruluşları (STK).....	18
2.3. Türkiye’nin Sağlık İle İlişkili Sosyal Politika İstatistikleri.....	19
2.3.1. TÜİK verilerine göre.....	19
2.3.2. OECD verilerine göre	24

	Sayfa
2.3.3. WHO verilerine göre.....	26
2.3.4. EU verilerine göre.....	29
3. SOSYAL POLİTİKA PERSPEKTİFİNDE TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARI.....	37
3.1. Sağlık Politikaları.....	37
3.2. Türkiye’nin Kalkınma Planları	39
3.2.1. 6. Kalkınma Planı.....	39
3.2.2. 7. Kalkınma Planı.....	40
3.2.3. 8. Kalkınma Planı.....	41
3.2.4. 9. Kalkınma Planı.....	43
3.2.5. 10. Kalkınma Planı.....	44
3.3. Önleyici Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’deki Uygulaması.....	47
3.3.1. Tanım	48
3.3.2. Sınıflandırma.....	48
3.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Alt Başlıkları.....	49
3.3.4. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	49
3.3.5. Sağlık Bakanlığının Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeleri.	51
3.4. Medyada Sağlık ve Sağlık ile İlişkili Köşe Yazarları Görüşleri	51
4. SOSYAL POLİTİKA PERSPEKTİFİNDE SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	55
4.1. Birey Sağlığının Seviyesini Etkileyen Çevresel Faktörler.....	55
4.2. İşçilerin çalışma saatleri (OECD)	57
4.3. Beslenme ve Buna Bağlı Ortaya Çıkan Riskler	61
4.3.1. İnsan Vücudunun Enerji Kullanımı	66
4.3.2. Gıda İçerikleri	71
4.3.3. Ekonomik Koşulların ve Eğitimin Beslenmeye Etkisi	73
4.3.4. Beslenmeye Bağlı Oluşan Sağlık Riskleri	76

	Sayfa
4.3.4.1. Fazla kilo	77
4.3.4.2. Diyabet (Şeker hastalığı)	81
4.3.4.3. Kanser hastalıkları	82
4.3.4.4. Beslenmeye bağlı diğer hastalıklar	83
4.3.5. Beslenmeye Bağlı Sağlık Kaybının Ekonomik Etkisi	84
4.3.6. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Ulusal ve Uluslararası Kuruluşların Önerileri	87
4.3.6.1. Dünya sağlık örgütü.....	88
4.3.6.2. Alman Beslenme Kurumu	88
4.3.7. Besin Değerleri Sınıflandırması.....	90
4.4. Sağlığı Etkileyen Psiko-Sosyal ve Sosyo-Ekonomik Risk Faktörleri.....	93
4.4.1. Psiko-Sosyal Faktörler	96
4.4.1.1. Stres	96
4.4.1.2. İşyerindeki hiyerarşi ve sosyo-ekonomik durum.....	97
4.4.2. İşsizlik	98
5. AVM'DE ÇALIŞANLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI.....	101
5.1. Araştırma Yöntemi	101
5.1.1. Araştırma Hipotezi ve Alt Hipotezler	101
5.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Methodu.....	102
5.1.3. Örneklem Grubu ve Veri Toplama Aracı	103
5.1.4. Verilerin Analizi	103
5.1.5. Anket Soruları	104
5.2. Bulgular.....	104
5.2.1. Demografik Özellikler	105
5.2.2. Çalışma ve Dinlenme Süreleri	108
5.2.3. İşyerindeki Yeme Alışkanlıkları	111

	Sayfa
5.2.4. Yemek Tercih Sıralaması.....	119
5.2.5. Beslenmeye İlişkin Bilgi Kaynakları	124
5.3. Değerlendirme.....	127
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	133
KAYNAKLAR	137
EKLER.....	143
EK-1. Anket Formu	144
ÖZGEÇMİŞ	146

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Beslenme dönüşümü ile bağlantılı küreselleşme süreci	62
Çizelge 4.2. Beslenmeye bağlı hastalıklar	65
Çizelge 4.3. Aktiviteye göre günlük ortalama enerji tüketim düzeyleri	68
Çizelge 4.4. Fiziksel Aktiviteler ve Harcanan Kalori Değerleri	69
Çizelge 4.5. Geleneksel ve lezzeti yüksek gıdaların kompozisyonu	72
Çizelge 4.6. Hastalık ve risk faktörleri ile sosyal sınıflar arasındaki ilişki	74
Çizelge 4.7. Kadın ve erkekler arasında, sosyal sınıf ve eğitim seviyelerine göre obezitenin yaygınlığı	75
Çizelge 4.8. Adipozun (yağlanmanın) sınıflandırılması	78
Çizelge 4.9. Yaşa Göre VKE Değerleri	79
Çizelge 4.10. Aşırı kiloyla ilişkili hastalıklar	80
Çizelge 4.11. Glisemik İndeksi yüksek ve düşük besin örnekleri	82
Çizelge 4.12. Kanser hastalıklarının nedenleri	83
Çizelge 4.13. Nüfus beslenme hedefleri	88
Çizelge 4.14. Besin değerleri sınıflandırması	91
Çizelge 5.1. Cinsiyete göre ankete katılanların boy, kilo ve vücut kütle endeksleri	106
Çizelge 5.2. Vücut kütle endeksi referans tablosu	107

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Türkiye'nin 1999-2016 arası yıllık toplam sağlık harcaması	20
Şekil 2.2. Türkiye'nin 1999-2015 arası yıllık toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı	21
Şekil 2.3. Türkiye'nin yıllara göre halk sağlığı program ve yönetimlerine yaptığı harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı	22
Şekil 2.4. Türkiye'nin yıllara göre genel sağlık yönetimi ve sigorta harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı	23
Şekil 2.5. Seçilmiş OECD ülkelerinde devletin sağladığı sosyal güvenlik kapsamı ...	24
Şekil 2.6. Seçilmiş OECD ülkelerinde sosyal harcamaların GSYİH'ya oranları	25
Şekil 2.7. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin kardiyovasküler sistem, kanser, diyabet, üst solunum yolu hastalıklarının 30 ila 70 yaş arasında görülme oranı	27
Şekil 2.8. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin nitelikli sağlık uzmanı yoğunluğu sayıları.....	28
Şekil 2.9. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin merkezi bütçe sağlık harcamalarının merkezi bütçe harcamalarına oranları	29
Şekil 2.10. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile fiziksel aktivite yapan nüfusunun karşılaştırmalı oranları	30
Şekil 2.11. Türkiye'nin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapan nüfus oranları	31
Şekil 2.12. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre düşük kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları	32
Şekil 2.13. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre normal kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları	33
Şekil 2.14. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre fazla kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları	34
Şekil 2.15. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre obez nüfusunun karşılaştırmalı oranları	34
Şekil 4.1. Çeşitli faktörlerin sağlık üzerindeki etkisi	56
Şekil 4.2. Seçilmiş OECD ülkelerinde yıllık çalışma saatleri.....	58
Şekil 4.3. Seçilmiş OECD ülkelerinde çalışanların uzun süre çalıştığı saatler	59

Şekil	Sayfa
Şekil 4.4. Seçilmiş OECD ülkelerinde boş ve kişisel bakıma ayrılan süre.....	60
Şekil 4.5. Seçilmiş OECD ülkelerinde hayat tatmini	61
Şekil 4.6. Gıda Alım Kontrolü	67
Şekil 4.7. Bireyin sportif etkinlik veya çalışma sırasında harcanan ortalama enerji düzeyleri.....	68
Şekil 4.8. Gıdaların kalite kriterleri.....	76
Şekil 4.9. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı	84
Şekil 4.10. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (büyük besinsel belirleyicilerle hastalıklar)	85
Şekil 4.11. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (içinde beslenmenin rolü olan hastalıklar).....	85
Şekil 4.12. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (diğer hastalık yükleri)	86
Şekil 4.13. Avrupa'da 2000 yılında büyük risk faktörlerine atfedilebilir ölüm sayıları.	87
Şekil 4.14. Yaşam tarzının halk sağlığını etkileme biçimi	95
Şekil 4.15. İstihdam durumu ile sağlık arasındaki ilişki (erkek)	98
Şekil 4.16. İstihdam durumu ile sağlık arasındaki ilişki (kadın)	99
Şekil 5.1. Cinsiyete göre ankete katılanların oranları	105
Şekil 5.2. Cinsiyete göre ankete katılanların yaş aralıkları	106
Şekil 5.3. Cinsiyete göre katılımcıların çalışma süreleri (tam-yarı zamanlı).....	108
Şekil 5.4. Cinsiyete göre katılımcıların haftalık çalışma dilimlerinin değişim oranları	109
Şekil 5.5. Cinsiyete göre katılımcıların yemek arası verme oranları	110
Şekil 5.6. Cinsiyete göre katılımcıların gün içerisinde yemek arası verme sayıları	111
Şekil 5.7. Cinsiyete göre katılımcılara işverenleri tarafından yemek temin edilme oranları	112
Şekil 5.8. Cinsiyete göre işverenleri tarafından temin edilen yemek türlerinin oranları	113
Şekil 5.9. Cinsiyete göre katılımcıların yemek kartı kullanım oranları	114

Şekil	Sayfa
Şekil 5.10. Cinsiyete göre katılımcıların hafta içerisinde yemek yeme esnasında şeker kullanım oranları.....	115
Şekil 5.11. Cinsiyete göre katılımcıların haftada yemek yeme esnasında şeker tüketim miktarları.....	116
Şekil 5.12. Cinsiyete göre katılımcıların şekerli ve/veya gazlı içecek tüketme oranları	116
Şekil 5.13. Cinsiyete göre katılımcıların çay ve/veya kahve ile birlikte şeker tüketim oranları	117
Şekil 5.14. Cinsiyete göre katılımcıların yemek yeme esnasında patates kızartması esnasında patates kızartması tüketim miktarları	118
Şekil 5.15. Kadın katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları	119
Şekil 5.16. Erkek katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları	120
Şekil 5.17. Katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları (toplam) .	122
Şekil 5.18. Cinsiyete göre katılımcıların arzu ettikleri yemek yeme sıralamaları	123
Şekil 5.19. Kadın katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları	124
Şekil 5.20. Erkek katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları.....	125
Şekil 5.21. Katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları (toplam).....	126

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AVM	Alışveriş Merkezi
BM	Birleşmiş Milletler
BMI	Body Mass İndeks
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EU	European Union
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
ICD	International classification of disease
ILO	International Labour Organization
KDH	Kalp-Damar Hastalıkları
KDV	Katma Değer Vergisi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
Kkal	Kilo Kalori
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Dev.
SSCB	Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
vb.	Ve Benzeri
VKE	Vücut Kütle Endeksi
vs.	Vesaire
WHO	World Health Organization
yy.	Yüzyıl

1. GİRİŞ

Sanayi Devrimi sonrası teknoloji merkezli ekonomik dönüşüm ve bunun sonucu ortaya çıkan yeni siyasal yapılanmalar ulus devletleri meydana getirirken imparatorlukları tarih sahnesinden silmiştir. Küresel kaynakların paylaşım kavgası içerisinde cereyan eden I. ve II. Cihan Harpleri sonrası imparatorluk çağı ortadan kalkmıştır. Sonrasında kapitalizm ve komünizm ekonomik sistemleri arasındaki mücadeleyi temsil eden Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) merkezinde iki kutuplu bir dünya sosyal hayata egemen olmuştur. Özellikle, 20.yy son çeyreğinde, soğuk savaşın sona ermesi, komünizmin çökmesi ve demokratik kurumların yayılması, güdümlü ekonomilere piyasa reformlarının getirilmesi, doğum oranlarında yaşanan sert düşüşle beraber işgücünde yaşanan artış, bilgi ve teknolojilerinin yaygınlaşması ve biyomedikal gelişmeler küresel ekonominin büyümesinde başat rol oynamıştır¹. “Ekonomik kararların giderek artan ölçüde küresel koşulların etkisi altında kalmasına yol açan, mal ve hizmet, sermaye, teknoloji ve (daha az ölçüde) emek hareketleri aracılığıyla dünya ekonomisi içindeki daha büyük bir bütünleşme süreci”² olarak tanımlanan küreselleşme hala günümüz dünya iktisadi sisteminin temelini oluşturmaya devam etmektedir.

Bu gelişmelerin yanında küreselleşme; küresel kaynakların dengesiz dağılımı, gelir dağılımı bozulması gibi çeşitli sorunlar da ortaya çıkarmıştır. Bu sorunlara karşılık ülkeler de politikalarını geliştirirken benzer sorunlara karşı benzer çözüm yolları üretmişler ve üretmeye de devam etmektedirler. İşsizliğin çözülmesi için iktisadi olarak büyüme, nüfus yaşlanma sorunu ve sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğine karşı bireylerin daha uzun süre işgücü piyasasında kalması, ekonomik üretkenliği azalan ülkeler başta olmak üzere üretkenliğin artırılabilmesi için Hayat Boyu Öğrenme gibi yeni yaklaşımların ortaya konması bu duruma örnek verilebilir. Ancak bazı konularda ülkelerin kendine has sorunları ortaya çıkmakta ve o ülke şartlarına uygun çözüm önerilerinin getirilmesi gerekmektedir. Türkiye’de bu noktada bazı özelliklerinden kaynaklı diğer ülkelere ayrılan özelliklere sahiptir. Bunların başında “sağlık” konusu gelmektedir. Türkiye, gelişmiş ülkelere göre nispeten genç bir nüfusa sahip olmasına karşın gerek sağlık harcaması (yaklaşık 120 Milyar

¹ Cornia, A.G., Rosignoli, S. ve Tiberti, L. (2011). Küreselleşme ve Sağlık İlişkisi Üzerine Ampirik Bir İnceleme. Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreç, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2009’da yayımlandı), 46.

² Jenkins, R. (2004). Globalization, Production, Employment and Poverty: Debates and Evidence. *Journal of International Development*, 16, 1.

TL³) gerekse yılda ortalama 8'in⁴ üstünde hastaneye başvuru oranı ile uluslararası ortalamanın oldukça üstünde bir seyir göstermektedir.

Diğer yandan, Türkiye'nin demografik ve sosyo-ekonomik yapısı göz önüne alındığında gerek yaşlanma eğiliminde olan nüfus gerekse kişi başına düşen gelirin istenilen seviyede olmaması ve dengeli dağılmamasından kaynaklı geleceğe yönelik riskler barındırdığı görülebilmektedir. Demografik risk olarak ifade edilebilecek hususu açmak gerekirse; yurtdışından göç gelmemesi ve ülkede yerleşik yabancılara vatandaşlık verilmemesi varsayımları altında nüfusun hızla yaşlandığı (nüfusun 2012 yılı ortanca yaşı 30,2⁵, 2018 yılı ortanca yaşı 32⁶) dikkate alındığında gelecekte işgücü piyasasında arz yönlü bir daralmanın olması muhtemeldir. Hem ekonomik gelişme hem de sosyal haklar açısından devletin vergi ve sigorta geliri kaybına uğrayabileceği bu durumda geniş manada sosyal politika çerçevesinde hakların daraltılabileceği vakalar ortaya çıkabilir. Bir diğer risk faktörü ise; yaşlanan nüfusun artan sağlık ve sosyal hak talebi olacaktır. Bugün bile hissedilmeye başlanan negatif etkiler siyasal yönetimi çeşitli yeni politikaları hayata geçirmeye zorlamaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uyumlu olarak Genel Sağlık Sigortası sistemini hayata geçirmiştir. Bu sistemde, bazı hizmetlerin ücret karşılığı verilmesi ve bununla birlikte çalışan ve emeklilerden katılım payı alınması, sağlık hizmetinin kısmen de olsa ücrete tabi tutularak hizmete erişimin sınırlandırıldığını ortaya koymaktadır. Yine, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile mevcutta uygulanan emeklilik yaşının (kadın 58 yaş, erkek 60 yaş) kademeli olarak kadın ve erkekte 65 yaşına yükseltilmesi sosyal politikada hakların kapsamının daraltıldığını göstermektedir. Ancak, uygulanan bu politikalar kendi içinde risk barındırmaktadır. Bilhassa, sağlık alanında yürütülen politikaların etki alanlarının ilgili kurumları kapsayıcı olmamasından kaynaklı sınırlı etki düzeyine sahip olması, bir başka deyişle bütüncül ve makro bakış açısına sahip olunamaması hem kaynakların etkin kullanım sorunu hem de politikaların etkisiz kalması sonucunu doğurabilmektedir. Halbuki, 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bünyesinde kurulan Sağlık Sosyal Belirleyicileri Komisyonunun

³ İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden 17 Şubat 2018'de alınmıştır.

⁴ İnternet: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Web:

http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_Bulteni.pdf adresinden 17 Şubat 2018'de alınmıştır.

⁵ İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> adresinden 18 Haziran 2018'de alınmıştır.

⁶ İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> adresinden 18 Haziran 2018'de alınmıştır.

göstermiş olduğu yaklaşıma benzer şekilde yaklaşılması daha faydalı olacaktır. Komisyon çalışmalarında; kadın/toplumsal cinsiyet, öncelikli halk sağlığı hastalıkları, erken çocuk gelişimi, şehirselleşme alanları, toplumsal dışlanma, istihdam koşulları, küreselleşme, sağlık sistemleri ile kanıt ve ölçüm olmak üzere dokuz bilgi ağı oluşturmuştur⁷. Dikkat edileceği üzere konuya sağlık hizmeti perspektifi dışında daha kapsamlı bir yaklaşım gösterilmiştir. Tezin uygulaması da bu ana başlıklardan istihdam koşulları ile doğrudan ilişkilidir.

Çalışmada, özellikle sosyal politika kavramsal olarak incelenmiş ve sağlığın sosyal politika kapsamı içerisinde nasıl değerlendirilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir. Ayrıca, sosyal politika çerçevesi içerisinde sağlığa yönelik Türkiye’de uygulanan önleyici politikaların ne olduğu ortaya konularak politika kararlarının yeterliliği sorgulanmıştır. Bu sayede, ülke sosyal politikaları başlığı altında muhtemel riskleri gelecekte bertaraf edecek önleyici politikalara karar alıcıların nasıl yaklaştığı vurgulanmıştır. Diğer yandan, sosyal politika perspektifinde sağlığı etkilen parametreler sayılmış ve sağlığı nasıl etkilediği üzerine güncel bilimsel araştırmalar ile akademik çalışmalar incelenmiştir. Bu çalışmalar ile gerek ulusal gerekse uluslararası uygulamalar ortaya konarak önleyici sosyal politika perspektifinde konuya neden yaklaşılması gerektiği ve politik kararlarda bireyin merkeze alınmasının gerekliliği anlatılmaya çalışılmıştır. Nihayetinde, bu bakış açısının sosyal politika kapsamı içerisinde nasıl bir katkı sağlayacağını ortaya koyacak saha araştırması yapılmıştır. Alışveriş merkezlerinde (AVM) çalışanların, gıda tüketim biçimlerinin sosyal politika çerçevesinde ne gibi sonuçlar doğuracağı ve bu kapsamda hangi önleyici politikaların uygulanması gerektiği yönündeki anket çalışması ile anlamlı sonuçlar elde edilmeye çalışılmıştır. Gerek çalışma koşulları gerekse bu koşullara bağlı yemek seçimlerinin uzun vadede oluşturabileceği muhtemel sağlık riskleri tartışmaya açılmıştır. Elde edilen bulguların sosyal politika boyutuyla değerlendirilmesi yapılarak çeşitli önleyici politika önermelerinde bulunulmuştur. Dolayısıyla, bu çalışmada yukarıda ifade edilen hususlar çerçevesinde sağlık ile ilişkili olarak sosyal politika perspektifinde çoklu bir bakış açısı ortaya konmaya çalışılmıştır.

⁷ İnternet: Dünya Sağlık Örgütü. Web: http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf adresinden 18 Haziran 2018’de alınmıştır.



2. SOSYAL POLİTİKA VE TÜRKİYE'DEKİ GÖRÜNÜMÜ

2.1. Sosyal Politikaya Genel Bakış

Sosyal Politika, 19.yüzyılda modern toplum sonrası ortaya çıkmış ve işçi sınıfı hareketi ile anlam kazanmış bir sosyal bilim dalıdır. Başlangıç noktası Batı Avrupa olan Sosyal Politika⁸, 20. yüzyılda yaşanan bilimsel gelişmeler, iki dünya savaşı sonrası oluşan iki kutuplu ideolojik dünya ve bu yüzyılın sonlarına doğru tek kutuplu bir dünyanın neoliberal politikalar çerçevesinde ortaya çıkardığı düzen, sosyal politikayı yıllar içerisinde şekillendiren ana unsurlar olmuştur. Sosyal Politikanın temel uygulama alanlarını, yoksulluk ve işsizliğe karşı asgari gelir güvencesinin sağlanması, sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemleri, eğitim, sağlık ve konut politikaları gibi tüm bireyleri ilgilendiren uygulamalar oluşturmaktadır⁹.

Gerek tarihsel süreç gerekse kapsam dikkate alındığında, bugün kabul gören iki tanım çerçevesinde sosyal politika değerlendirilmektedir. Bunlardan ilki sosyal politikanın ortaya çıkışı ile birlikte anlam bulduğu dar anlamda sosyal politika, diğeri ise ikinci dünya savaşı sonrası ortaya çıkan ve refah devleti anlayışı ile birlikte anlam kazanan geniş anlamda sosyal politikadır.

Dar anlamda sosyal politika; “işçi sınıfına ve onun çok temel sorunlarına yönelik dar kapsamlı, sınırlı amaçlı bir politikadır.”¹⁰ Bir diğer tanıma göre ise dar manada sosyal siyaset; “kapitalist ekonomi düzeninde iki sınıf arasındaki tezatları ve mücadeleleri hafifletmeye, mümkün olduğu takdirde bunları ortadan kaldırmaya, mevcut ve yürürlükteki düzeni devam ettirmeye ve sağlamlaştırmaya yönelmiş bir siyaset”¹¹ olarak ifade edilmektedir.¹²

Konunun ikinci boyutunu ele alan geniş anlamda sosyal politika ise; sosyo-ekonomik haklar ve özgürlüklere dayalı olarak herkesin eşit ve belli bir düzeyde faydalanabileceği

⁸ Koray, M. (2008). *Sosyal Politika* (Üçüncü Baskı). Ankara: İmge Kitapevi, 27.

⁹ Koray, a.g.e., 95.

¹⁰ Koray, a.g.e., 33.

¹¹ Tuna, O. ve Yalçıntaş, N. (2011). *Sosyal Siyaset*. İstanbul: Filiz Kitabevi, 33.

¹² Tanımda yer alan terminoloji farklılığı kaynak gösterilen eserde de ifade edilmiş, ancak farklı kavramlar kullanılmasına rağmen kullanımda ortak amaca hizmet ettiği vurgulanmıştır. Bu sebeple, ilgili tanımın kullanılmasında sakınca görülmemiştir.

(eğitim, sağlık, barınma gibi) haklar olarak anlam kazanmıřtır¹³. Bunun altında yatan en önemli gerekçe, "... Sanayi Devriminden günümüze değin uzanan zaman kesitinin birbirini izleyen dönemlerinde "ulusal" düzeylerdeki gelişmeler ve alınan sosyal politika önlemlerinin hedef kitlelerinde, içeriğinde ve amacındaki değişimler..." olmaktadır¹⁴.

Diğer yandan, Gülmez'e göre; dar ve geniş anlamda sosyal politika ayrımına girmeden "sosyal politika tanımı denemesi" şu şekilde ifade edilmektedir: "Sosyal Politika, ekonomik, sosyal, kültürel vb. yönlerden güçsüz olan kişi ve kesimleri korumak, piyasa ekonomisi yasalarının yarattığı ve derinleştirdiği sosyal adaletsizlik ve eşişsizlikleri azaltmak amacıyla izlenmesi gereken politikaları, aynı zamanda tek yanlı ve iki yanlı araçlarla alınması gereken ve alınan önlemleri, yapılması gereken ve yapılan hukuksal düzenlemeleri ve değişiklikleri inceleyen disiplinlerarası bir sosyal adalet bilimidir."¹⁵. Buna ek olarak yer alan bir diğer sosyal politika tanımı ise; " toplumu oluşturan bireylerin sosyal ihtiyaçlarını karşılama amacına yönelik faaliyetlerde bulunan disiplinler arası bir bilim dalıdır."¹⁶ şeklinde ifade edilmektedir.

Yukarıdaki tanımlamaların ışığında geniş anlamda sosyal politikanın ya da bu ayrıma gitmeden en geniş kapsamı ile sosyal politikanın disiplinler arası bir politika olduğu ve ekonomi, sosyoloji, felsefe, hukuk ve siyaset bilimleri ile yakın ilişkili olduğu vurgulanmaktadır¹⁷. Bu bağlamda sosyal politikanın asli ilgi alanları içerisinde yer alan sosyal güvenlik sistemi ve bu sistem içerisinde yer alan sağlık sigortacılığı da sosyal politikanın kapsamı içerisinde yer almaktadır.

İnsan, doğada biyolojik bir ekosistemin parçası ise, sosyal anlamda da toplumun ekosistemi içerisinde hayatını sürdürmektedir. Dolayısıyla, ekosistem içerisinde bir bireyde ya da bölgede meydana gelen bozulma doğrudan ilgili olmayan başka bir bireyi ya da bölgeyi negatif yönde etkileyebilmektedir. Küreselleşme boyutuyla konuyu değerlendirmek gerektiğinde iktisaden ABD tarafından alınan kararların tüm Dünya'yı etkilediği ya da petrol fiyatlarının uluslararası piyasalarda meydana gelen yükselmeye bağlı olarak petrol ithal eden ülkelerde maliyet yönlü enflasyona sebep olduğu bunun da ilgili ülkelerde gerek dağıtım

¹³ Koray, a.g.e., 35.

¹⁴ Gülmez, M. (2011). *Uluslararası Sosyal Politika* (Üçüncü Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 5.

¹⁵ Gülmez, a.g.e., 5.

¹⁶ şenkal, A. (2005). *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika* (Birinci Baskı). İstanbul: Alfa Yayıncılık, 4.

¹⁷ Koray, a.g.e., 26-27.

gerekse girdi yönüyle fiyat artışına buradan da tüketicinin iktisadi alım gücüne azalma yönüyle etki ettiği ifade edilebilir. Buradan hareketle bu çalışmada, toplum içerisinde sağlık konusuna geniş manada sosyal politika perspektifiyle bakılmaması ve gerekli tedbirlerin alınmaması halinde, yaşlı nüfusun genç nüfus üzerinde iktisadi olarak kambur oluşturacağı, farklı yaş grupları arasında çatışma ortamının ortaya çıkabileceği, yaşlı nüfusun sağlık harcamalarının genç nüfus tarafından finanse edileceği bir diğer yönüyle sağlığına dikkat etmeyen ya da geniş manada sosyal politika perspektifine uygun üzerinde politika uygulanmayan bireylerin toplumun diğer bireyelerine vergi, prim ve sosyal hizmet boyutuyla dolaylı yoldan etki edeceği ve nihayetinde **toplumsal barışın bozulma** temel riskine karşılık yapılmıştır.

2.2. Türkiye’de Sosyal Politika Kapsamında Değerlendirilebilecek Kurum ve Kuruluşlar

Sosyal Politika, yukarıdaki tanımlarda da ifade edildiği üzere konu kapsamı ve ilgili alanı oldukça geniş bir sosyal bilim dalıdır. Buna bağlı olarak çok çeşitli içeriğe sahip politika ve hizmetlerin kamu otoritesi tarafından sunulmasını gerektirir. Devletin kamu hizmetlerini sunarken yapı itibariyle etkin ve verimli olabilmesi anayasaya dayanarak üstlendiği görevleri fonksiyonel ve idari açıdan ayrı kurum ve kuruluşlar eliyle icra edebilir. Dolayısıyla, sosyal politika alanında Sağlık Bakanlığı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Türkiye İş Kurumu ve Sosyal Güvenlik Kurumu gibi merkezi yönetime bağlı kurum ve kuruluşlar ile yerel idareler olmak üzere birçok kurum ve kuruluş hizmet vermektedir. Bu bölümde bu kurum ve kuruluşların başlıca olanlarının sosyal politika ile ilgili görev ve sorumlulukları üzerinde durulacaktır.

2.2.1. Sağlık Bakanlığı

Bölüm girişinde bahsedildiği üzere Sosyal Politika çok geniş bir kapsamda birden çok kurum ve kuruluşu ilgilendirmektedir. Sağlık alanında ise; uygulayıcı olarak görev ve sorumluluk Sağlık Bakanlığına aittir.

Bakanlığın ve bağılı kuruluşların temel görevi “herkesin bedenî, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak”¹⁸ olarak ifade edilmiştir. İlgili tanım Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımı ile eşdeğer bir tanım olmakla birlikte sağlığa proaktif bir yaklaşım getirdiği söylenebilir. Zira bireylerin hastalanması sonucu tedavi edilmesinden ziyade sağlıklı şekilde hayatlarını sürdürmesine vurgu yapılmaktadır.

Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı ve bağılı kuruluşlarına 1 nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 352 nci maddesi ile:¹⁹

a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi için çalışmalar yapmak,

b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütmek,

c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesini önlemek,

ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerini geliştirmek,

d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasaya sunulması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi için çalışmalar yapmak,

e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu sağlamak,

¹⁸İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

¹⁹İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması için çalışmalar yapmak, olarak ifade edilen, sağlık sistemini yönetme ve politika belirleme görevleri verilmiştir.

Yukarıda yer alan görevler yakından incelendiğinde ilk üç başlığın risk odaklı bir yaklaşım ile sağlığın korunması ve olası risklerin önlenmesini amaçladığı söylenebilir. Dolayısıyla, görevler içerisinde proaktif politikalara öncelik verildiği sonucunu çıkarmak mümkündür. Diğer üç maddede ise sağlık hizmetinin geliştirilmesi ve sağlık hizmeti sunumu ile buna bağlı hizmet kalitesinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Hem temel amaç olan bireyin sağlığının korunması hem de bu amaca hizmet eden sağlık risklerinin önlenmesine öncelik verilmesi, konunun geniş manada Sosyal Politika çerçevesi içerisinde değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır.

Peki bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı bu görevlerini hangi genel müdürlükleri ve bağlı kurumları aracılığı ile yürütmektedir? Bu soruya yanıt vermek kolay olmakla birlikte çok başlı ve karmaşık bir yönetim sergilendiğini ifade etmek yerinde olacaktır.

İlgili Kararnamede birimlerin görevleri incelendiğinde, bireyin sağlığının korunmasına yönelik birden çok genel müdürlüğün ve bağlı kurumun görevli olduğu tespit edilebilmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri arasında, “a) Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak.” görevi bulunmaktadır. Diğer yandan, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğünün, “b) Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek.” ve “ç) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak.” görevleri bulunmaktadır. Sadece bu iki birimin görevleri birbirileri ile kıyaslandığında, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile Sağlığın Geliştirilmesi Genel

Müdürlüğünün, “halk sağlığı risklerinin azaltılması, önlenmesi, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine yönelik iş ve işlemler yönünden yetki karmaşası olduğu görülmektedir.

Yine, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün²⁰, “a) Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek, ç) Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek. d) Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek e) Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak.”²¹ görevleri bulunmaktadır. Bu görevlerde yine, “önlem” boyutuyla yukarıda ifade edilen genel müdürlüklerin yetki alanı ile çakışmaktadır.

Son olarak, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün, “b) Sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetleri izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak.”²² görevi “önlem”, “değerlendirme” ve “geliştirme” yönüyle başta

²⁰ 663 KHK Madde 7’de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu olarak hayata geçen hizmet birimi 694 sayılı KHK’nın 184. maddesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı Genel Müdürlük olarak yeniden düzenlenmiştir. İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.694.pdf> adresinden 10.02.2018’de ve İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

²¹ 663 KHK Madde 14/A (694 sayılı KHK’nın 185. maddesi ile 15/08/2017 tarihinde ek yapılmıştır.) İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.694.pdf> adresinden 10.02.2018’de ve İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

²² 663 KHK Madde 14/B (694 sayılı KHK’nın 185. maddesi ile 15/08/2017 tarihinde ek yapılmıştır.) İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.694.pdf> adresinden 10.02.2018’de ve İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü olmak üzere diğer Sağlık Bakanlığı birimleri ile yetki yönünden çakışmaktadır.

Yukarıda ifade edilen görevlerin hedef kitlesinin bireyler olmasına karşın, görev ve fonksiyon icra etmede çok başlılık gösterdiği aşıkardır. Bu durumun uygulanan politikalarda etkinlik ve verimlilik gösterme açısından ciddi sorunlara gebe olacağı ifade edilebilir. Hatta bu değerlendirmeye temel olacak uygulama, 694 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK’da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun idari olarak yeniden Sağlık Bakanlığı bünyesinde düzenlenmesidir. Ancak bu düzenlemenin de görev tanımlarının birimler arası net olarak ortaya konmamasından kaynaklı efektif sonuçlar üretmesi şüphelidir.

Sosyal politika çerçevesinde temel önermenin bakanlıkların, kurum ve kuruluşların ortak çalışması gerekliliği olduğunu düşünüldüğünde tek bir Bakanlığın bünyesinde görev ve sorumlulukların net şekilde belirlenmemiş olması da yetki karmaşasından kaynaklı riskleri kendi içerisinde barındırdığını göstermektedir.

2.2.2. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı²³

Sosyal Politikanın önemli başlıkları olarak sayılabilecek; sosyal yardımlar, dezavantajlı gruplar ve korunması gerekenler ve çalışma hayatının geniş manada sosyal politika çerçevesinde uygulanması ile ilgili olarak Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı yetkilidir. İlgili Bakanlığa ait aşağıda yer alan maddeler yukarıda belirttiğimiz hedef kitle ile ilgili başlıca görev alanlarını oluşturmaktadır:²⁴

“a) Sosyal hizmetler ve yardımlara ilişkin ulusal düzeyde politika ve stratejilerin geliştirmesi amacıyla gerekli çalışmalar yapmak, uygulamak, uygulanmasını izlemek ve ortaya çıkan yeni hizmet modellerine göre güncelleyerek geliştirmek,

²³İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> ve

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.15&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=15> adreslerinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

²⁴İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

b) Sosyal ve kültürel dokudaki aşınmalara karşı aile yapısının ve değerlerinin korunarak gelecek nesillere sağlıklı biçimde aktarılmasını sağlamak üzere; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesi amacıyla gerekli çalışmaları koordine etmek, aile bütünlüğünün korunması ve aile refahının artırılmasına yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

c) Çocukların her türlü ihmal ve istismardan korunarak sağlıklı gelişimini temin etmek üzere; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesi amacıyla gerekli çalışmaları koordine etmek, çocuklara yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

ç) Kadınlara karşı ayrımcılığı önlemek, kadının insan haklarını korumak ve geliştirmek, kadınların toplumsal hayatın tüm alanlarında hak, fırsat ve imkânlardan eşit biçimde yararlanmalarını sağlamak üzere; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesi amacıyla gerekli çalışmaları koordine etmek, kadınlara yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

d) Engellilerin ve yaşlıların her türlü engel, ihmal ve dışlanmaya karşı toplumsal hayata ayrımcılığa uğramadan ve etkin biçimde katılmalarını sağlamak üzere; belirlenen ulusal politika ve stratejilerin uygulanmasını koordine etmek, engellilere ve yaşlılara yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, engellilerin mesleki rehabilitasyonunu sağlayacak tedbirler almak,

e) Şehitlerimizin hatıralarının yaşatılması, şehit yakınları ile gazilerin her türlü mağduriyet ve mahrumiyetten korunması amacıyla; ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesi amacıyla gerekli çalışmaları koordine etmek, şehit yakınları ile gazilere yönelik sosyal hizmet ve yardım faaliyetlerini yürütmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

f) Toplumun sosyal yardım ve korumaya ihtiyaç duyan kesimlerine yönelik yardım faaliyetlerini düzenli ve etkin biçimde yürütmek; yoksullukla mücadeleyle ilişkin ulusal politika ve stratejilerin belirlenmesi amacıyla gerekli çalışmaları koordine etmek, bu alanda ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak,

j) Çalışma hayatını düzenleyici, işçi-işveren ilişkilerinde çalışma barışının sağlanmasını kolaylaştırıcı ve koruyucu tedbirler almak,

k) Çalışma hayatındaki mevcut ve muhtemel meseleleri ve çözüm yollarını araştırmak, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları koruyucu ve çalışmayı destekleyici tedbirleri almak,

l) Ekonominin gerektirdiği insan gücünü sağlamak için gerekli tedbirleri araştırmak ve uygulanmasının sağlanmasına yardımcı olmak,

m) İstihdamı ve tam çalışmayı sağlayacak, çalışanların hayat seviyesini yükseltecek tedbirleri almak,

ö) İş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak tedbirlerin uygulanmasını izlemek,

r) Sosyal adalet ve sosyal refahın gerçekleşmesi için gerekli tedbirleri almak,

s) Çeşitli fizyolojik, ekonomik ve sosyal risklere karşı sosyal sigorta hizmetlerini uygulamak, sosyal güvenlik imkanını sağlamak, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi için gerekli tedbirleri almak”.

Yukarıda da ifade edildiği üzere, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gerek risk odaklı gerekse mevcut çalışma hayatına ilişkin sorunlara çözüm üretmek yükümlülüğü taşımaktadır.

2.2.2.1. İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının görevleri sayıldıktan sonra bu noktada ilgili bakanlığın bir birimi olan İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü görevlerine bir

parantez açmak gerekmektedir. Zira, Bakanlığın çalışanlara yönelik olarak görev tanımı içerisinde açık şekilde önleyici politikalar geliştiren yegane birimi ilgili genel müdürlüktür.

İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünün bahsi geçen önleyici fonksiyon icra eden görevleri aşağıda sayılmaktadır:²⁵

“a) İş sağlığı ve güvenliği ile iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi konularında inceleme ve araştırma çalışmalarını planlamak, programlamak ve uygulanmasını sağlamak.

ç) Meslekî eğitim görenler, rehabilite edilenler, özel risk grupları ve kamu hizmetlerinde çalışanlar da dahil olmak üzere tüm çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korunmaları amacıyla gerekli çalışmaları yaparak tedbirlerin alınmasını sağlamak”.

Yukarıda sayılan görevlerden de anlaşılacağı üzere, ilgili birimin temel fonksiyonları iş kazası ve meslek hastalığı risklerinin önlenmesine yöneliktir. Bu noktada özellikle sorulması gereken soru; çalışanlara yönelik olarak tek ve en önemli risk unsuru iş kazası ve/veya meslek hastalığı mıdır? Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde bu nokta irdelenerek daha farklı risklerin en az iş kazası ve meslek hastalığı riski kadar önemli olduğu ve hatta daha yaygın olduğu tartışılacaktır.

2.2.3. Sosyal Güvenlik Kurumu

Bir başka önemli kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumu, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ilgili kuruluşu olmakla birlikte yönetim anlamında bağımsızdır. İş hayatı içerisinde çalışanlar gerek fizyolojik gerekse ekonomik geçici veya daimi riskler ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu riskler elbette sosyal politikanın da görev alanı içerisine girmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu da bu risklere karşı primli rejimde kamu adına tek güvence kuruluşudur.

²⁵İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

Kurumun görevleri şunlardır:²⁶

“a) Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.

b) Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.

c) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak.

ç) Sosyal güvenlik alanında, eğitim, araştırma ve danışmanlık faaliyetleri yapmak ve yaptırmak, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.

d) Bu Kanun ve diğer kanunlar ile Kuruma verilen görevleri yapmak”.

2.2.3.1. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Yine, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü görevlerinden bahsedildiği gibi Sosyal Güvenlik Kurumunun genel müdürlüklerinden birisi olan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünden de bahsetmek yerinde olacaktır. Sosyal riskler ile birlikte sağlık alanında meydana gelebilecek riskler Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünü doğrudan ilgilendirmektedir.

²⁶İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=19.5.4&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=4> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğün 4 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 416 ncı maddesin (b) bendinde risk odaklı yaklaşımı yansıtan ve Sağlık Bakanlığını da doğrudan ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetinden bahsetmektedir:²⁷

“b) Genel sağlık sigortalıları ile hak sahiplerinin hastalıklardan korunması amacıyla ilgili kamu idareleriyle kişisel koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespitine ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamak.”

2.2.4. Türkiye İş Kurumu

Sosyal politika alanında görev icra eden bir diğer önemli kurum, Türkiye İş Kurumu'dur. Özellikle işgücü piyasasının esnek ve erişilebilir olması adına ve değişen koşullara çalışanların adaptasyonun sağlanması, işsiz kalan bireylerin güvence altına alınması gibi proaktif politikalar bunların başında sayılabilir.

Türkiye İş Kurumunun görevleri:²⁸

“a) Ulusal istihdam politikasının oluşturulmasına ve istihdamın korunmasına, geliştirilmesine ve işsizliğin önlenmesi faaliyetlerine yardımcı olmak, işsizlik sigortası işlemlerini yürütmek.

b) İşgücü piyasası verilerini, yerel ve ulusal bazda derlemek, analiz etmek, yorumlamak ve yayımlamak, İşgücü Piyasası Bilgi Danışma Kurulunu oluşturmak ve bu Kurulun çalışmalarını koordine etmek, işgücü arz ve talebinin belirlenmesine yönelik işgücü ihtiyaç analizlerini yapmak, yaptırmak.

c) İş ve meslek analizleri yapmak, yaptırmak, iş ve meslek danışmanlığı hizmetleri vermek, verdirmek, işgücünün istihdam edilebilirliğini artırmaya yönelik işgücü yetiştirme,

²⁷İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.4&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=4> adresinden 12 Eylül 2018'de alınmıştır.

²⁸İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web:

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Asp?MevzuatKod=19.5.4&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=4> adresinden 12 Eylül 2018'de alınmıştır.

mesleki eğitim ve işgücü uyum programları geliştirmek ve uygulamak, istihdamdaki işgücüne eğitim seminerleri düzenlemek.

ç) İşçi isteme ve iş aramanın düzene bağlanmasına ilişkin çalışmalar yapmak, işgücünün yurt içinde ve yurt dışında uygun oldukları işlere yerleştirilmelerine ve çeşitli işler için uygun işgücü bulunmasına ve yurt dışı hizmet akitlerinin yapılmasına aracılık etmek, istihdamında güçlük çekilen işgücü ile işyerlerinin yasal olarak çalıştırmak zorunda oldukları işgücünün istihdamlarına katkıda bulunmak, özel istihdam bürolarına ilişkin Kuruma verilen görevleri yerine getirmek, işverenlerin yurt dışında kendi iş ve faaliyetlerinde çalıştıracığı işçileri temin etmesi ile tarım işlerinde ücretli iş ve işçi bulma aracılığına izin verilmesine ve kaldırılmasına ilişkin işlemleri yapmak.”.

2.2.5. Yerel İdareler

Yerel İdareler (Belediye, İlçede Kaymakamlık, İlde Valilik vs.), sosyal politika uygulamalarında ihtiyaç sahiplerine ulaşma açısından merkezi yönetim kurum ve kuruluşların göre daha etkili olabilmektedirler. Özellikle, ihtiyaç sahiplerinin tespit edilmesi ve/veya yardımların ulaştırılması ilk başta belirtilebilecek noktalardır. Hiç kuşkusuz sosyal politikanın “sosyal yardımlar” kısmı bu idarelerin görev alanına daha çok girmektedir. Çalışmanın temel eksenini oluşturmasa da konu bütünlüğü açısından yerel idarelerden bahsedilmesi gerekmektedir.

2.2.5.1. Belediye

Geniş anlamda sosyal politikanın önemli kurumsal unsurlarından bir tanesi de belediyelerdir. Gerek yerel sosyal sorunların tespitinde gerekse ihtiyaç sahiplerine erişimde belediyeler önemli görevler üstlenmektedir.

Görevlerinin en temel dayanağı ise; 5393 sayılı Belediye Kanununun “Belediyenin Giderleri” başlıklı 60. maddesinin (i) maddesidir. İlgili madde:²⁹ “Dar gelirli, yoksul, muhtaç ve kimsesizler ile engellilere yapılacak sosyal hizmet ve yardımlar”.

²⁹İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5393.pdf> adresinden 14 Mart 2017’de alınmıştır.

Belediyelerin görev tanımları içerisinde yer almasa da giderleri arasında başlık olarak ifade edilmesi, belediyelerin bu kapsamda harcama yapabileceğinin en temel göstergesi olarak sunulabilir.

2.2.5.2. Valilik

5442 sayılı İl İdare Kanununun “İl ve İlçe İdare Kurulları” başlıklı 57. Maddesinde il idare kurulunun nasıl oluşacağı belirtilmiştir:³⁰

“İl idare kurulu, valinin başkanlığı altında hukuk işleri müdürü, defterdar, milli eğitim, bayındırlık, sağlık ve sosyal yardım, tarım ve veteriner müdürlerinden teşekkül eder.”

İlgili maddede görüldüğü üzere, “sağlık ve sosyal yardım” müdürlüğü bulunmaktadır. Bu maddeye dayanarak Valilik bünyesinde sağlık ve sosyal yardım alanında hizmet verildiği ifade edilebilir.

2.2.6. Sivil Toplum Kuruluşları (STK)

Yukarıda bahsedilen kurum ve kuruluşların tamamı devlet adına hizmet etmekte ve görev tanımları ile sınırları TBMM tarafından çıkarılan kanunlar ile belirlenmektedir. Bu durumun tek istisnası sivil toplum kuruluşlarıdır. STK’lar demokrasinin temel taşlarından biri olarak bireylerin belli bir amaç doğrultusunda bir araya geldiği ve bu amaca ulaşma adına yürüttüğü faaliyetleri kapsamaktadır. Bu amaç ve faaliyetler özel olabileceği gibi kamu yararı da gözetebilmektedir.

STK’ların genelleştirilerek ifade edilebilecek işlevleri aşağıda sıralanmıştır:³¹

1. Kamuoyu oluşturmak yolu ile, bireylerin taleplerinin dile getirilmesine yardımcı olmak,
2. Çoğulcu toplum yapısının oluşumunu sağlamak suretiyle piyasadaki metalaşmaya ve egemen piyasa değerlerine karşı dengeleyici bir unsur olmak,

³⁰İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.5442.pdf> adresinden 14 Mart 2017’de alınmıştır.

³¹İnternet: Güneş, İ. (2004). Sivil Toplum Kuruluşları, *Son Baskı Dergisi*, 1 (5). <http://www.sonbaski.com/sayi7siviltoplum.html> adresinden 14.03.2017’de alınmıştır.

3. Kendi içlerinde oluşturdukları katılımcı ve çoğulcu bir kültürle beslenmiş ve aynı zamanda yönetim deneyimi de edinmiş bireylerin yetişmesini sağlamak,
4. Pilot projeler üretmek, bu projelere kaynak bulmak ya da bu projeleri uygulamaya geçirmek yoluyla eğitim, sosyal refah ve istihdam konularında hükümet politikalarına paralel ya da alternatif sorumluluklar alabilmek.

Yukarıda bahsi geçen işlevlerden en sonuncusu sosyal politika açısından STK'ların fonksiyonlarını açık bir şekilde ifade etmektedir. Gerek özel bir amaç için kurulmuş olsun gerekse kamu yararı için kurulmuş STK'lar toplumun sosyal bir ihtiyacı gidermesi amacını taşır ve nihayetinde çıktısı sosyal politika ile örtüşen ya da yakından ilişkili bir durum icra edebilmektedir.

2.3. Türkiye'nin Sağlık İle İlişkili Sosyal Politika İstatistikleri

Bu bölümde Türkiye'nin sağlık ile ilişkili sosyal politika istatistikleri ulusal ve uluslararası kuruluşlar nezdinde incelenmiştir. İlgili istatistikler, yürütülen programlar çerçevesinde gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılacaktır. Bu sayede ülkenin uyguladığı politikaların yerindeliği ve sağlamış olduğu gelişme düzeyi kıyaslanmış olacaktır.

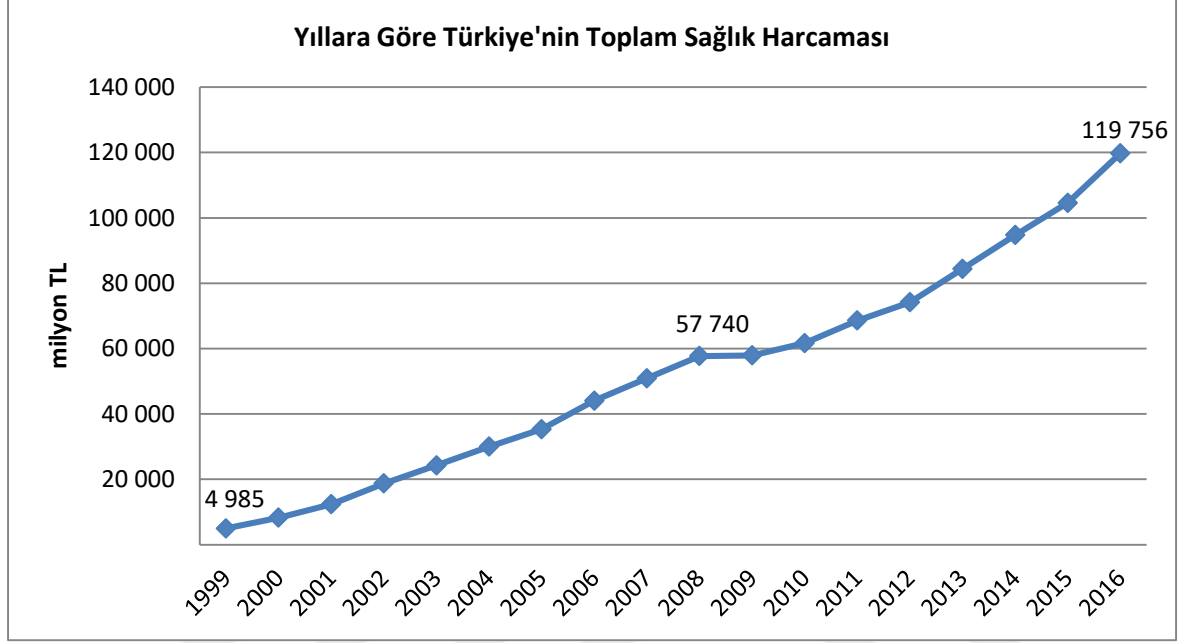
2.3.1. TÜİK verilerine göre³²

Sağlığın sosyal politika başlığı altında değerlendirildiği göz önüne alındığında, Türkiye'nin sağlık alanındaki kompozisyonu aşağıda yer alan tablo ve grafiklere göre sırasıyla; yıllara göre toplam sağlık harcamaları, yıllara göre toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetiminin toplam sağlık harcamalarına oranı ve genel sağlık yönetimi ve sigorta harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı başlıkları altında gösterilmektedir.

Sağlık alanında Türkiye'nin temel göstergelerinden ilki sağlık harcamalarıdır. Zira, sağlık hizmetine ayrılan kaynağı göstermesi bakımından önemli bir göstergedir. Sağlık harcamalarındaki artışı üç şekilde yorumlanabilir. Bunlardan birincisi, sağlık harcamalarının bireylerin nüfus artışına bağlı sağlık hizmeti talebinde artış olması, ikincisi, sağlık

³² İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden 31 Mart 2018'de alınmıştır.

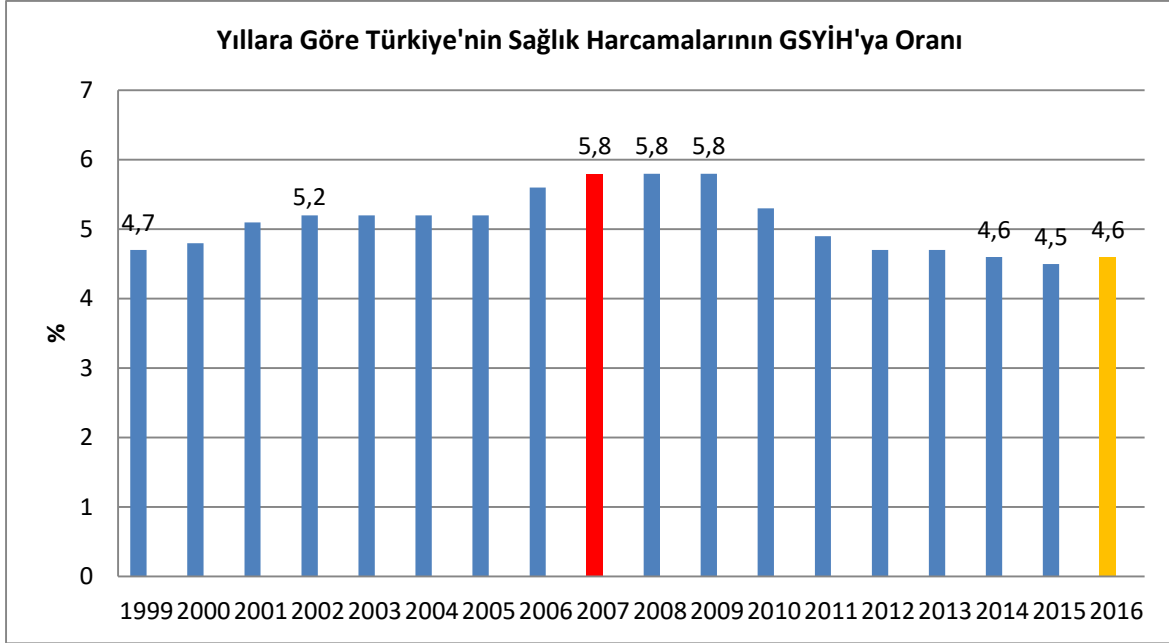
harcamalarının bireylerin doğrudan sağlık hizmeti talebinde artış olmasından kaynaklı olması, üçüncüsü ise, sağlık yatırımlarında (sağlık hizmeti kapsamı ya da çerçevesinin genişlemesinden kaynaklı altyapı, hastane, tıbbi cihaz, tıbbi malzeme, sağlık çalışanı sayısında artış vb.) artış olması, şeklinde sınıflandırılabilir.



Şekil 2.1. Türkiye'nin 1999-2016 arası yıllık toplam sağlık harcaması

Yukarıdaki grafiğe göre Türkiye'nin sağlık harcamalarında 1999 yılından 2016 yılına kadar 24 katlık bir artış meydana gelmiştir. Her ne kadar nominal değerlerle ifade edilmiş olsa da sağlık harcamalarındaki artışın çok yüksek olduğu, özellikle son yedi yıldaki (2008-2016) artış tutarının enflasyonun nisbi olarak düşük olan yıllarda yaklaşık 62 milyar TL olduğu dikkate alındığında sağlık konusunda uzun vadeli finansman riskinin artacağı öngörülmektedir.

Sağlık harcamalarının GSYİH'a oranına bakıldığında durum biraz daha farklılık göstermektedir. Aşağıdaki grafikte, Türkiye'nin sağlık harcamalarının 1999 yılından 2016 yılına kadar geçen zaman zarfında GSYİH'dan ne oranda pay aldığı gösterilmektedir.



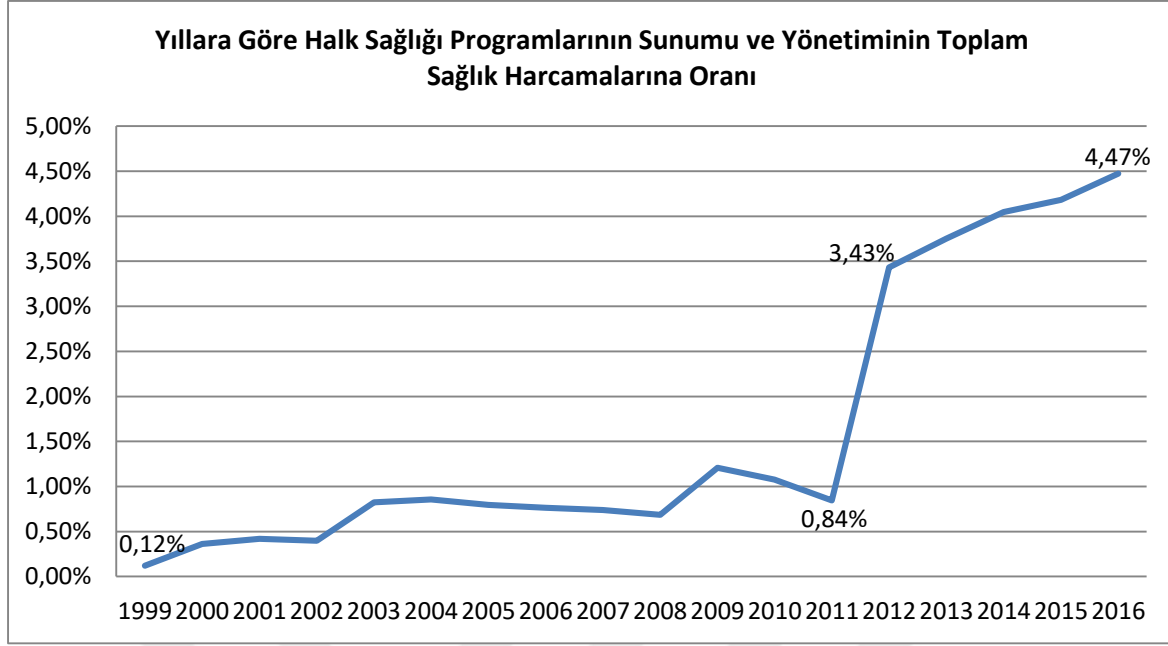
Şekil 2.2. Türkiye'nin 1999-2015 arası yıllık toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı³³

Grafikte, Türkiye'nin 1999 yılında sağlığa GSYİH'dan % 4,7 pay ayırdığı, bu oranın 2007-2009 yılları arasında en yüksek seviyesi olan % 5,8'lik bir seviyeye çıktığı, 2016 yılında ise, daha önceki birkaç yıl da dahil olmak üzere yatay bir seyir göstererek % 4,6 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Aradan geçen 16 yılı aşan periyoda rağmen sağlık harcamalarındaki artışın nominal düzeyde yüksek olmasına rağmen GSYİH oranına göre kısıtlı kaldığı söylenebilir³⁴. Hatta, 16 yıllık periyotta sağlık alanında GSYİH'dan alınan payda bir iyileşme kaydedilemediği ifade edilebilir. Ayrıca, 90'lı yıllara nazaran bugün Türkiye'nin nüfusunun ikiye katlanarak 80 milyonu geçtiği veri olarak kabul edildiğinde sağlık harcamalarında sadece nominal artış olduğunu vurgulamak yerinde olacaktır.

Yukarıda paylaşılan istatistiklere göre Türkiye sağlık alanında halkı bilinçlendirme ve önleyici sağlık politikalarına hangi oranda bütçe ayırmaktadır sorusu akla gelmektedir.. Bu konuyla ilgili grafikte aşağıda yer almaktadır:

³³ İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden 31 Mart 2018'de alınmıştır.

³⁴ Sağlık alanındaki diğer göstergelere tezin amaç ve kapsamı dışına çıkılacağından ötürü girilmemiştir.

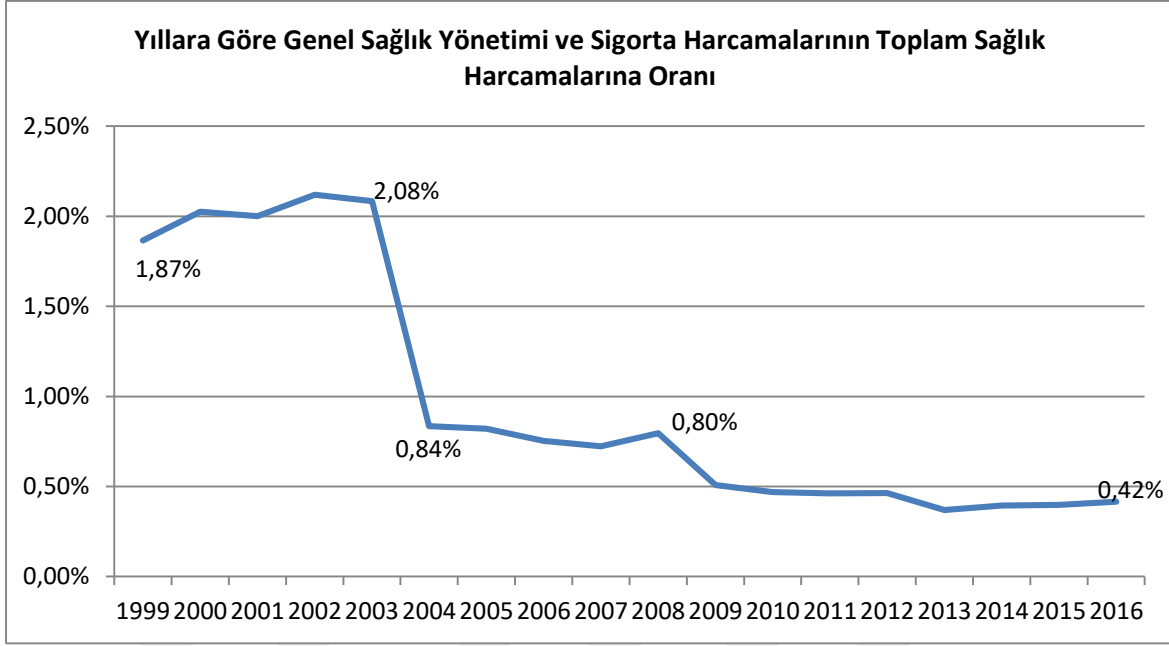


Şekil 2.3. Türkiye'nin yıllara göre halk sağlığı program ve yönetimlerine yaptığı harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı³⁵

Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere, Türkiye halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimine toplam sağlık harcamaları içerisinde 1999 yılında %0,12 oranında bütçe ayırırken, 2011 yılında %0,84 oranına yükselen bir bütçe ayırmış ve 2011 sonrasında sıçrama yaparak 2016 yılı itibariyle %4,47 oranında bütçeden pay ayrıldığı görülmektedir. Bu oransal artış mevcut politikada kırılma yaşandığını ve odak noktasının önleyici politikalara doğru kaydığını göstermektedir. Ancak, bu değişimi pozitif şekilde değerlendirilmekle birlikte hala yeterli düzeyde olmadığını ifade etmek yerinde olacaktır. Ayrıca, 2011 sonrası yaşanan kırılmanın bugün Sağlık Bakanlığı'na bağlı genel müdürlük olarak hizmet veren Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kuruluşu ile ilişkili olduğu da değerlendirilmektedir. Hatta, an itibariyle geçmiş mevzuatta Kurum olan ilgili genel müdürlüğün aynı oranda Sağlık Bakanlığı bütçesinde yer almasının pek olası olmadığı değerlendirilmektedir.

Bir diğer sağlık alanında önemli gösterge ise sağlık yönetimi ve sigortacılığa ayrılan bütçe rakamlarıdır. Aşağıda bu konu ile ilgili grafik görülmektedir:

³⁵ İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden 31 Mart 2018'de alınmıştır.



Şekil 2.4. Türkiye'nin yıllara göre genel sağlık yönetimi ve sigorta harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı

Yukarıdaki grafiğe göre Türkiye, sağlık yönetimine ve sigorta harcamalarına toplam sağlık harcamaları içerisinde 1999 yılında % 1,87 oranında harcama yaparken bu oran 2003 yılında % 2,08'e çıkmış ve sonraki yıl bir önceki grafikteki harekete benzer şekilde kırılma ile birlikte % 0,84'e düşmüştür. 2016 yılında ise bu oran daha da düşerek % 0,42'ye gerilemiştir. Bu kırılmanın sağlıkta dönüşüm programının uygulamaya geçmesinden kaynakladığı ve sonrasında sosyal güvenlik sistemlerinin birleştirilmesi ile sağlık hizmetinin tüm vatandaşlara eşit şekilde sunulmaya başlamasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

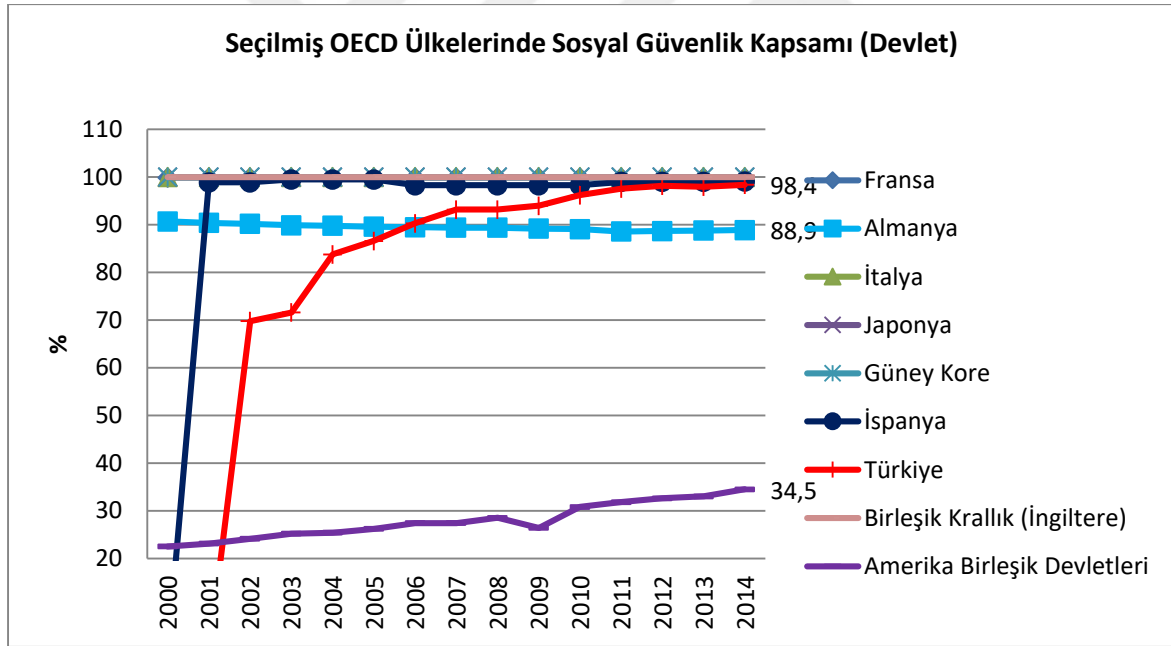
Son iki grafikteki göstergelere dayanarak, halk sağlığına yönelik harcamalarda ciddi oranda bir artış olduğu ancak yeterli düzeyde olmadığı ile sağlık ve sigorta yönetimine tekelden hizmet verilmesinden dolayı daha düşük düzeyde bütçe ayrıldığı değerlendirilebilir. Her ne kadar sayısal olarak pozitif değerlendirmeler yapılmakta ise de, kalkınma planlarında sağlık alanında önleyici politikalara yönelik belirgin göstergelere rastlanılmadığını da tekrar etmekte fayda vardır.

Bu bölümde ulusal düzeyde paylaşılan istatistikler bir arada değerlendirildiğinde, Türkiye'nin sağlık harcamalarının nominal olarak arttığı, koruyucu ya da önleyici sağlık harcamalarında istikrarlı bir politika uygulamadığı, uygulanan politikaların etkinliğinin ve

etkililiğinin ölçülemediği, geleceğe dönük olarak kalkınma planlarında somut hedeflerin olmamasından ve sektörel analizlerin yapılmamasından kaynaklı politika belirsizliği olduğu ve nihayetinde geleceğe dönük sosyal ve finansal risklerin gerçekleşmesinin olası olduğu değerlendirilmektedir.

2.3.2. OECD verilerine göre³⁶

Türkiye'nin de üyesi olduğu Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Türkçe karşılığı ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (EKİÖ) uluslararası alanda kıyas yapılabilmesi adına önemli istatistikler barındırmaktadır. Bu istatistiklerden sosyal politikanın alanına giren Sosyal Güvenlik Kapsamı ve Sosyal Harcamaların GSYİH'ya Oranı göstergeleri nüfus ve iktisadi gelişmişlik kriterlerinde önde gelen örgüt üyelerinin seçimi ile aşağıda yer alan grafiklerde yansıtılmıştır.



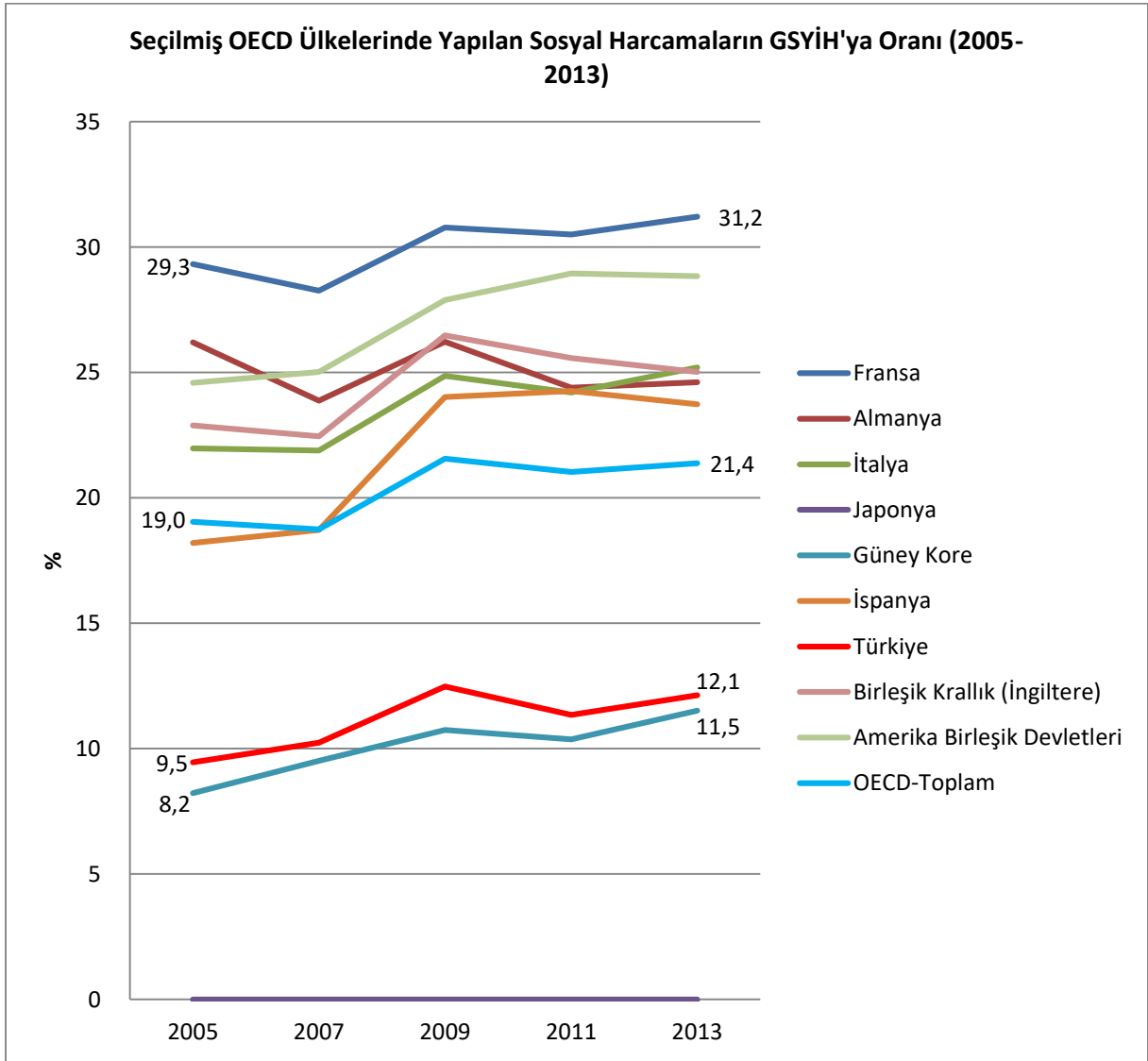
Şekil 2.5. Seçilmiş OECD ülkelerinde devletin sağladığı sosyal güvenlik kapsamı

Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere, 2000 yılından 2014 yılına kadar seçilmiş OECD ülkeleri ile Türkiye'nin sosyal güvenlik kapsamı yer almaktadır.³⁷ Grafikte en çok

³⁶ İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development. Web: <http://stats.oecd.org/#> adresinden 18 Şubat 2017'de alınmıştır.

³⁷ İspanya'nın 2002 verisi 2001 verisiyle, 2003 verisi 2004-2005 verisiyle, 2006 verisi 2007-2010 verileriyle, 2011 verisi 2012-2013 verileriyle eşleştirilmiştir. İlgili verilerin olmaması sebebiyle grafikte görsel uyum sağlanması için bu yöntem izlenmiştir. 2015 yılına ait veriler sadece Fransa'nın olması sebebiyle tüm ülkeler 2014 yılına kadar kıyaslamaya tabi tutulmuştur.

dikkat çeken unsur Türkiye'nin sosyal güvenlik kapsamının 2002 yılında %70 seviyelerinde iken peyder pey kapsamın genişletilmesi ile 2014 yılında %98,4 seviyesine ulaşmış olması ifade edilebilir. Bir diğer dikkat çeken nokta ABD'nin %20'li seviyelerden 2014 yılında %34,5'lik seviyeye yükselmiş olmasıdır. Ancak, ABD'de de sosyal güvenlik genel olarak özel sektör eliyle yürütülmesinden ötürü mevcut değişim dikkate alınmayacaktır. Diğer gelişmiş ülkeler incelendiğinde ise; sosyal güvenlik kapsamının 2000-2014 yılları arasında %90 ila %100 arasında yatay bir seyir izlediği ve sosyal güvenlik kapsamında daralma ya da genişleme gözlenmediği ifade edilebilir. Bu noktada Türkiye'nin sosyal güvenlik kapsamında gelişmiş ülkeler seviyene ulaştığını belirtmek yerinde olacaktır.



Şekil 2.6. Seçilmiş OECD ülkelerinde sosyal harcamaların GSYİH'ya oranları

Konu kapsamı içerisinde diğerk bir gösterge sosyal harcamaların GSYİH'a oranıdır.³⁸ Yukarıda grafikte göstergeye ilişkin yüzdeler görölmektedir. Yine seçilmiş ölkeler içerisinde birbirinden bağımsız olarak sosyal harcamalarda değışim olduğu ancak genellikle bu değışimin pozitif yönlü olduğu görölmektedir. Türkiye'nin bu ölkeler içerisinde sosyal harcamaları 2005 yılında GSYİH'nın %9,5 seviyesinde iken 2013 yılında %12,1 seviyesine yükselttiğı ve 8 yıl zaman zarfında %2,6'lık bir iyileşme sağladığı görölmektedir. Bu artış takdir edilmekle birlikte hala gelişmiş ölkelerin önemli ölçüde gerisinde kaldığı da yine ifade edilmesi gereken noktaların başında gelmektedir. Bu göstergeye göre 2013 yılında en yüksek sosyal harcamanın GSYİH oranına göre %31,2 ile Fransa tarafından gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla daha önce de ifade edildiğı üzere Türkiye'nin bu alanda alması gereken daha çok yol olduğu ifade edilebilir.

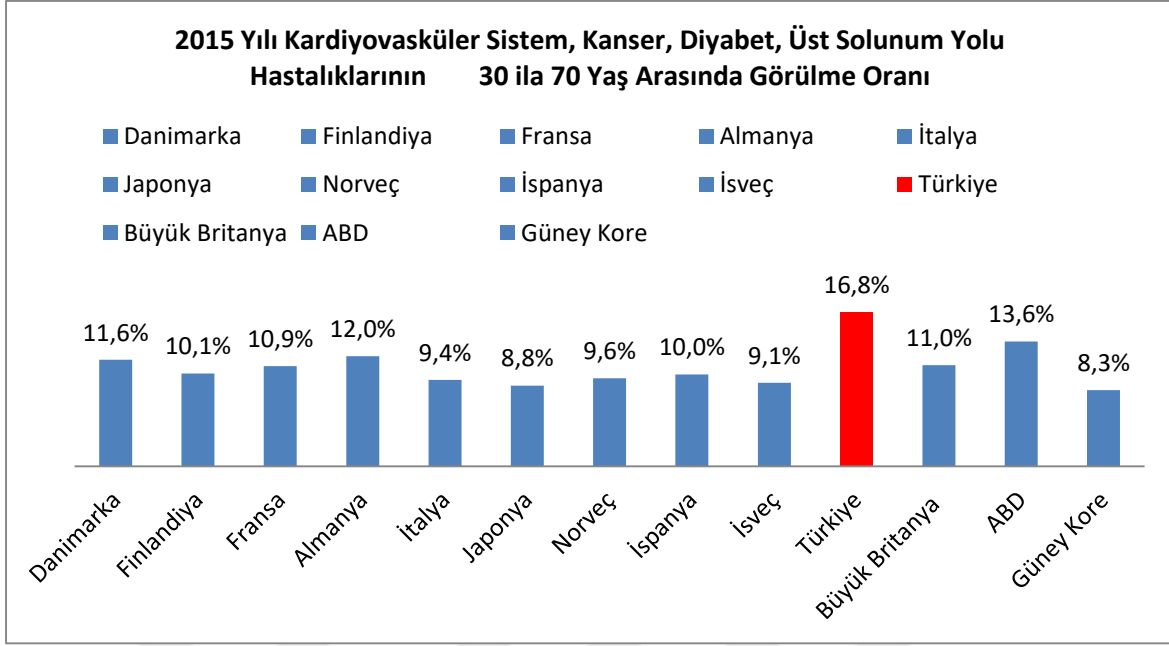
Sosyal güvenliğin ölkne nüfusunu kapsamaması, sosyal harcamaların GSYİH'dan daha çok pay alması, toplumsal bütünleşme ve gelişme açısından önemli parametreleri oluşturmaktadır. Bireylerin, geleceğe güvenle bakması, iktisadi ve sosyal açıdan kaygı taşımaması kendilerini geliştirmeye olanak sağlayacaktır. Diğerk yandan, dezavantajlı bireylerin topluma entegre olması ve buna bağılı toplumsal barışın sağlanması da sosyal harcamaların artışıyla birlikte önemli düzeyde fayda sağlamaktadır.

2.3.3. WHO verilerine göre³⁹

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2017 yılı için yayınladığı dünya sağlık istatistikleri içerisinde Türkiye için önem arz eden göstergeler bulunmaktadır. Bunlardan ilki aşağıda yer alan kardiyovasküler sistem, kanser, diyabet, üst solunum yolu hastalıklarının belli yaş aralığında görülme sıklığına ilişkin grafiklerdir.

³⁸ OECD tahminlerine göre hesaplanan sosyal harcamalarda Türkiye'ye ait daha evvel belirlenmiş istatistikler bulunmaması sebebiyle, sağlıklı bir karşılaştırma yapılabilmesi adına veriler 2005 yılından itibaren alınmıştır. Japonya'ya ait herhangi bir istatistiki bilgi bulunmamaktadır.

³⁹İnternet: World Health Organization. Web: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

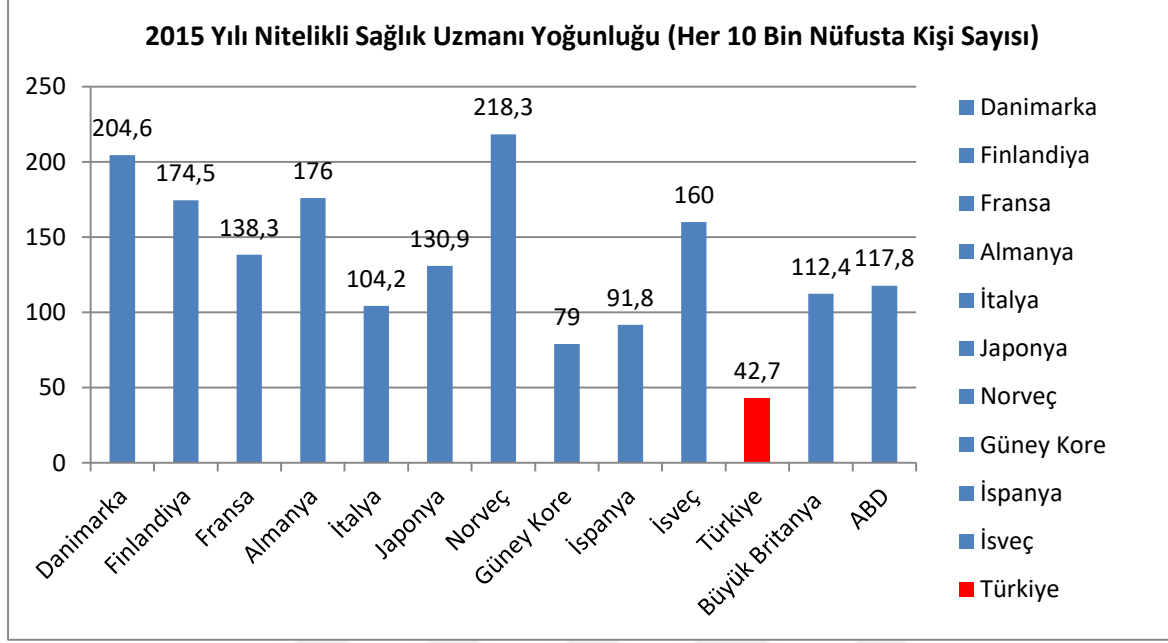


Şekil 2.7. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin kardiyovasküler sistem, kanser, diyabet, üst solunum yolu hastalıklarının 30 İla 70 yaş arasında görülme oranı⁴⁰

Kronik hastalıkların hangi oranda belli yaş aralığında ortaya çıktığını gösteren grafikte Türkiye'nin belli başlı gelişmiş ülkelere göre oldukça yüksek kabul edilebilecek (%16,8) bir oranda kronik hastalık riskiyle karşı karşıya olduğu görülmektedir. Sadece bu gösterge bakarak önleyici politikaların bir an önce hayata geçirilmesi gerektiğini ifade etmek mümkündür. Zira, çok yüksek sağlık harcamalarının yapıldığı ve sınırlı bir kamusal sağlık hizmeti veren ABD'de bile bu oran %13,6 ile Türkiye'ye göre daha düşük düzeydedir. Daha önce TÜİK istatistiklerine göre sağlık harcamalarında niceliksel artış olduğu vurgulanmıştı. Yukarıdaki grafik ile birlikte vurgulanması gereken nokta, Türkiye'nin kardiyovasküler sistem, kanser, diyabet, üst solunum yolu hastalıklarının 30 İla 70 yaş arasında görülme oranının diğer ülkelere göre neden daha yüksek olduğudur. Stres, beslenme, çalışma ortamı, çalışma saatleri, hava temizliği, ev ile iş arasındaki ulaşım biçimi vb. nedenlerin bu oran üzerinde ne düzeyde etkili olduğunun araştırılması gerekir mi? yoksa bireylerin mevcut sağlık politikasını yansıtan kısıtlı kaynakların sonsuz sağlık harcamalarını finanse edeceği varsayımı ile bu oranın değerlendirilmesi mi gerekir? Bu sorulara nüfusun yaşlanma eğilimi olduğu gerçeği de eklendiğinde; sağlık harcamalarının kontrol edilemez bir noktaya doğru gitmesi tehdidi yakın gelecekte görülebilmektedir. Bir diğer deyişle, tezinde temel gerekçesi olan geniş manada sosyal politika perspektifinin çok boyutlu olarak sağlık politikaları

⁴⁰ İnternet: World Health Organization. Web: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

üzerinde gözden geçirilmesi ve politikaların bu bakış açısı ile yeniden şekillendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.



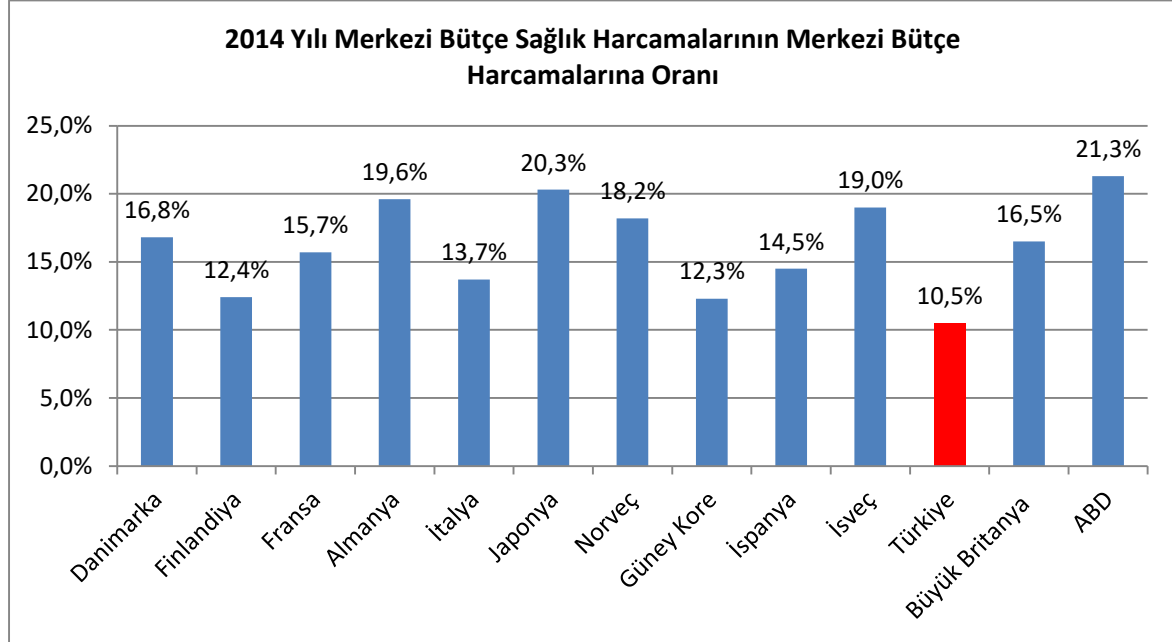
Şekil 2.8. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin nitelikli sağlık uzmanı yoğunluğu sayıları⁴¹

Yukarıdaki grafikte, sağlık harcamaları yoluyla ifade edilen riskin giderilmesi adına bu konuda nitelikli işgücü bulunup bulunmadığına ilişkin rakamlar yer almaktadır. Bu konuda Türkiye'nin yine gelişmiş ülkelere göre oldukça geride yer aldığı görülmektedir. Bu da, önleyici sağlık politikalarına daha çok kaynak ayrılması halinde bile toplumun kılcal damarlarına tesir edecek etkin bir sonuç alınmasının önünde engel olarak yer alabileceğini göstermektedir. Nitelikli sağlık çalışanı sayısının kısa sürede artırılmasının nitelikten ödün verilmeden imkansız olduğu düşünüldüğünde, bu eksikliğin giderilmesinin mümkün olmadığı görülmektedir.

TÜİK verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH'dan %4,6 oranında pay aldığı ve 1999 yılından bugüne elde edilen kazanımların korunamamaya eski düzeye geri döndüğü ifade edilmişti. Aşağıdaki grafikte ise, genel bütçe üzerinde karşılaştırmalı olarak Türkiye'nin sağlık harcamalarının oransal karşılaştırması yer almaktadır. Türkiye'nin 2014 yılı rakamlarına göre gelişmiş ülkelere göre kamu bütçesinden %10,5 ile nispeten düşük bir oranda sağlık harcamalarına bütçe ayırdığı gözlenmektedir. Ancak, önceki

⁴¹ İnternet: World Health Organization. Web: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

grafiklerde de ifade edildiği üzere, Türkiye'nin kronik hastalık riskinin diğer ülkelere nazaran oldukça yüksek seyretmesi, ilerleyen yıllarda bu oranın ilaç ve tedavi harcamaları boyutuyla artış göstererek verimsiz bir harcamaya sebebiyet vermesi muhtemeldir.



Şekil 2.9. Seçilmiş ülkeler ile Türkiye'nin merkezi bütçe sağlık harcamalarının merkezi bütçe harcamalarına oranları⁴²

2.3.4. EU verilerine göre⁴³

Avrupa Birliği (AB) veri tabanında yer alan istatistikler incelendiğinde diğer uluslararası kuruluşlarda yer alan istatistiklerden farklı içerikte bilgilere ulaşılmıştır. Diğer bölümlerde paylaşılan bilgilerde konunun iktisadi ve kurumsal boyutu ön planda iken bu bölümde daha çok önceki bölümde ifade edilen risklere temel oluşturabilecek fiziksel aktivite ve nüfusun kilo dağılımına yönelik istatistiklere yer verilmiştir.

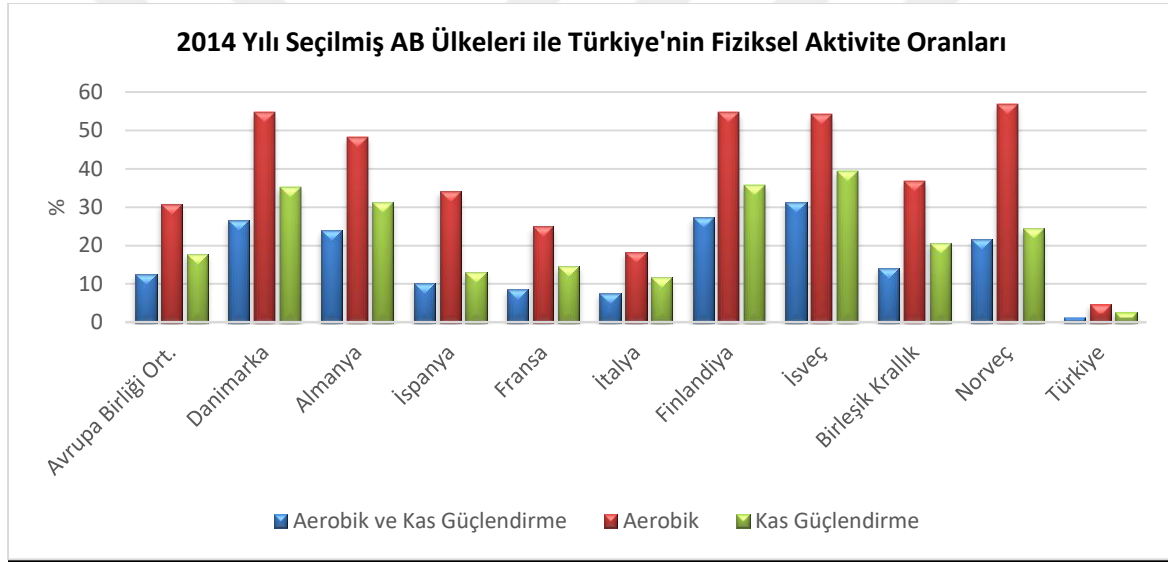
Aşağıda yer alan ilk grafikte, Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile fiziksel aktivite yapan nüfusunun karşılaştırmalı oranları karşılaştırılmaktadır. Grafikte görüldüğü üzere, rakamlara yer vermeye gerek duyulmayacak şekilde aerobik ve kas güçlendirme parametrelerine göre Türkiye seçilmiş Avrupa ülkelerinin oldukça gerisindedir. Özellikle,

⁴² İnternet: World Health Organization. Web:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

⁴³ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

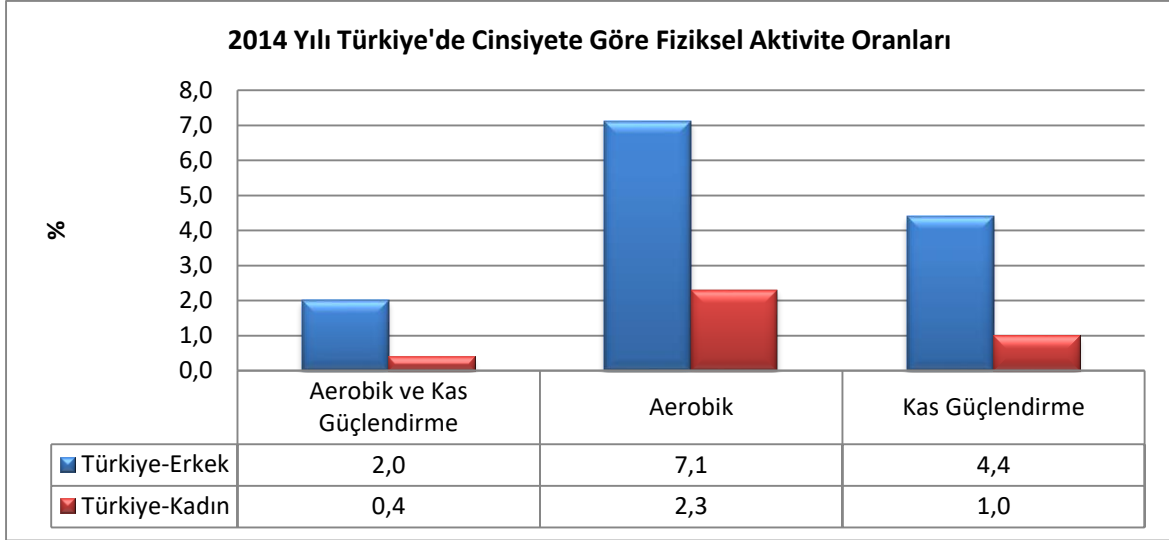
Almanya, İsveç ve Finlandiya incelendiğinde bir önceki bölümde yer alan (2.3) “Seçilmiş ülkeler ile Türkiye’nin kardiyovasküler sistem, kanser, diyabet, üst solunum yolu hastalıklarının 30 ila 70 yaş arasında görülme oranı” grafiğinde ilgili üç ülkenin risk düzeylerinin Türkiye ile yaklaşık olarak yarı yarıya daha düşük bir düzeyde olduğu görülmektedir. Buradan hareketle, ilgili sağlık risklerinin beden hareketi ile ters orantılı olarak artış gösterdiğini ve sağlığın sadece hastanede sunulan tedavi hizmeti olmadığını çok yönlü politikalar ki geniş manada sosyal politikanın bu konunun temeli olabileceğini ifade edebiliriz. Yine, bu göstergelere göre Türkiye’nin çalışma şartları ya da zorunlu diğer sebepler dışında fiziksel aktiviteye yönelik herhangi bir politikası, şehir altyapısı ya da kültürel bir altyapısı olmadığı sonucuna varılabilir.



Şekil 2.10. Türkiye’nin seçilmiş AB ülkeleri ile fiziksel aktivite yapan nüfusunun karşılaştırmalı oranları⁴⁴

Aşağıda yer alan diğer bir grafikte ise, yukarıdaki fiziksel aktiviteye yönelik değerlendirmenin cinsiyet özelinde Türkiye için görünümü yer almaktadır.

⁴⁴ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

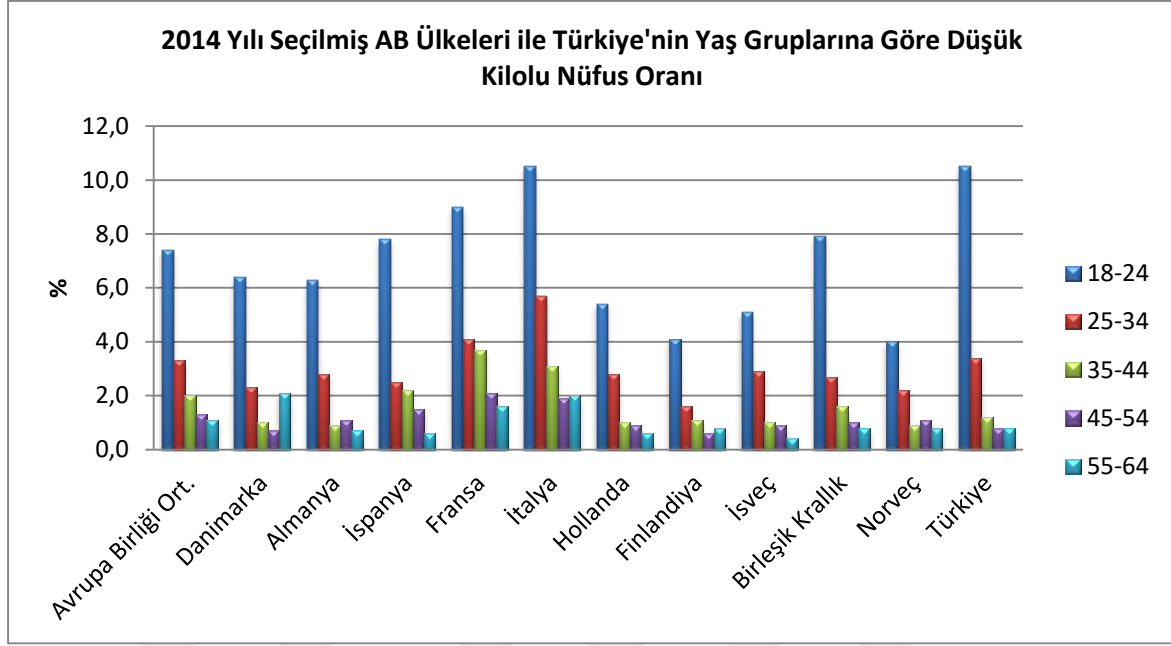


Şekil 2.11. Türkiye'nin cinsiyete göre fiziksel aktivite yapan nüfus oranları⁴⁵

Grafikte, erkeklerin kadınlara göre her iki tür fiziksel aktivite türünde de çok daha aktif olduğu görülmektedir. Bu farklılığın, şehirlerde kadınların işgücüne katılımının düşük olması örneğinde olduğu gibi kültürel sebepler olabileceği ya da geleneksel Türk aile yapısına bağlı olarak ev işleri ve/veya çocuk bakımına bağlı zaman kısıtlılığı gibi sebeplerin olabileceği değerlendirilmektedir.

Her ne kadar yukarıda sayılan gerekçelerin haklılık payı olsa da oranlara bakıldığında her iki cins içinde fiziksel aktivitenin çok kısıtlı kaldığı ifade edilebilir.

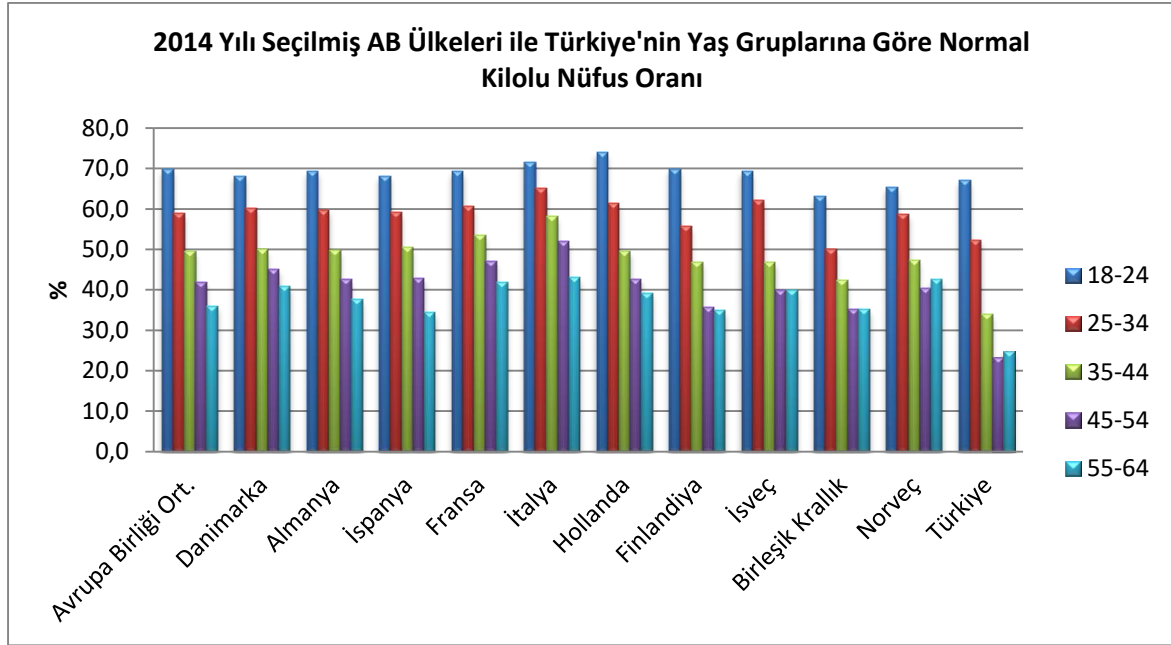
⁴⁵ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.



Şekil 2.12. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre düşük kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları⁴⁶

Yukarıda yer alan grafikte, Türkiye'nin seçilmiş Avrupa ülkeleri ile düşük kilolu nüfusunun yaş gruplarına göre kıyaslaması yer almaktadır. İlgili grafikte Türkiye'nin genç nüfusta (18-24 yaş) düşük kilo açısından %10'un üzerinde bir orana sahip olduğu, 25-34 yaş grubunda AB ortalamasına paralel olduğu daha üst yaş grubunda AB ortalamasının gerisinde yer aldığı görülmektedir. Buradan hareketle, Türkiye'nin kıyaslanan AB ülkelerine göre demografik yapısının genç olmasının pozitif katkı sunduğu ancak orta ve ileri yaş gruplarında düşük kilolu nüfusun oldukça az olduğu görülmektedir.

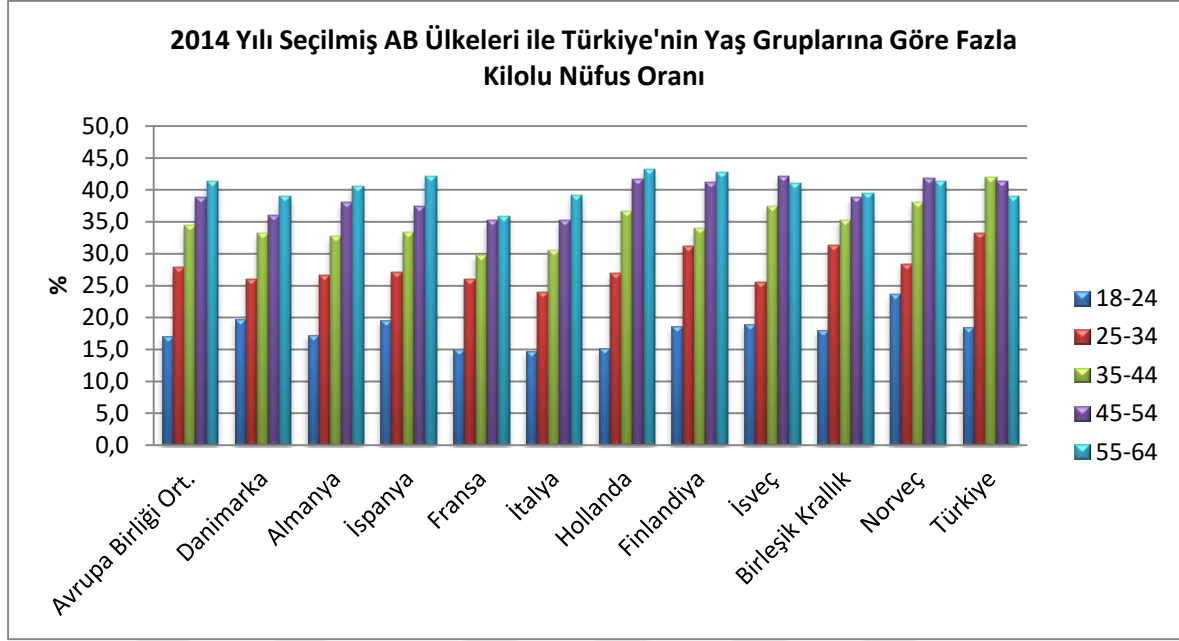
⁴⁶ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.



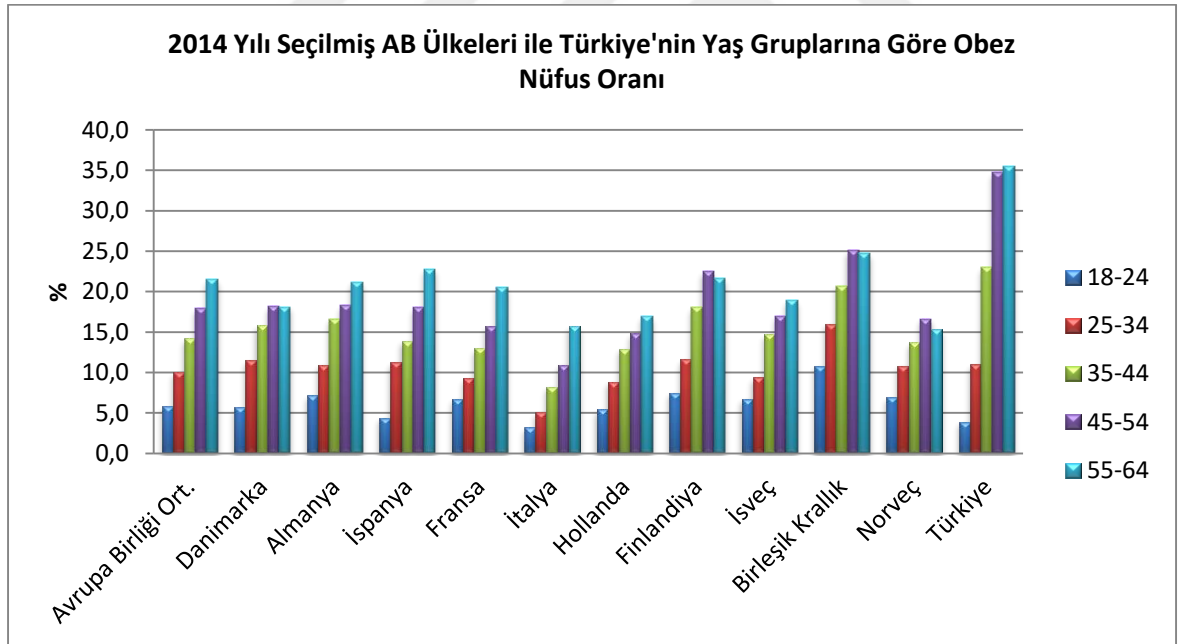
Şekil 2.13. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre normal kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları⁴⁷

Yukarıdaki grafikte, bir önceki grafiğe paralel sonuçları görmek mümkündür. Zira, Türkiye'nin normal kilolu nüfusunun genç yaş grubunda (18-24 yaş) yüksek, ancak orta ve üst yaş gruplarında AB ortalamasının gerisinde olduğu görülmektedir. Bu da, bir önceki grafikte yer alan değerleri doğrulamaktadır.

⁴⁷ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.



Şekil 2.14. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre fazla kilolu nüfusunun karşılaştırmalı oranları⁴⁸



Şekil 2.15. Türkiye'nin seçilmiş AB ülkeleri ile yaş gruplarına göre obez nüfusunun karşılaştırmalı oranları⁴⁹

⁴⁸ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

⁴⁹ İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018'de alınmıştır.

Şekil 2.14 ve 2.15 birlikte değerlendirildiğinde 35 yaş ve üstü nüfusun kilo yönünde riskli olduğu belirtilmelidir. Sadece şekil 2.15’de 45 yaş ve üzeri nüfusun AB ortalamasının oldukça üstünde olduğu ve bu yaş grubundakilerin sağlık harcamalarına ciddi yük getireceği değerlendirilmektedir.

Yukarıda yer alan dört grafikte; düşük kilolu, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olan nüfusun seçilmiş AB ülkeleri ile Türkiye karşılaştırılmış, kilo yönünden demografik farklılıkların fazla kilolu ve obez nüfusta, 35 yaştan sonra ortaya çıktığı tespit edilmiştir. 35 yaş ve üzeri nüfustaki bozulma Türkiye adına ciddi bir risk teşkil etmektedir. Bu yaş grubunda yaşanan hızlı değişimin arka planında modernizm (otomasyon), hızlı değişen yeme kültürü, çalışma biçimi ve çalışma süreleri gösterilebilir.

AB istatistikleri topluca ele alındığında Türkiye’nin fiziksel aktivite ile ters orantılı orta yaş ve üzeri nüfusta obezite riski taşıdığı ve bu risklerin giderilmesi yönünde makro ve mikro ölçekte geniş manada sosyal politika perspektifinde sağlık politikalarına ihtiyaç duyduğu ifade edilebilir.



3. SOSYAL POLİTİKA PERSPEKTİFİNDE TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK POLİTİKALARI

3.1. Sağlık Politikaları

Modern dönemde var olan devletlerin varlığına temel teşkil eden hizmetlerden bir tanesi de sağlıktır. Sağlık, bir toplumun sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik olarak varlığını sürdürebilmesi için olmazsa olmazların başında gelir. Savaşlar, salgın hastalıklar, hijyenik olmayan yaşam şartları, gıdaya ulaşımında yaşanan güçlükler gibi bir çok etken toplumların devamlılığı üzerinde negatif yönde etkili olmuştur. Bunun sonucu olarak, toplumların devamlılığı sekteye uğrayabilmektedir. 20. yüzyılda tıp alanında yaşanan gelişmeler sağlık alanında geçmişte yaşanan bazı sorunların çözümlenmesini, bazılarının ise etkilerinin azaltılmasını sağlamış olup, Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süreleri 20.yy’dan itibaren hızla artarak 2015 yılı itibariyle 71,4 yıla yükselmiştir⁵⁰. Bu rakam 1998 yılında 66 yıldır⁵¹. Dolayısıyla, Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının bu çerçevede ele alınması gerekmektedir. Ancak, şunu da ifade etmek gerekir ki, sağlığın tedavi boyutundan ziyade, sosyal politika eksenindeki politikalar temel alınmalıdır. Zira, bireyin sağlığını etkileyen çok çeşitli parametreler bulunmaktadır.

Bu perspektifte çalışanların sağlığı hem geniş manada sosyal politika hem de sağlık politikasının ortak alanını oluşturmaktadır. Dolayısıyla çalışanlar (işçiler) üzerinde gerçekleştirilecek her politika geniş manada sosyal politika çerçevesi içerisinde değerlendirilmelidir. Salt kurumsal çerçeve ve bakış açısı ile gerçekleştirilen eylemler bir noktada pozitif katkı sağlarken diğer noktada negatif etki doğurabilir ya da etki düzeyi sınırlı kalabilir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmış politikalardan bir tanesi bu duruma örnek verilebilir. Sağlık Bakanlığının obezite ile mücadelede, “27 Haziran 2012 tarihinde “Beden Kitle İndeksi” ve “Hareket Et” adlı iki kamu spotu ile “porsiyon küçültme” ve “günde 10.000 adım atıyoruz” başlıklı afiş, billboard gibi iletişim materyalleriyle tüm

⁵⁰ İnternet: World Health Organization. Web:

http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/ adresinden 11 Şubat 2018’de alınmıştır.

⁵¹ İnternet: World Health Organization. Web: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/press_release/en/ adresinden 11 Şubat 2018’de alınmıştır.

yurtta “Obezite Mücadele Hareketi” kampanyası⁵², “Diyabete Göz Yumma” kampanyası⁵³ gibi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında eylemleri; sosyal doku, kültür, çevre, şehir hayatı, bireylerin iktisadi olanakları ve çalışma ortamı ile süreleri dikkate alınmadığı takdirde etkin ve verimli netice alınması beklenmemelidir.

Önleyici Sağlık Hizmetleri bölümünde ifade edildiği üzere, sağlık bireyin fiziken ve ruhen tam iyilik halidir. Toplum içerisinde yaşayan bireylerin çeşitli sebeplere bağlı olarak farklı gelir düzeylerinde olduğu ve iktisaden düşük gelir düzeyinde bulunanlar ile dezavantajlı bireylerin devletin sunduğu imkanlardan sınırlı düzey faydalandığı bilinmektedir. Bunun içindir ki devletin, tüm vatandaşlarına eşit imkan sunması ve ihtiyaç sahiplerine sosyal politikalar vasıtasıyla destekte bulunması beklenir. Örneğin, Bireyin çalışma ortamından kaynaklı geçici veya sürekli olarak sağlığını kaybetmesi; çalışmama, iktisaden hayatını geçici veya sürekli idame ettirememesi ve bunun sonucunda geleceğe yönelik sosyal risklerle karşı karşıya kalmasına sebep olacaktır. Bu yönüyle mevcut durum, sadece sağlık politikası çerçevesi içerisinde değerlendirilmemelidir. Birey, iyileştiği zaman tekrar çalışma hayatına dönebilecek midir? İktisaden yaşadığı kayıp telafi edilebilecek midir? Çalıştığı iş ortamından kaynaklı sağlığını kaybetmesi halinde ilgili işyerinde gerekli tedbirler alınacak mıdır? gibi çeşitli sorulara cevap bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda, sorun, sosyal güvenlik, iş sağlığı ve güvenliği, istihdam, koruyucu sağlık hizmetleri, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon gibi birçok politikanın eşgüdümü ile çözülebilir. Dolayısıyla, sağlık politikalarını sosyal politikadan bağımsız olarak değerlendirmek etkin çözüm yolunun bulunmasına engel olacaktır. Bireyin, günlük hayatında spor yapması, yaşadığı şehrin sosyal ve sportif imkanlarının bulunması, işyerinde stres düzeyinin düşük olması, makul sürelerde çalışabilmesi, gelecek kaygısının bulunmaması, alternatif kariyer imkanlarının bulunması, iktisaden hayatını idame ettirebileceği bir gelir düzeyine sahip olması, sağlıklı gıdaya erişiminin bulunması gibi birçok parametre sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Ezcümle, sağlık politikalarının özellikle geniş manada sosyal politika kavramı bakış açısı ile ele alınması gerekliliği bulunmaktadır.

⁵² İnternet: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Web: <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,4065/kampanya-hakkinda.html> adresinden 11 Şubat 2018’de alınmıştır.

⁵³ İnternet: Sağlıkın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Web: <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,12537/diyabete-goz-yumma.html> adresinden 11 Şubat 2018’de alınmıştır.

3.2. Türkiye'nin Kalkınma Planları

Sosyal Politikaya ilişkin Türkiye’de geçmişten günümüze neler planlandığı ve hangi politikaların takip edildiğine ilişkin en önemli kaynak kalkınma planlarıdır. Çalışmada, 1990 yılından günümüze kadar geçen süreç ele alınarak (yaklaşık 30 yıl) sosyal politika alanında hangi politika başlıklarına öncelik verildiği incelenmiştir. Şunu da belirtmek gerekir ki, tezin içeriğine uygun olarak sosyal politikaya ilişkin tüm konu başlıkları irdelenmemiş, sadece sağlık alanında sosyal politika ile ilgili konu başlıkları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ayrıca, çalışmada günceli yakalamak adına 10. Kalkınma Planı diğer planlara nazaran daha kapsamlı bir incelemeye tabi tutulmuştur. Bu bilgiler ışığında sırasıyla; 6. Kalkınma Planı (1990-1994), 7. Kalkınma Planı (1996-2000), 8. Kalkınma Planı (2001-2005), 9. Kalkınma Planı (2007-2013), 10. Kalkınma Planı (2014-2018) incelenmiş ve aşağıda başlıklar halinde ilgili kısımları paylaşılmıştır.

3.2.1. 6. Kalkınma Planı⁵⁴

Altıncı Beş Yıllık (1990 – 1994) Kalkınma Planı, 30.10.1984 tarihli 3067 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 22.6.1989 tarihli 107 nci Birleşiminde onaylanmıştır.

Planda, sağlık ile sosyal politika alanlarının örtüştüğü 27. temel amaç aşağıda ifade edilmektedir⁵⁵:

“Sağlık hizmetleri etkili, sürekli ve kolay erişilebilir bir niteliğe kavuşturularak ülke sathına yaygınlaştırılacak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilecektir.”

Yukarıda ifade edildiği üzere, sağlık hizmetinin etkin olarak vatandaşlara sunulması ve ancak politika ağırlığının koruyucu sağlık hizmetlerine verilmesi amaçlanmaktadır. Bir başka deyişle, sağlık politikalarında önleyici politikalara ağırlık verilmesi hedeflenmektedir. Yine, yukarıda ifade edilen hususları işaret eden politika hedefleri olarak “Sosyal Hedef, İlke ve Politikalar” başlığı altında “koruyucu sağlık hizmetlerine yaygınlık, süreklilik ve etkinlik kazandırılmasına öncelik verilecek, temel sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.” ve

⁵⁴İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web: <http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018’de alınmıştır.

⁵⁵T. C. 6. Kalkınma Planı, 3.

bilinçlendirme ile farkındalığı arttırmak adına “Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kişi ve toplulukların sağlık bilincini geliştirecek eğitim faaliyetlerine ağırlık verilecektir.” maddeleri konuşulmuştur.⁵⁶

Bir diğer konuyla ilgili hedefte “Çalışma Hayatı” başlığı altındaki temel politika hedefi olan “Ekonomide yüksek verimin gerçekleştirilmesi, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların gelirden adil pay almaları, iş barışına yönelik olarak devlet, işçi ve işveren kesiminin devamlı diyalogunun sağlanması temel ilkedir.”⁵⁷ konusudur. Bu başlık altında da çalışanların ekonomik ve çalışma koşullarına yönelik iyileştirmeye yönelik çalışmalar vurgulanmaktadır.

Yukarıdaki politika hedeflerinin konmasında ortaya konan temel sorun alanları ise; koruyucu sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanamaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği, olumsuz çevre şartlarının sağlık üzerindeki negatif etkinin giderilememiş olması sayılmıştır.⁵⁸

3.2.2. 7. Kalkınma Planı⁵⁹

Yedinci Beş Yıllık (1996-2000) Kalkınma Planı, 30.10.1984 tarihli 3067 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 18.7.1995 tarihli 142 nci Birleşiminde onaylanmıştır.

7. Kalkınma Planında sağlık alanında mevcut duruma ilişkin olarak “...sağlıklı bir topluma ulaşmayı sağlayan,..., çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan birinci basamak hizmetlerini kapsayan temel sağlık hizmetlerine...” yeterli düzeyde öncelik verilemediği ifade edilmiştir. Bu yetersizliklere ek olarak kurumsal anlamda sadece Sağlık Bakanlığının konuyu üstlendiği ve diğer kuruluşların bu konuda yeterince sevk ve idare edilmediği beyan edilmiştir⁶⁰. Ayrıca, sağlık mevzuatının güncel

⁵⁶ T.C. 6. Kalkınma Planı, 289.

⁵⁷ T.C. 6. Kalkınma Planı, 303.

⁵⁸ T.C. 6. Kalkınma Planı, 342.

⁵⁹İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web: <http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018’de alınmıştır.

⁶⁰ T.C. 7. Kalkınma Planı, 42.

olmadığı, toplum sağlığının korunması yönünde yasal düzenlemelerin yapılamadığı da vurgulanmıştır⁶¹.

6. Kalkınma Planından farklı olarak “dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı sağlık sorunları” 7. Kalkınma Planında ayrıca vurgulanmıştır. Bu değerlendirmeye karşılık gıda üretim politikaları ve beslenme sorunları dikkate alınarak, iyotlu tuz üretimi, suyun florlanması, ekmeğin veya unun zenginleştirilmesi gibi çok temel düzeyde politika önermeleri yapılmıştır.⁶² Çerçeve düzeyde ise; “Bireylerin yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için, kamu sağlığının korunmasını, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve bunların sunumundaki temel esasların belirlenmesi ve sağlık alanındaki mesleklerle ilgili hususların düzenlenmesini sağlamak amacıyla Temel Sağlık Kanunu çıkarılması” amaçlanmıştır⁶³. Ancak, bu konuda “...politika, standart ve norm belirleyen, sağlık alanını düzenleyen, denetleyen ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan bir yapıya kavuşturulması...” çerçevesinde yine Sağlık Bakanlığının görevlendirileceği bir teşkilat yasaasının çıkarılması çözüm olarak ortaya konmuştur⁶⁴.

“Çalışma Hayatı” başlığı altında da “İşçi sağlığı ve iş güvenliğini iyileştirmeye ve çalışma hayatında denetimin etkinliğini artırmaya yönelik çalışmalar”a vurgu yapılmıştır. Ancak bu başlık altında işçi sağlığına yönelik olarak somut hangi adımların atılacağı açıklanmamıştır. Sadece, iyileştirme, etkin denetim ve teknolojik yeniliklere uygun işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin geliştirilmesi ifade edilmiştir⁶⁵.

3.2.3. 8. Kalkınma Planı⁶⁶

Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık (2000-2005) Kalkınma Planı, 30.10.1984 tarihli ve 3067 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 27.6.2000 tarihli 119 uncu Birleşiminde onaylanmıştır.

⁶¹ T.C. 7. Kalkınma Planı, 43.

⁶² T.C. 7. Kalkınma Planı, 46.

⁶³ T.C. 7. Kalkınma Planı, 48.

⁶⁴ T.C. 7. Kalkınma Planı 48-49.

⁶⁵ T.C. 7. Kalkınma Planı, 52-55.

⁶⁶İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web: <http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018’de alınmıştır.

8. Kalkınma Planında daha önceki kalkınma planlarında olduğu gibi mevcut durum ortaya konulmuştur. “Sağlık” başlığı altında koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmediği, sağlık alanına daha fazla kaynak ayrılması gerektiği, kaynakların etkili ve verimli kullanılması ve öncelikli olarak maliyet etkililiği yüksek koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.⁶⁷

Ortaya konan bu gerekliliklere yönelik olarak “amaçlar, ilkeler ve politikalar” başlığı altında, “Toplumsal gelişmenin temel bir unsuru olarak bireylerin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olmasının sağlanması, yaşam kalitesinin ve süresinin yükseltilerek sağlıklı bir topluma ulaşılması” esas olarak kabul edilmiştir. Bu çerçevede, sağlık alanında maliyet etkin politikalara öncelik verilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegre hale getirilmesi, ilk öğretim okullarında sağlık eğitimi verilmesi temel parametreler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, toplum sağlığının korunması amacıyla sektörler arasında işbirliği ve koordinasyon sağlanması da ortaya konan bir diğer amaçtır. Buna ek olarak; “ana ve çocuk, üreme, ağız ve diş, beslenme, çevre, iş, sporcu sağlığı, yaşlı sağlığı ve afet sağlığı gibi halk sağlığı hizmetlerine yönelik çalışmalar”ın yapılmasına vurgu yapılmıştır. Beslenmenin yanında gıda sağlığı ve güvenliği ile ilgili etkin bir denetleme yapılması, “yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için halkın eğitime ve beslenme kültürünün kazandırılmasına önem verilmesi” gerektiği ifade edilmiştir⁶⁸.

“Çalışma Hayatı” başlığı altında iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin mevzuatın esnetilmesi ve hizmetlerin yapılandırılması gerektiği mevcut durum olarak belirtilmiş⁶⁹, mevzuatın AB ve ILO standartlarına uygun olarak güncellenmesi ile İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu’nun oluşturulması politika önermesi olarak ifade edilmiştir⁷⁰.

⁶⁷ T.C. 8. Kalkınma Planı, 85-86.

⁶⁸ T.C. 8. Kalkınma Planı, 87-88.

⁶⁹ T.C. 8. Kalkınma Planı, 106.

⁷⁰ T.C. 8. Kalkınma Planı, 107.

3.2.4. 9. Kalkınma Planı⁷¹

9. Kalkınma Planı 01.07.2006 tarihli ve 26215 sayılı mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Planda, mevcut konjonktür “...değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir dönem...” olarak ifade edilmiştir⁷². İlgili dönem içerisinde planda Türkiye için, “İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB’ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye” vizyonu çizilmiştir⁷³. Bu vizyon ile ilişkili olarak, iktisadi ve sosyal kalkınma için aşağıdaki gelişme eksenleri ortaya konmuştur:

- Rekabet Gücünün Artırılması,
- İstihdamın Artırılması,
- Beşeri Gelişme ve Sosyal Dayanışmanın Güçlendirilmesi,
- Bölgesel Gelişmenin Sağlanması,
- Kamu Hizmetlerinde Kalitenin ve Etkinliğin Artırılması.

Yukarıda ifade edilen başlıklar altında daha çok uluslararası rekabette avantajlı konuma gelme, iktisadi ve sosyal gelişmenin sağlanması ile kamunun daha etkin ve verimli hizmet sunması vurgulanmıştır. Sağlık alanında temel bir gelişme eksenine yer verilmemiştir. Ayrıca, “İş Ortamının İyileştirilmesi” başlığı altında sadece çıkarılan iş kanunu ve yatırıma yönelik işlemlerde kolaylıklardan bahsetmektedir. Çalışanların sağlığına yönelik herhangi bir madde bulunmamaktadır⁷⁴. Benzer bir değerlendirme yine aynı başlık altında önerilen politikalarda da yapılabilmektedir. İlgili başlık altında rekabette avantajlı konuma gelme, yatırım ortamının iyileştirilmesi gibi iktisadi faaliyetlere yönelik düzenlemeler odak noktasındadır⁷⁵.

“Sağlık Sisteminin Etkinleştirilmesi” başlığı altında ise; “önleme tedaviden önce gelir ilkesi”ne vurgu yapılmış, önlenebilir hastalıklar ile gıda, tüketici ve çevre sağlığı alanlarına

⁷¹İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web: <http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018’de alınmıştır.

⁷² T.C. 9. kalkınma planı, 1.

⁷³ T.C. 9. kalkınma planı, 3.

⁷⁴ T.C. 9. kalkınma planı, 20-21.

⁷⁵ T.C. 9. kalkınma planı, 65-67.

yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklendirilmesi politika olarak belirlenmiştir⁷⁶. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetleri alanında personel istihdamının artırılması ve niteliğinin yükseltilmesi, altyapı hizmetlerinin geliştirilmesi, halkın koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam hakkında bilinçlendirilmesi politika önermesi olarak sayılmıştır⁷⁷.

3.2.5. 10. Kalkınma Planı⁷⁸

Ülkemizde kamu otoritesi ile uygulanan politikaların temelinde kalkınma planları yer almaktadır. Ancak geçmiş tecrübeler kamu idaresinin her zaman kalkınma planlarında yer alan önermelere bağlı kalmadığını göstermiştir. Bu bağlamda kalkınma planları devletin tüm kurum ve kuruluşlarına vizyon çizme çerçevesinde hizmet vermektedir. Tabii, zaman içerisinde meydana gelen olay ya da vakalar, dönemseller değişimler politika önceliklerine de etki edebilmekte hatta kırılmalara neden olabilmektedir. Dolayısıyla, kalkınma planlarını yürürlükte bulunan dönemler içerisindeki gelişmelerden bağımsız değerlendirmemek gerekmektedir. Bu çerçevede şu an yürürlükte olan ve 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. Kalkınma Planı öncelikle incelenecek olup, kurumsal politikalar da bu plan ile mukayeseli olarak değerlendirilecektir.

10. Kalkınma Planı Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 01.07.2013 tarihli 127'nci Birleşiminde onaylanmıştır.

Planın hazırlandığı konjonktür:⁷⁹

- Küresel ekonomide geleceğe dönük risklerin ve belirsizliklerin sürdüğü,
- Dünya ekonomisinde değişim ve dönüşümlerin yaşandığı,
- Yeni dengelerin oluştuğu,
- Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında güç dengelerinin yeniden şekillendiği bir ortam,

⁷⁶ T.C. 9. kalkınma planı, 88.

⁷⁷ T.C. 9. kalkınma planı, 88.

⁷⁸ İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web:

<http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018'de alınmıştır.

⁷⁹ T.C. 10. Kalkınma Planı, 1.

olarak ifade edilmiştir. Görüldüğü üzere; plan belirsizliklerin ve ülkeler arası güç dengelerinin yeniden belirlendiği bir döneme tekabül etmektedir.

Bir diğer dikkati çeken husus ise; karmaşık ve çeşitli ekonomik ihtiyaçlara karşılık ülke kaynaklarının kısıtlı olduğunun ve mevcut kaynakların etkin kullanılmasının zorunlu olduğunun planda vurgulanmış olmasıdır. Çalışmanın temel dayanağını oluşturacak bu hüküm kamu idaresinin gelecek projeksiyonu yaparken mutlaka alternatif maliyet hesaplaması yapması gerektiğini ve muhtemel risklere karşı şimdiden proaktif bir yaklaşım sergilemesi gerektiğini göstermektedir.⁸⁰

Önem arz eden bir diğer nokta, “Sektörler arasındaki etkileşimin giderek artması” vurgusunun yapılması ve bir noktada yapılan politika düzenlenmesinin başka alanları da yakından etkiler düzeyde olduğunun ifade edilmiş olmasıdır. Buna bağlı olarak, politika belirlenirken disiplinler arası bir yaklaşım sergilenmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur.⁸¹ Yine, çalışmanın önemli dayanaklarından birisini bu hüküm ifade etmektedir. Çünkü, artık sağlığı çevreden, çevreyi ekonomiden, ekonomiyi uluslararası gelişmelerden bağımsız değerlendirmek ve çözüm üretmek mümkün gözükmemektedir.⁸²

Planda, “sağlık ve sosyal güvenlik” başlığı altında en çok üzerinde durulan risk unsuru sağlık harcamaları olarak ifade edilmektedir.

- Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması,
- Gelir düzeyinin yükselmesi,
- Sağlık bilincinin gelişmesi,
- Yeni sağlık teknolojileri,
- Sağlık hizmetlerine talebin artması,

maddeleri başta olmak üzere çeşitli gelişmelerin sağlık harcamalarını gelişmiş ülkeler artırdığı, ülkemizde de bugün olmasa gelecekte artırma eğilimi göstereceği üzerinde durulmuştur.⁸³ Ayrıca, bu riske karşılık;

⁸⁰ İlerleyen bölümlerde bu nokta üzerinde tekrar durulacaktır.

⁸¹ T.C. 10. Kalkınma Planı, 2.

⁸² İlerleyen bölümlerde bu nokta üzerinde tekrar durulacaktır.

⁸³ T.C. 10. Kalkınma Planı, 11.

- Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği,
- Emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde,

artan sağlık harcamalarının, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabileceği gibi çok önemli bir tehlikenin varlığına da işaret etmiştir.⁸⁴ Bu muhtemel riskler içerisinde emeklilik ve sosyal güvenlik sistemine ilişkin şu an itibariyle tedbir alınması gerektiği hususuna özellikle dikkat çekilmelidir. Bu noktada çalışmanın temelini oluşturan önemli parametrelerden birisini ifade etmektedir.

Planda sağlık alanında mevcut durum,

- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde,
- Performansa dayalı ek ödeme sisteminde,
- Sevk zincirinde,
- Sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı olduğu ve
- Fiziksel aktivite yetersizliği,
- Obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi program ve eylemlerinin,

geliştirilmesi gerektiği şeklinde özetlenmiştir.

Mevcut durum analizine cevaben politika önermesi olarak aşağıdaki başlıklar sayılmıştır:⁸⁵

- Koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla ele alınacaktır.
- Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.
- Tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilecek, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacaktır.

⁸⁴ T.C. 10. Kalkınma Planı, 11.

⁸⁵ T.C.10. Kalkınma Planı, 34.

Yukarıdaki politika önermelerinden de görüldüğü üzere Planın ana hat çizgileri belirlenirken çoklu sektör bakış açısı ile konunun ele alınacağı vurgulanmasına karşılık alınan tedbirlerin ya da politika önermelerinin bu durumu tam olarak yansıtmadığı ve cılız kaldığı tespiti yapılabilir.⁸⁶

Plan üzerinde yapılabilecek tespitlerden bir diğeri, İstihdam ve çalışma hayatı başlığı altında amaç ve hedefler sayılırken iş sağlığı konusu dışında çalışanlara yönelik herhangi bir sağlık ile doğrudan ilintili bir değerlendirmeye yer verilmemiştir.⁸⁷

Bir diğer husus, “sosyal güvenliğin finansmanı” başlığı altında yer alan politika önermesinde “Sağlık hizmetleri ve harcamalarında sürdürülebilirlik dikkate alınarak ilaç ve tedavi harcamaları daha akılcı hale getirilecektir.” hükmünün yer alması gibi pasif politikalar öngören aktif olarak kişilerin sağlık harcamalarının azaltılmasına ilişkin bir politika önermesi bulunmamasıdır.

Farklı başlıklar altında yer alan yukarıda ifade edilen politika önermeleri üzerinde özellikle durulmaktadır. Zira, Planın temel misyonunu taşımaktan uzak ve diğer sektör ya da alanlara etkisi tartışılır ve bu önermelerin eksikliği yine planda öngörülen riskleri bertaraf etmede başarısız olması muhtemeldir.

Yine planda, politikaların etkin olabilmesi için kamu kurumlarının orta ve uzun vadeli amaç, ilke, hedef ve önceliklerinin kalkınma planı ile uyumlu olması üzerinde durulmuştur.⁸⁸ Bu da, konu ele alınırken kurumsal politika ve mevzuatın da incelenmesini gerekli kılmaktadır. Bu sebeple, sonraki bölümde sosyal politika alanında bakanlık ve kurumların uyguladıkları politikalar üzerinde durulacaktır.

3.3. Önleyici Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’deki Uygulaması

Daha önceki bölümlerde paylaşıldığı üzere, sosyal politika çerçevesinde sağlık ile ilişkili çeşitli kurum ve kuruluşların olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan, sağlık hizmetinin “hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, **hastalıkların önlenmesi, toplum**

⁸⁶ Konuya ilişkin daha detaylı açıklamalar ilerleyen bölümde yapılacaktır.

⁸⁷ T.C.10. Kalkınma Planı, 47.

⁸⁸ T.C.10. Kalkınma Planı, 2.

ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetlerin bütünü⁸⁹” şeklindeki tanımlama konunun sağlık politikası alanında yetkili kuruluşlarca konunun değerlendirilmesine neden olmaktadır. Buna ek olarak uygulamada bireyin sağlığının bozulmasından kaynaklı tedavinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde hem özel sağlık hizmeti sunucularının hem de kamuya ait sağlık hizmeti sunucularının doğrudan hizmet verdiği birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sağlık hizmeti sağlanması konunun Sağlık Bakanlığının görev alanında olduğu şeklinde değerlendirilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Kalkınma planlarında da bu durum net bir şekilde gözlenmektedir. Dolayısıyla, bu kapsamda değerlendirilebilecek temel kavram da “koruyucu sağlık hizmetleri” olmaktadır. Bu bölümde kavrama ilişkin tanıma, sınıflandırılmasına, içeriğine ve konuyla ilgili çeşitli görüşlere aşağıda yer verilmektedir.

3.3.1. Tanım

Koruyucu sağlık hizmetleri, “hastalıklar oluşmadan insanların sağlıklarını korumak için verilen hizmetlerin tamamı⁹⁰” şeklinde tanımlanabilir. Yukarıdaki tanıma ek olarak Dünya Sağlık Örgütüncü (DSÖ) yapılan sağlık tanımından da bahsederek konuyu incelemek yerinde olacaktır. DSÖ göre; sağlık, “bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” DSÖ yapılan sağlık tanımında yalnızca fiziksel iyilik hali sağlıklı olma olarak kabul edilmemektedir. Onun harici, hem ruhen hem de sosyal açıdan iyi olunması da sağlıklı olma koşulu olarak ifade edilmiştir. Bu noktadan yola çıkarak koruyucu sağlık hizmetlerinin de en az tedavi edici sağlık hizmetleri kadar öneme sahip olduğu söylenebilir.

3.3.2. Sınıflandırma

Koruyucu sağlık hizmetleri temel olarak sağlık hizmetinin bir alt dalı olarak sınıflandırılmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmeti dört ana başlıktan oluşmaktadır⁹¹:

1. Koruyucu sağlık hizmetleri,
2. Tedavi hizmetleri,

⁸⁹ Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Türkiye: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, 26.

⁹⁰ Akdur, R. (2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması* (Üçüncü Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 5.

⁹¹ Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Türkiye: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, 26.

3. Rehabilitasyon hizmetleri,
4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.

Ancak, yukarıdaki sınıflandırmadan farklı olarak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri dışarıda bırakılarak üçlü ayrıma tabi tutulan sınıflandırma da mevcuttur⁹².

3.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Alt Başlıkları

Koruyucu sağlık hizmetleri de kendi içerisinde iki alt başlıkta değerlendirilmektedir⁹³:

1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: “...Çevrede sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme” fonksiyonu bulunmaktadır. Bu kapsamda yürütülen başlıca faaliyetler, su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla (haşere) mücadele, besin sanitasyonu, hava kirliliği denetimi, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararların denetimi ve iş sağlığıdır.
2. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Sağlık sınıfı personel (hekim, hemşire vb.) aracılığıyla ve doğrudan bireye ulaşan hizmetlerdir. Bu hizmetler sırasıyla; bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın denetimi, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimidir.

3.3.4. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Yukarıda ifade edilen tanımlama, sınıflandırma ve alt başlıklardan yola çıkarak koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir⁹⁴:

- Tedavi edici sağlık hizmetine göre daha az maliyetlidir.
- Daha etkin ve uygulaması kolay bir yoldur.

⁹² Akdur, R. (2000). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması* (Üçüncü Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 5.

⁹³ Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Türkiye: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, 26-27.

⁹⁴ Kavuncubaşı, a.g.e., 27.

- Diğer hizmetlere göre daha az düzeyde teknik ekipman ve personel ile hizmet verilebilir.
- Yüksek teknoloji ve nitelikli personele ihtiyaç duyulmadan bu hizmet verilebilmektedir.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltmada etkin bir yöntemdir.
- Çalışma ve işgücü kaybını en aza indirir.
- Çevrede meydana gelen eksikliklerin veya negatif etkilerin ortadan kaldırılmasını sağlar.

Yukarıdaki özelliklerde de görüldüğü üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin “önleyici” fonksiyonu gerek fayda-maliyet gerekse kaynakların etkin kullanımını açısından önemli katkılar sunabilmektedir. Başka bir çalışmada, ulusal sağlık kapsamının hükümetler tarafından öneminin anlaşıldığı ve bu yönde sağlık sistemlerini geliştirdikleri ifade edilmektedir. Bu sayede, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin sağlığı ve geliri koruduğu vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, sağlıklı çocukların daha iyi öğrendiği, sağlıklı yetişkinlerin hem sosyal hem ekonomik olarak daha iyi katkı sundukları ifade edilmektedir⁹⁵. Şunu da belirtmek gerekir ki bu çalışma açısından vurgulanması gereken en önemli koruyucu sağlık hizmetleri özelliği, çalışma ve işgücü kaybını en aza indirmede üstlendiği katalizör görevidir.

Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olarak koruyucu hekimliğin kapsamı “beslenme, temizlik, aşılama, yaşam koşulları (gürültü, stres, çevre ve doğanın korunması) , gibi geniş kapsamlı ve çok önemli konuları içermektedir.”⁹⁶ Buna ek olarak yine aynı kaynakta; koruyucu hekimliğin gelişmesinin toplum sağlık kalitesini yükseltmede önemli bir faktör olduğu ve yine önemli bir gelişmişlik göstergesi olduğu ifade edilmektedir.

⁹⁵ World Health Organization. (2013). *Research for Universal Health Coverage*, 5.

⁹⁶İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü. Web: <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/koruyucu-hekimlik/14> adresinden 23 Ağustos 2018’de alınmıştır.

3.3.5. Sağlık Bakanlığının Koruyucu Sağlık Hizmetlerine İlişkin Göstergeleri

Sağlık Bakanlığının Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (2002-2008) raporunda koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin göstergeler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:

- a) Bebek başına ortalama izlem sayısı,
- b) Gebe başına ortalama izlem sayısı,
- c) HepB1 (Hepatit B) aşılama yüzdesi,
- d) DBT1 (Difteri, Boğmaca, Tetanoz) aşılama yüzdesi,
- e) KKK (Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak) aşılama yüzdesi,
- f) Tarama testleri (Neonatal hipotiroidi, fenilketonüri, talasemi ve benzeri) numune alma yüzdesi,
- g) Modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesi.

Yukarıdaki göstergelere bakıldığında; koruyucu sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından doğum, gebe, aşılama, tarama testleri ve aile planlamasından oluştuğu görülmektedir. Ancak, bu bakış açısının konuya bütüncül yaklaşımda yeterli olmadığı düşünülmektedir.

3.4. Medyada Sağlık ve Sağlık ile İlişkili Köşe Yazarları Görüşleri⁹⁷

2003 yılı sonunda uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı⁹⁸ ile birlikte ülkemizde de hızlı bir sağlık sisteminde değişim ve dönüşüm yaşanmıştır. Şehir hastanelerinin devreye girmesi ile birlikte bu değişimin hızının da artacağı düşünülmektedir. Bu dönüşüm, yaşam biçimlerinin değişmesi ile gıdaların niteliğindeki değişime bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar ya da hastalık riskleri, bireylerin gerek görsel medya gerekse yazılı basında sağlık alanında farkındalığının artmasına neden olmuştur. Medya bu farkındalığa bağlı olarak, görsel ve yazılı basın ile televizyon ve diğer medya araçlarında konunun uzmanları ya da sağlık alanına yönelik programlar vasıtası ile cevap vermiştir. Bu bölümde,

⁹⁷ Sağlık alanında geniş konu yelpazesi içerisinde çok çeşitli haber ve köşe yazıları bulunmasına karşılık, bu bölümde, genel olarak “sağlık” konusuna medyanın ilgi düzeyi ile tezin içeriğine uygun olarak “obezite” konusu örneğinde yer alan köşe yazılarına ve haberlere yer verilmiştir. Dolayısıyla, konunun anlam bütünlüğünün kaybolmaması adına kısıtlı içeriğe yer verilmiştir.

⁹⁸İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. Web: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

sağlık alanında medya üzerinde yer alan programlara ve bazı köşe yazarları görüşlerine yer verilecektir.

Sağlık alanındaki kitlesel farkındalık sonucu yazılı basına ait internet sitelerinde “sağlık” başlığı altında birçok haberin düzenlendiği görülmektedir⁹⁹. Yine, televizyon medyasında gerek haber kanalları olsun gerek ulusal kanallar olsun “sağlık” ile ilgili bölüm başlığı oluşturma ve bu bölüm başlıkları altında çeşitli konulara yer verilmektedir¹⁰⁰. Programlar ve haberler aracılığı ile bireylere, çeşitli hastalıklara karşı korunma yolları, tedavi yöntemleri, pozitif ve/veya negatif içerikli sağlık hizmeti ile ilgili doğrudan; beslenme biçimleri, gıdaların kalite düzeyleri, egzersiz yapma, hareketli yaşam sürme gibi dolaylı yoldan sağlık ile ilişkilendirilen geniş bir yelpazede içerik sunulmaktadır. Yine, yazılı basında sağlıkla ilgili köşe yazarları bulunduğu gibi¹⁰¹ konuyla ilgilenen başka köşe yazarları da mevcuttur. Bu bilgiler ışığında tezin sorunsalını oluşturan sağlık konusu aşağıdaki örnekler üzerinden medyada nasıl ele alındığı anlatılmaktadır.

Geçmiş dönem Hürriyet Gazetesi köşe yazarı İsmet Berkan, Türkiye’nin gelecekte karşılaşacağı en büyük sorununun diyabet ve kalp-damar hastalıkları başta olmak üzere bir dizi hastalığın olduğunu ortaya koymuştur¹⁰². Buna gerekçe olarak da, fiziksel hareket yetersizliği ile yanlış beslenme alışkanlıkları olduğunu vurgulamıştır. Yine, yazıda siyasetçilerin yürüttüğü kampanyaların sağlık alanında yeterli etki düzeyine ulaşamayacağı da ifade edilmektedir. Ayrıca, yazıda bodurluk gibi yetersiz beslenmeden kaynaklı “gizli açlık” sorununun olduğu da ifade edilmektedir. Benzer şekilde obezite konusunu sıklıkla yine Hürriyet Gazetesi köşe yazarı Osman Müftüoğlu’ da dile getirmektedir. “Obezite tehdidi büyümeye devam ediyor” başlıklı yazısında Türkiye’nin obeziteye bağlı gelecekte olası karşılaşacağı tip II diyabet, kalp-damar hastalıkları, kanser, felç ve bakıma muhtaç yaşlılık

⁹⁹İnternet: Hürriyet Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.hurriyet.com.tr/saglik/>, Sözcü Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.sozcu.com.tr/kategori/saglik/>, Sabah Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <https://www.sabah.com.tr/saglik>, Cumhuriyet Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.cumhuriyet.com.tr/bolum/12/saglik.html>, Habertürk Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.haberturk.com/saglik> adreslerinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

¹⁰⁰İnternet: CNNTürk Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.cnnurk.com/saglik>, A Haber Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.ahaber.com.tr/saglik>, NTV Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.ntv.com.tr/saglik>, ATV Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <https://www.atv.com.tr/webtv/saglikli-mutlu-huzurlu/bolum>, Kanal D Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <https://www.kanald.com.tr/saglik>, Show TV Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <http://www.showtv.com.tr/programlar/tanitim/zahide-yetisle/1551> adreslerinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

¹⁰¹İnternet: Hürriyet Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/osman-muftuoglu/>, Habertürk Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.haberturk.com/htyazar/prof-dr-temel-yilmaz> adreslerinden 04 Mart 2018’de alınmıştır.

¹⁰² Berkan, İ. (2015, 7 Mart). “Üç kişiden biri şişman, bir obez ülke...”. *Hürriyet*, 8.

risklerinden bahsetmekte ve Sağlık Bakanlığının ilan ettiği “Ulusal Obezite Programı”nı uygulamaya koymamakla eleştirmektedir¹⁰³. “Hangisi daha tehlikeli: Hareketsizlik mi kilo mu?” başlıklı bir başka köşe yazısında da benzer yorumlara ek olarak hareketsizliğin kilodan daha tehlikeli olduğu ve kalp-damar ve solunum sistemi ile ilgili çok daha büyük riskler barındırdığı üzerinde durmuştur¹⁰⁴. Hareketin; tansiyonu düşürdüğü, stresi azalttığı, uykuyu desteklediği, iştahı dengelediği, kiloyu düzenlediği, şekeri düşürdüğü, kan yağlarını dengelediği, vücut dengesine katkı sunduğu, belleğe güç verdiği, cinselliği desteklediği, kemik ve kasları güçlendirdiği, kanseri önlediği, bağışıklığa güç verdiği, solunumu desteklediği ve damarları koruduğu özellikle vurgulanmıştır. Bir internet sitesinde yer alan haber de yukarıda ifade edilen konuyu destekler nitelikte, hareketsizliğin ciddi sağlık sorunlarına sebebiyet verdiğini ifade edilmektedir¹⁰⁵. Haber içeriğinde, Dünya’da ölümlerin %6’sının hareketsizlikten kaynaklandığı belirtilmiştir. Obezite konusunda yukarıda ifade edilen bilgilerden farklı olarak Prof. Dr. Temel Yılmaz’ın “Obezitenin sınırları yeniden çiziliyor” başlıklı köşe yazısında konunun psikolojik tarafına daha çok ağırlık verilmiştir¹⁰⁶. Yazar tarafından fazla kilolu ya da obez bireylerin dışında normal kilolu bireylerinde kendini kilolu şekilde değerlendirdiğini ve bunu sağlık sorunu olarak doktora başvurma gerekçesi olarak ifade ettiğini söylemiştir. Buna bağlı olarak obezitenin daha geniş yelpazede değerlendirilmesi gerektiği üzerinde durmuştur.

¹⁰³ Müftüoğlu, O. (2017, 16 Kasım). “Obezite tehdidi büyümeye devam ediyor”. *Hürriyet*, 16.

¹⁰⁴ Müftüoğlu, O. (2017, 16 Kasım). “Hangisi daha tehlikeli: Hareketsizlik mi yoksa kilo mu?”. *Hürriyet*, 16.

¹⁰⁵ İnternet: Memurlar.net İnternet Sitesi. Web: <http://www.memurlar.net/haber/534911/> adresinden 4 Eylül 2015’de alınmıştır.

¹⁰⁶ Yılmaz, T. (2018, 20 Ocak). “Obezitenin sınırları yeniden çiziliyor”. *Habertürk*, 20.



4. SOSYAL POLİTİKA PERSPEKTİFİNDE SAĞLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

4.1. Birey Sağlığının Seviyesini Etkileyen Çevresel Faktörler

Bireyin, toplumun en temel yapı taşı olan ailenin ve genel olarak toplumun en önemli amaçlarından birisi sağlıklı ve üretken olabilme. Bunu sağlayabilmenin temel koşulları fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal yönden gelişmiş bir beden ve bozulmadan bu bedenin işler kılınmasıdır.¹⁰⁷ İnsan sağlığı bu çerçevede, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok etkene maruz kalmakta¹⁰⁸ veya insan çevreyi şekillendirebilmektedir. Bu çerçevede; birey, toplum ile etkileşim halinde hayatını sürdürmektedir. Dolayısıyla, bireysel olarak kendisine etki eden ve aynı zamanda başkalarını da etkileyen bir fonksiyon icra etmektedir. Dışsallık olarak ifade edilebilecek bu etkileşim kendisini sağlık alanında da göstermektedir.

Yine, sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı da bu alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüncü, “Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşadığı şartlar” olarak tanımlanmaktadır. Tema başlıkları ise; istihdam koşulları, sosyal dışlanma, halk sağlığı programları ve sosyal belirleyiciler, kadın ve cinsiyet eşitliği, erken çocuk gelişimi, küreselleşme, sağlık sistemleri, ölçme ve kanıt ile kentleşme olarak belirlenmiştir.¹⁰⁹ Başka bir çalışmada, Dahlgren ve Whitehead’un oluşturduğu gökkuşağı modelinde sağlığın sosyal belirleyicileri üç katmanda ele alınmıştır. Bunlardan ilkinde birey merkezli kişisel yaşam tarzı yer almakta, ikinci katmanda sosyal ve toplumsal ağlar ve son katmanda genel sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar olarak kategorize edilmiştir.¹¹⁰ Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramından ilk kez bahseden Tarlov ise, sağlıklı toplumsal bir yapının oluşturulabilmesi adına dört başlıkta altında bir çerçeve ortaya koymuştur. Tarlov’a göre, nüfus sağlığının belirleyicileri, karmaşık sistemler, nüfus sağlığı iyileştirme için bir müdahale çerçevesi ve halk sağlığın politikalarının geliştirilmesi prosesleri sağlığın sosyal belirleyicileri için dört temel

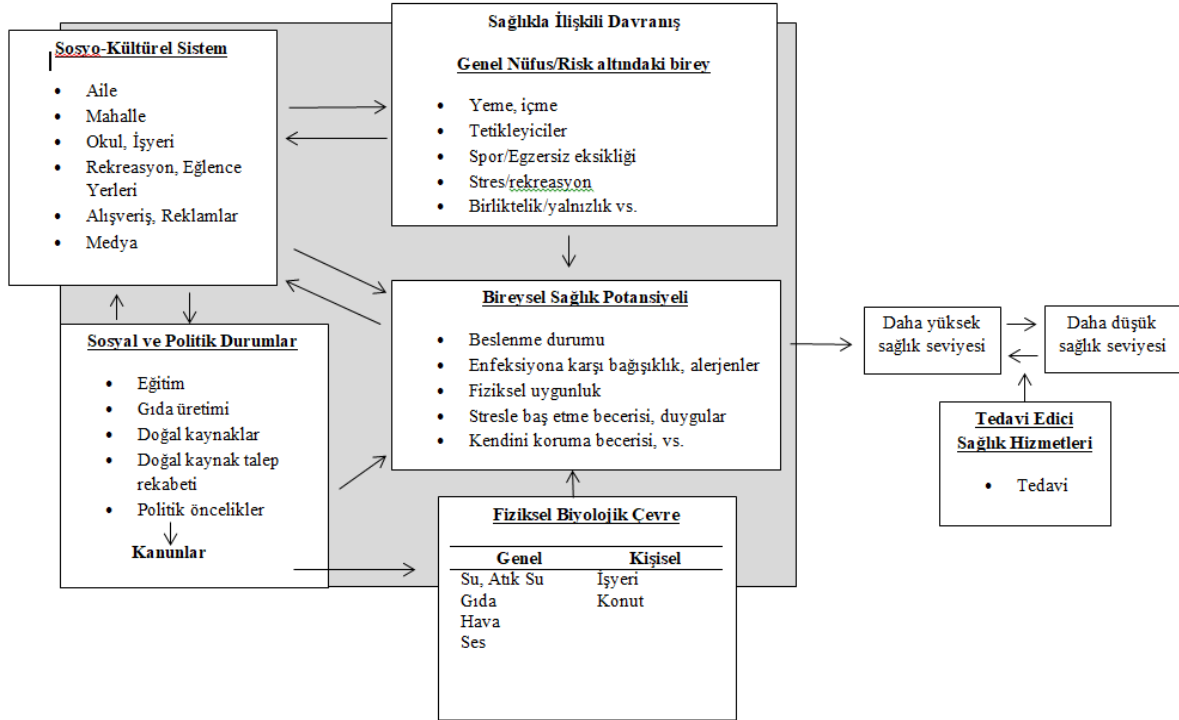
¹⁰⁷ Baysal, A. (2011). *Beslenme* (On üçüncü baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 9.

¹⁰⁸ Baysal, a.g.e., 9.

¹⁰⁹ İnternet: Dünya Sağlık Örgütü İnternet Sitesi: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ adresinden 06 Temmuz 2018’de alınmıştır.

¹¹⁰ İnternet: The National Women’s Council of Ireland İnternet Sitesi. Web: https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

uygulama alanını oluşturmaktadır.¹¹¹ Konuyla ilgili çeşitli yaklaşımlar bulunsa da hepsinin odak noktasında birey ve birey sağlığının yer aldığı gözlemlenebilmektedir. Buradan yola çıkarak kavramsal olarak sağlığın sosyal belirleyicilerinin çok geniş çaplı bir yaklaşım olduğu ifade edilebilir. Aşağıdaki şemada bu etkileşim türleri ve etkileme biçimleri (yönleri) gösterilmektedir¹¹²:



Şekil 4.1. Çeşitli faktörlerin sağlık üzerindeki etkisi

Birey veya genel nüfus üzerinde sağlık ile ilgili çevresel etkenler; sosyo-kültürel sistem, sosyal ve politik durumlar, fiziksel biyolojik çevre belirtilmektedir. Bu etkenlerde kendi içerisinde etkileşim halindedir. Şemada da görüleceği üzere, sosyo-kültürel sistem ile sosyal ve politik durumlar birbirini ile etkileşim içerisindedir. Keza, tek taraflı olarak sosyal ve politik durumlar fiziksel biyolojik çevreyi şekillendirmektedir.

Sosyo-kültürel sistem içerisinde, aile, mahalle, okul, medya gibi sosyal ve kurumsal unsurlar yer almaktadır. Sosyal ve politik durumlar başlığı altında ise, eğitim, gıda üretimi, doğal kaynaklar vb. mevzuat hükümleri belirleyici olmaktadır. Bu iki parametredeki

¹¹¹ Taylor, AR. (1999). Public policy frameworks for improving population health. *Annals New York Academy of Sciences*, 896, 281.

¹¹² Abelin, T., Brzezinski, Z.J. ve Carstairs, V.D.L. (1987). *Measurement in health promotion and protection*. WHO Regional Publications: European Series No. 22, 32.

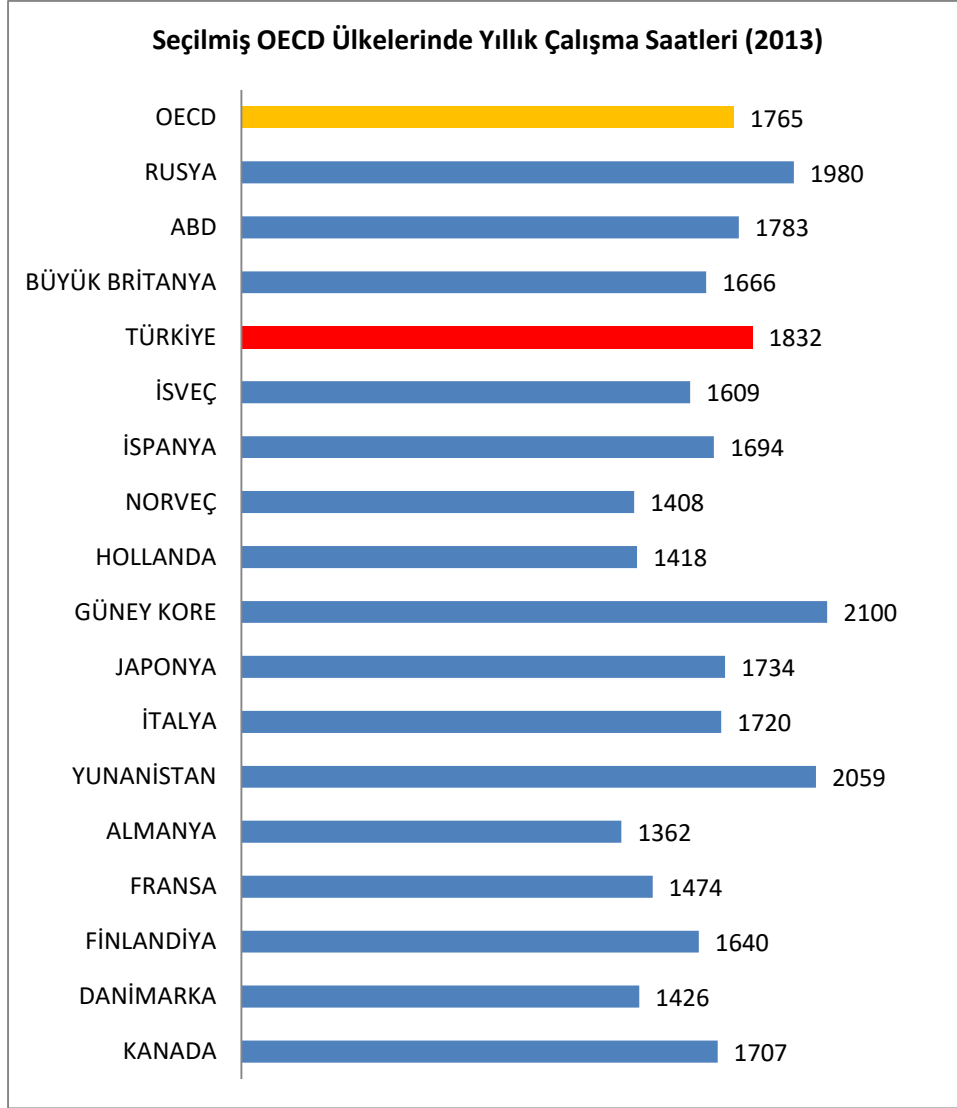
karşılıklı etkileşim hem birbirlerini hem de doğrudan ya da dolaylı olarak fiziksel biyolojik çevre, bireysel sağlık potansiyeli ve sağlıkla ilişkili davranışları şekillendirmektedir. Sağlıkla ilişkili davranışlar ile fiziksel biyolojik çevre de doğrudan bireysel sağlık potansiyeli (beslenme durumu, enfeksiyona karşı bağışıklık, alerjenler, fiziksel uygunluk, stresle baş etmek becerisi, duygular vb.) etkilemektedir. Nihayetinde, bireyin sağlığına ilişkin potansiyel durumu bu etkenlere göre yüksek ya da düşük olmaktadır. Bu iki değer arasında belirleyici olan ise tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyidir. İleri düzeyde tedavi edici sağlık hizmeti sunan ülkelerde bireysel sağlık düzeyi yüksek olsa bile maliyet açısından ülkeleri zorlayıcı etkileri olması muhtemeldir. Dolayısıyla, daha geniş perspektifte sağlığı etkileyen çevresel faktörlerin iyileştirilmesinde yarar görülmektedir.

4.2. İşçilerin çalışma saatleri (OECD)

Çalışanların sağlıklı bir şekilde hayatlarını idame ettirebilmeleri, işe bağlı gelir sahibi olmak kadar hayatlarını nasıl sürdürdükleri ile de yakından ilgilidir. Çalışanların özel yaşam iş dengesini kuramadan yaşamlarını devam ettirmeleri çeşitli sağlık sorunlarını, iş kazalarını, psikolojik olarak tükenmişlik gibi çeşitli bireysel ve toplumsal negatif sonuçları ortaya çıkarabilir. Bu duruma bireysel tercihler sebebiyet verebileceği gibi çalışma koşullarının elverişsizliği, uzun süreli çalışma süreleri de sebep olabilmektedir. Ayrıca, yapılan bilimsel araştırmalarda da gerek işçinin verimi gerekse hastalık veya iş kazaları sonucu üretim kayıplarının ortaya çıkması ile beslenme arasında doğrudan ilişki bulunduğu ortaya koyulmuştur. Hatta yetersiz ya da dengesiz beslenen işçilerin diyetlerinde yapılan düzenlemeler ile verimliliklerinde birkaç kat artış sağlanmıştır.¹¹³ Özetle, çalışanların günlük performansına etki eden birçok faktör bulunmaktadır.

Aşağıdaki grafikte bu durumu açıklamaya yardımcı seçilmiş OECD üyesi ülkelerde yıllık çalışma süreleri karşılaştırılmalı olarak gösterilmektedir. Grafığe göre, OECD ortalaması 1765 saat olmakla birlikte, Türkiye ortalamasının üzerinde 1832 saat çalışma süresi ile yer almaktadır.

¹¹³ Baysal, a.g.e., 12.



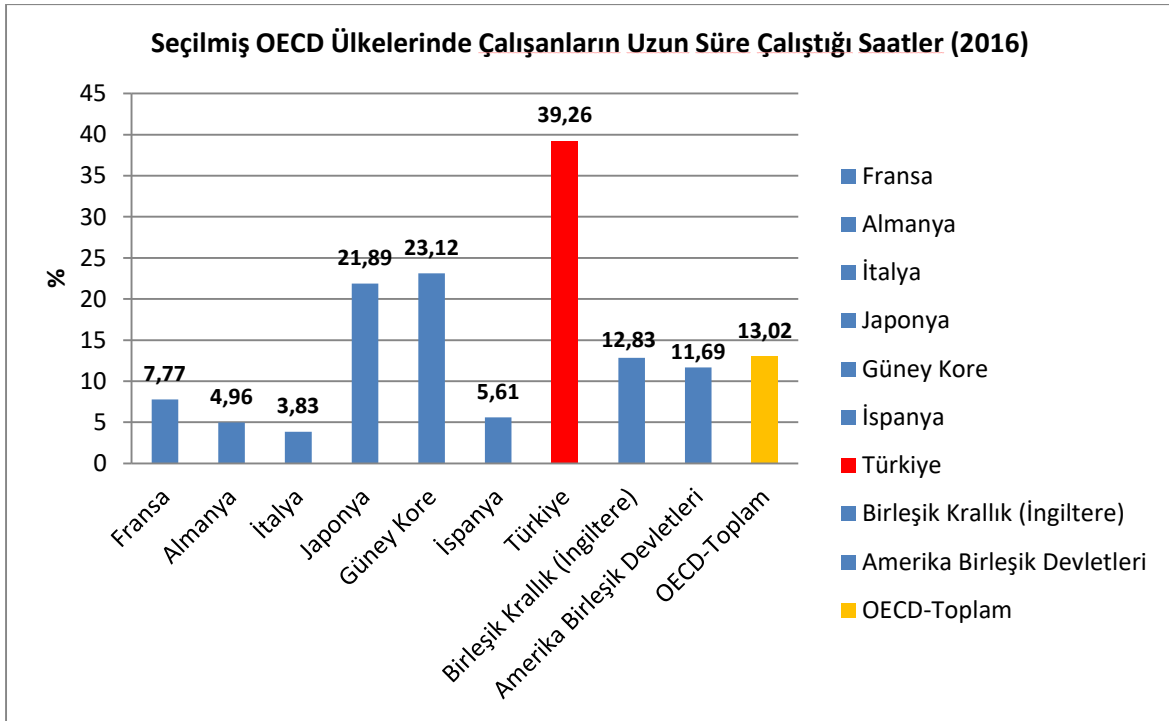
Şekil 4.2. Seçilmiş OECD ülkelerinde yıllık çalışma saatleri¹¹⁴

Bu noktada şunu ifade etmek gerekir ki tek başına çalışma süreleri sağlıklı bir bilgi vermemekle birlikte ülkelerin milli gelir seviyelerinin de karşılaştırılması gerekmektedir. Ancak, bu bilgilerinin herkesçe bilindiği için sözel olarak ifade etmek yeterli olacaktır. Almanya, Finlandiya, Fransa, Norveç, Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde çalışma saatleri OECD ortalamasının oldukça altında yer almaktadır. Buna mukabil kişi başına düşen milli gelir seviyesi açısından ülkemizden kat kat daha iyi seviyede bulunmaktadırlar. Bu ülkelerin çalışma saatleri parametresine göre düşük seviyede yer alıp milli gelir seviyesi açısından yüksek seviyede yer alması iki şekilde açıklanabilir:

¹¹⁴İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development İnternet Sitesi. Web: <https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm> adresinden 22 Ocak 2018'de alınmıştır.

- Sermaye yoğun yüksek teknoloji ürün üretmeleri.
- Nitelikli işgücüne sahip olmaları.

Türkiye'nin durumunu değerlendirmek gerekirse yukarıda ifade edilen gerek emek yoğun üretim yapısı gerekse işgücü yapısının üretken olamaması sebeplerinden ötürü uluslararası rekabette geri kalmamak adına yüksek çalışma saatleri ile gelişmiş ülkeler ile arasındaki farkı kapatma ya da uluslararası alanda konumunu iyileştirme çabası içerisinde olmaya gayret ettiği ifade edilebilir. Bu çabaların da ülkede çalışanlar üzerinde zaman açısından baskı unsuru olduğu ve hayat kalitesine negatif yansıdığı ifade edilebilir.

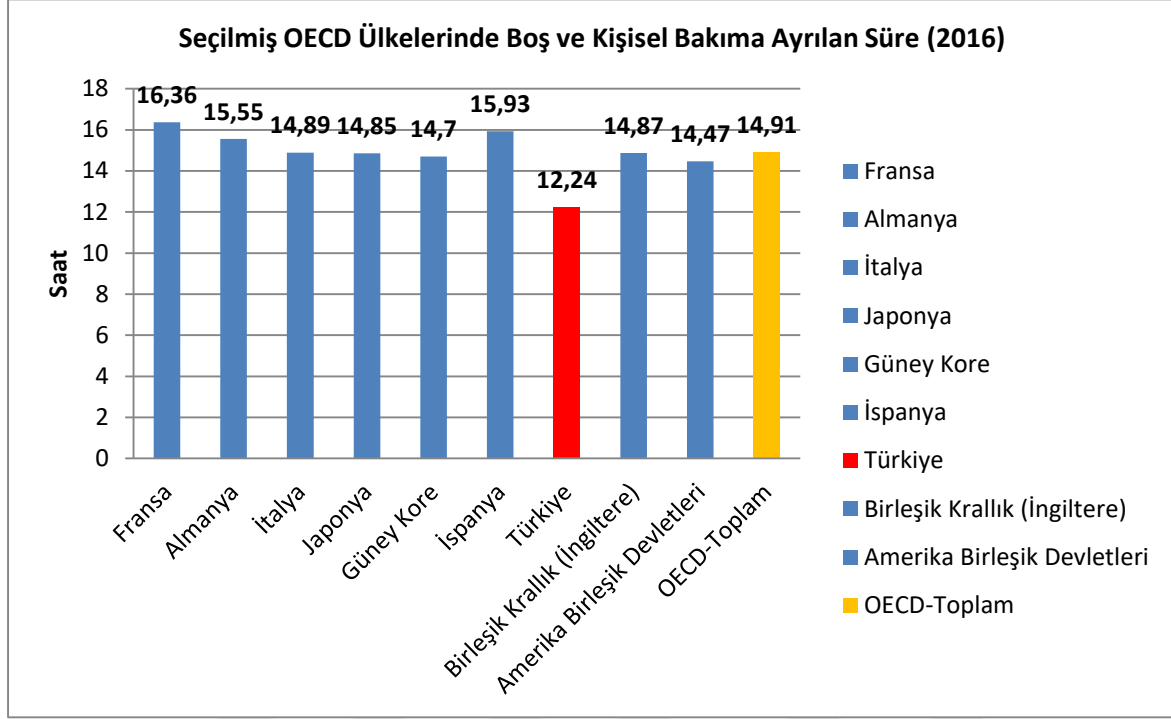


Şekil 4.3. Seçilmiş OECD ülkelerinde çalışanların uzun süre çalıştığı saatler¹¹⁵

Yukarıdaki grafikte, Türkiye’de çalışanların diğer ülkelere nazaran oldukça uzun süre çalıştıkları gözlenmektedir. Türkiye’de çalışanların yaklaşık %40’ı uzun süre çalışmakta, bu değere en yakın ülke olan Güney Kore %23 ile ikinci sırada yer almaktadır. Bu noktada, Türkiye’nin kendisine en yakın olan ülkeyi neredeyse iki katı daha yüksek seviyede çalışanlarını uzun süre çalıştırdığı görülmekte bunun sonucu olarak da aşağıdaki grafikte

¹¹⁵ İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development İnternet Sitesi. Web: <https://data.oecd.org/> adresinden 1 Eylül 2017’de alınmıştır.

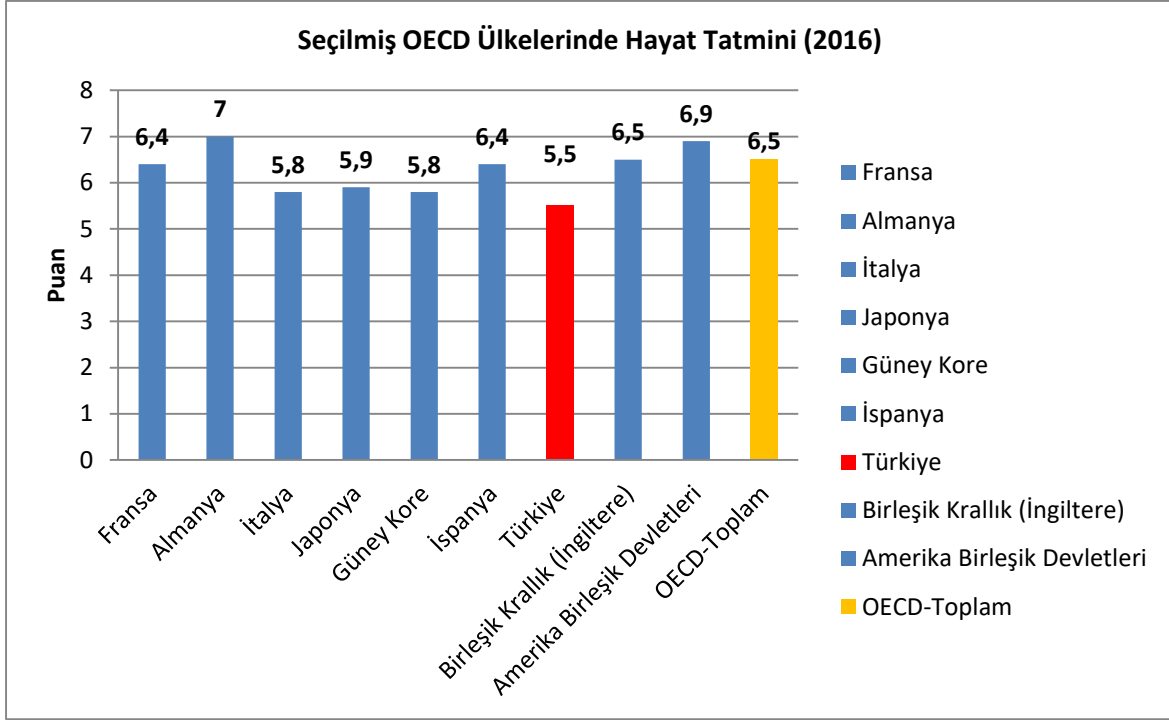
görüldüğü üzere Türkiye’de yaşayan bireylerin kendilerine ayırdıkları boş vakitleri diğer ülkelere nazaran daha az olmaktadır.



Şekil 4.4. Seçilmiş OECD ülkelerinde boş ve kişisel bakıma ayrılan süre¹¹⁶

Yukarıda yer alan boş ve kişisel bakıma ayrılan süre olarak Türkiye’de yaşayanların kendilerine haftada 12,24 saat vakit ayırabildikleri buna karşılık diğer ülkelerin OECD ortalaması üzerinden değerlendirme yapılacak olursa 2,5 saat daha fazla vakit ayırabildikleri tespit edilmektedir. Kişisel gelişim, hobi, spor vb. etkinlikler için ayrılan süreler değerlendirildiğinde 2,5 saatlik bir farkın anlamlı negatif etkisi olabileceği kolaylıkla değerlendirilebilir.

¹¹⁶İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development İnternet Sitesi. Web: <https://data.oecd.org/> adresinden 1 Eylül 2017’de alınmıştır.



Şekil 4.5. Seçilmiş OECD ülkelerinde hayat tatmini ¹¹⁷

Yukarıdaki grafikte, az evvel bahsedilen negatif etkinin yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'deki bireylerin hayat tatmini diğer OECD ülkelerinin ortalamasına (6,5 puan) nazaran 1 puan daha düşük düzeyde seyretmektedir. Uzun çalışma süreleri bakımından Türkiye'ye en yakın ülke olan Güney Kore'de bile tatmin düzeyi 0,3 puan daha yüksektir. Bu istatistikler, çalışma sürelerinin uzunluğu ile bireylerin hayat tatminleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Fizyolojik etkenlerinin yanında psikolojik etkenlerinde insan bedeni üzerinde etkili olduğu göz önüne alınırsa yukarıdaki göstergelerin anlamlı ve önem arz ettiği ifade edilebilir.

4.3. Beslenme ve Buna Bağlı Ortaya Çıkan Riskler

Doğada yaşayan tüm canlılar gibi insanoğlu da varlığını sürdürebilmek için gıdaya gereksinim duyar. Tarım toplumuna geçişle birlikte insanoğlunun günümüz ilkel toplumları ve geleneksel beslenme biçimlerini devam ettiren topluluklar hariç beslenme biçimi değişmiş ama yine de hem doğaya hem de fizyolojik ve biyolojik yapısına uygun olarak beslenmeye devam etmiştir. Sanayi devrimi sonrası şehirleşme, ulaşım ve iletişim hızının

¹¹⁷İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development İnternet Sitesi. Web: <https://data.oecd.org/> adresinden 1 Eylül 2017'de alınmıştır.

artması ve teknolojik yenilikler ile birlikte insanoğlunun yaşam biçimi bir kez daha değişime uğramıştır. Bu değişimin getirdiği tüketim davranışları sonucu endüstriyel gıdalar aracılığı ile günümüze kadar beslenmiş ve beslenmeye devam etmektedir. Gıdaların endüstriyel üretimi ve dağıtımı sonucu değişen beslenme biçimleri de bireyler üzerinde daha önce görülmemiş hastalıkların kitlesel artışı şeklinde çeşitli endişeler doğurmuştur. Bu endişelere sebebiyet veren şey ise, doğadaki bitkilerin insanı zehirleme etkisinden ziyade tüketim ile üretimin farklı kişi ya da endüstrilerce yapılmasından kaynaklı gıdalara uygulanan işlemlerden kaynaklanmaktadır.¹¹⁸

Artan nüfus ve gıdaya hızlı erişim zorluğu gibi nedenler gıda endüstrisinde muazzam büyüme sağlamış ve tam anlamıyla gıda ticari bir meta haline gelmiştir. Gıda üretimi yerellikten çıkmış ve uluslararası bir boyuta erişmiştir. Küreselleşme sürecine bağlı ortaya çıkan bu değişim ve buna bağlı beslenme üzerine etkisi aşağıdaki tabloda özetlenmektedir:

Çizelge 4.1. Beslenme dönüşümü ile bağlantılı küreselleşme süreci¹¹⁹

Küreselleşme Süreci	Diyet Üzerindeki Etkisi
Süpermarketler uluslararası şirketlerinin büyümesi	dahil gıda Ticaret ve yabancı doğrudan yatırım yoluyla, fast food outletlerinin, süpermarketlerin ve gıda reklamcılığı ve promosyonuyla işlenmiş gıdaların ulaşılabilirliği artar (fast food, çerezler, meşrubatlar) uluslararası süpermarketlerin büyümesi gıdanın bulunabilirliğini (elde edilen ürünlerin çeşidi artar), ulaşılabilirliğini, fiyatını ve gıdanın pazarlanma yolunu değiştirir.
Ulusların gıda ticareti ve yabancı doğrudan yatırımın serbestleşmesi	İthalatlar, gıdaların sağlanabilirliğini ve/veya fiyatını değiştirir; yatırım sağlanan gıdaların tipini, fiyatını ve satış ve pazarlama yollarını değiştirir.
Küresel gıda reklamcılığı ve promosyonu	Farklı gıdaların arzulanabilirliğini etkileyerek gıda tarihlerini şekillendirir.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere, uluslararası süpermarketler ve ulusötesi gıda şirketlerinin büyümesi, uluslararası gıda ticareti ve yabancı doğrudan yatırımın serbestleşmesi ve küresel gıda reklamcılığı ve promosyonu; gıdaya erişimi, gıdaların

¹¹⁸ Levenstein, H. (2013). *Gıda Korkusu* (çev: A. Öztekin). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. (Eserin orijinali 2012 yılında yayımlandı), Giriş.

¹¹⁹ Hawkes, C., Chopra, M. ve Friel, S. (2011). Küreselleşme, Ticaret ve Beslenme Dönüşümü. Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreci, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 263.

fiyatlarını ve gıdanın talebi (arzu edilmesi) değiştirerek beslenme alışkanlıkları üzerinde tesir etmektedir.

Dünya genelinde yenilenebilir 50 binden fazla bitki içerisinde birkaç yüzü beslenme amaçlı tüketilmektedir. Bu bitkilerden de 15 tanesi Dünya'daki gıda enerjisinin %90'ını, bu %90'ın %54'ünü de pirinç, buğday ve mısır oluşturmaktadır. Dolayısıyla insanların büyük bir çoğunluğu, tahıllar (pirinç, buğday, mısır, darı, süpürge darısı), kökler, yumru depolu kökler ve hayvansal gıdalar (et, süt, yumurta, peynir, balık) ile beslenmektedir¹²⁰. Bunun getirdiği ürünün dayanıklılığı ve tazeliğinin sağlanması gibi kriterler gıdanın doğal yapısında değişiklikler ya da bazı eklemeler yapılmasını gerekli kılmıştır. Ayrıca, gastroloji biliminin gelişmesi, kültürler arası yeni yemek ya da gıda ürünlerinin ortaya çıkması farklı damak tatlarının bir araya gelerek yeni sentezler oluşturmasını sağlamıştır. Ancak, yukarıda ifade edilen gıdaların tüketim kalıpları ve endüstrinin talepleri doğrultusunda oluşturulan yeni formları günümüzde insan sağlığına uzun vadede zarar vermektedir. Özellikle 20. yy'ın ikinci yarısında bu etkiler gözle görülür şekilde artmıştır. 19.yy'da sorun olarak ifade edilmeyen obezite bugün birçok ülkenin, bu ülkeler arasında Türkiye'de bulunmaktadır, başlıca sorunu haline gelmiştir. Bu noktada en çok ev dışında üretilip tüketilen gıdalar sorumlu tutulmakla birlikte, modern yaşamın getirdiği şehirleşme olgusu içerisinde sürecin tersine çevrilmesi kolay gözükmemektedir¹²¹. Dolayısıyla, bulaşıcı hastalıkların ölümlerde temel gerekçe olduğu bir çağdan kronik hastalıkların başlıca ölüm sebebi olduğu bir çağa geçiş olmuş¹²² ve bu konu uluslararası kuruluşların da gündemine girmiştir¹²³.

Küresel boyutta yeterli miktarda gıda üretilmesine karşılık bu gıdaların ülkeler arasında (gelişmiş, gelişmekte olan ve az gelişmiş) dengeli dağılmamasından kaynaklı beslenme bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Diğer bir boyutuyla da, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin görece fakir nüfuslarına doğru, obezite ve beslenmeye bağlı kronik hastalıklara sebebiyet veren, enerji seviyesi yüksek, besin değeri düşük "beslenme dönüşümü" olduğu da değerlendirilmektedir¹²⁴. Bu konuyla ilgili bir araştırmada, ülkelerin milli gelirlerinin 2.500 Amerikan Doları (\$) üzerine çıkması durumunda düşük ekonomik

¹²⁰ Hauber-Schwenk, G., Schwenk, M. (2006). *Beslenme Atlası* (çev. G. Alav). Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 11.

¹²¹ Levenstein, a.g.e., Giriş.

¹²² Leys, C. (2014). Sağlık ve Kapitalizm. Panitch, L. ve Leys, C. (Editörler). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İkinci Baskı. İstanbul. Yordam Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 16.

¹²³ İnternet: World Health Organization İnternet Sitesi. Web: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> adresinden 3 Mart 2018'de alınmıştır.

¹²⁴ Hawkes, a.g.e., 256.

seviyede hayatını devam ettiren kadınların göreceli olarak daha yüksek oranda obeziteye yakalandığı tespit edilmiştir¹²⁵. Dolayısıyla, gerek ülkeler arası gerekse ülke içinde gelire bağlı olarak beslenme biçimleri değişmekte ve obezite hastalığı alt gelir gruplarına transfer edilmektedir.

Yukarıda ifade edilen hususlar ışığında, bireyin günlük ortalama 2320 kkal enerji alabildiği **yetersiz beslenme** ile günlük ortalama 3350 kkal enerji alınan **aşırı beslenme** durumu bu dengesizliğin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır¹²⁶. Daha açık ifadeyle, yeterli enerji alamayan bireyler kısıtlı mikro-besin takviyesi ile güvensiz beslenme durumu ile karşılaşırken; yeterli enerji alan bireyler de ihtiyaç fazlası doymuş yağ ve serbest şeker tüketimi ile güvensiz beslenme riskiyle karşı karşıya kalmaktadır¹²⁷. Diğer yandan, yetersiz beslenmeye ilişkin ortaya çıkan sorunlar:¹²⁸

- Besin üretimi, dağıtımı ve teknolojisinde yetersizlik ve düzensizlikler,
- Satın alma gücünün yetersizliği ve dengesizliği,
- Kültürel etmenler ve eğitim yetersizliği,
- Aile kalabalığı,
- Çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmayışı,

olarak sıralanmakta iken aşırı beslenme durumunda farklı sebepler etkili olmaktadır.

Halbuki, Dünya nüfusunun sağlık bir beslenme için imkanları bulunmasına karşın nüfusun dörtte biri açlık (nitelik ve nicelik yönüyle yetersiz beslenme) dörtte biri de aşırı gıda tüketmektedir¹²⁹. Türkiye'nin de gelişmekte olan ülke sınıfında olmasına karşın aşırı beslenmeye bağlı sağlık sorunları yaşadığı gözlenmektedir. Aşırı beslenme, ihtiyaç duyulanın üzerinde kalori alımı (en başta doymuş yağ, şeker ve alkol) sonucu ortaya çıkmaktadır¹³⁰. Bu beslenme biçiminin sonucu olarak; fazla kilo, kalp-damar sistemi rahatsızlıkları, yüksek tansiyon, felç, şeker hastalığı, diş çürüğü, çeşitli kanser türleri,

¹²⁵ Monteiro, C.A., Moura, E.C., Conde, W.L. ve Popkin, B.M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 940-946.

¹²⁶ Hauber-Schwenk, a.g.e., 11.

¹²⁷ Hawkes, a.g.e., 260.

¹²⁸ Baysal, a.g.e., 12.

¹²⁹ Albritton, R. (2014). Obezite ile Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi. Panitch, L. ve Leys, C. (Editörler). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İkinci Baskı. İstanbul. Yordam Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 205.

¹³⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 11.

sindirim sistemi ve karaciğer rahatsızlıkları gibi bir dizi sağlık sorunu oluşmaktadır¹³¹. Diğer yandan, özellikle doymuş yağa dayalı beslenme alışkanlığı kalp hastalıkları riskini doğrudan artırmaktadır.¹³²Yine, Dünya Sağlık Örgütü'nün bir yayını olan Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (International classification of disease (ICD)) göre 31 hastalık grubu içerisinde yer alan 84 hastalık beslenmeye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır¹³³. Bu hastalıkların başlıcaları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir¹³⁴:

Çizelge 4.2. Beslenmeye bağlı hastalıklar

Beslenmeye Bağlı Hastalıklar
Kalp-damar hastalıkları
Habis oluşumlar
Şeker hastalığı
Gut hastalığı
Yağ metabolizması bozuklukları
Aşırı kilo
Guatr
Alkolizm
Diş çürüğü
Safra kesesi hastalıkları
Kronik karaciğer hastalıkları
Pankreas hastalıkları
Kemik erimesi
Gıda enfeksiyonları

Yukarıda ifade edildiği üzere, gerek gıda çeşitliliği gerekse beslenme şekilleri insan sağlığı üzerinde, kişinin tercihine göre, olumlu (sağlıklı yaşam) ya da olumsuz (hastalık) kendini göstermektedir. Buradan hareketle, “beslenme biçimi, erken ölüme ve engelliliğe yol açan başlıca hastalıkların temel belirleyicilerinden biridir.”¹³⁵ şeklinde değerlendirme yapmak mümkündür. Bir diğer görüşe göre, sağlığı etkileyen faktörler içerisinde ilk sırayı %50 ile yaşam tarzı almakta ve bu etkenin içerisinde en önemli payın beslenme biçimi olduğu ifade edilmektedir.¹³⁶ Sonuç olarak, modern yaşam içerisinde gıdaların niteliğinin ve

¹³¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 11.

¹³² Briffa, J. (2008). *Sağlık için Yemek* (çev. D. Kayadelen). Ankara: Arkadaş Yayınevi, 30.

¹³³ İnternet: World Health Organization. Web: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> adresinden 25 Şubat 2018'de alınmıştır, Hauber-Schwenk, a.g.e., 15.

¹³⁴ Hauber-Schwenk, a.g.e., 14.

¹³⁵ Robertson, A., Brunner, E. ve Sheiham, A. (2009). Gıda Politik Bir Meseledir. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İnev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 200.

¹³⁶ Briffa a.g.e., 5.

beslenme biçimlerinin incelenmesini gereklilik arz etmektedir. Tabii hepsinden önce, kısaca vücudun çalışma biçiminin açıklanması yerinde olacaktır.

4.3.1. İnsan Vücudunun Enerji Kullanımı

“İnsan vücudunun %60’ı su, %20’si protein, %14’ü yağ, %1’i karbonhidrat ve %5’i de minerallerden oluşmaktadır.”¹³⁷. Başka bir kaynakta ise insan vücudunun; %50-60 su, %15-25 yağ, %18-20 protein, %4-5 mineral, %1> karbonhidrat, %1> vitaminden oluştuğu ifade edilmektedir¹³⁸. Diğer bir kaynakta ise, insan vücudunun ortalama; %59’u su, %18’i protein, %18’i lipit, %4,3’ü mineraller ve %0,7’si karbonhidratlar, vitaminler, nükleik asitler, hormonlardan oluşmaktadır¹³⁹. Bu yapı metabolizma olarak ifade edilmektedir. Daha açık ifade edilmek istenirse, “metabolizma, enerji açığa çıkarmak için yiyeceklerin oksijenle “yakıldığı” süreçtir ve vücudun temel yapı taşları olan hücrelerin içinde gerçekleşir.”¹⁴⁰ ya da “hücre içinde besin öğelerinin kimyasal değişimi”¹⁴¹ şeklinde tanımlanabilir. Metabolizmada, vücuda gıda alınarak, aralıksız madde sentezi ve yıkımı olmakta ve son olarak ihtiyaç dışı maddeler dışarı atılmaktadır. Bu döngü canlının hayatta kalması (gelişim, onarım ve işlevin korunması) için gereklidir¹⁴². Metabolizmayı hayatta tutan gıdaların içeriği ise; proteinler, karbonhidratlar ve yağlar veya bunların yapıtaşları olan aminoasitler, basit karbonhidratlar ve yağ asitlerinden oluşmaktadır¹⁴³.

Metabolizmanın çalışmasına bireyin gıda alım tercihleri etki etmektedir. Bunlar fizyolojik, psikolojik olduğu gibi çevresel etkenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir. Bu faktörlere ilişkin grafik aşağıda gösterilmektedir:

¹³⁷ Hauber-Schwenk, a.g.e., 18.

¹³⁸ Applegate, L. (2011). *Beslenme ve Diyet* (çeviri editörü: H. Özpınar). İstanbul: İstanbul Medikal Yayınevi. (Eserin orijinali 2011 yılında yayımlandı), 3.

¹³⁹ Baysal, a.g.e., 14-15.

¹⁴⁰ Briffa, J. (2008). *Sağlık için Yemek* (çev. D. Kayadelen). Ankara: Arkadaş Yayınevi, 8.

¹⁴¹ Baysal, a.g.e., 16.

¹⁴² Hauber-Schwenk, a.g.e., 21.

¹⁴³ Hauber-Schwenk, a.g.e., 23., Briffa, a.g.e., 10-11.



Şekil 4.6. Gıda Alım Kontrolü¹⁴⁴

Şekil yakından incelendiğinde, bireyin açlık/tokluk dengesine merkezi sinir sisteminin, periferal faktörlerin (hormonlar, yağ kütlesi vs.), bireyin mevcut durumu (gebelik vb.) ile çeşitli hastalıkların (obezite, kanser vs.) ve sosyal ve fizyolojik çevresel faktörlerin (hava sıcaklığı, yemek saatleri vs.) etki ettiği anlaşılmaktadır. Bu da bireylerin metabolizmalarının çalışma üzerinde pozitif ya da negatif etkiler ortaya çıkarmaktadır.

Metabolizmanın hayatta kalabilmesi için ihtiyaç duyduğu temel (bazal) enerji miktarı, cinsiyet, yaş, boy ve vücut ağırlığı gibi parametrelere bağlı olarak değişmektedir. Buna bağlı olarak organların kullandığı enerji miktarı da değişmekle birlikte yaklaşık olarak; karaciğer %25, beyin %20, iskelet-kas sistemi %25, kalp %10, böbrekler %7 ve diğer organlar %13 oranında enerji tüketmektedir¹⁴⁵. Bazal enerji ihtiyacının yanında canlının bedensel hareket, çalışma, yiyecek tüketimi gibi günlük aktivitesine bağlı olarak etkinlik enerjisine de ihtiyacı

¹⁴⁴ Applegate, a.g.e., 177.

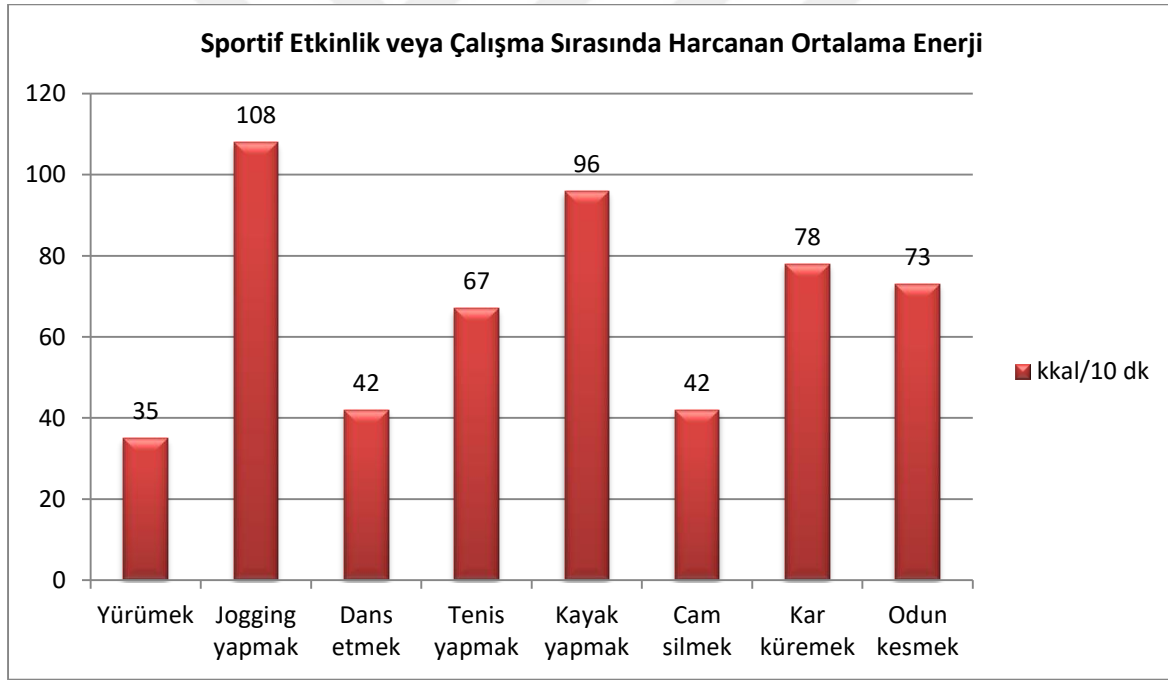
¹⁴⁵ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

olmaktadır. Etkinlik enerji tüketimine ilişkin ortalama değerler aşağıda tabloda gösterilmektedir¹⁴⁶:

Çizelge 4.3. Aktiviteye göre günlük ortalama enerji tüketim düzeyleri

Aktivite Türü	Ortalama Enerji Tüketimi (kkal) ¹⁴⁷
Hafif düzeyde hareket (örn: masabaşı işi)	500 kkal
Orta düzeyde hareket (örn: ev işi)	1000 kkal
Yüksek düzeyde hareket (örn: fayans döşeme)	1500 kkal
Yoğun hareket (örn: odun kırma)	2000 kkal
Güç gerektiren spor aktivitesi (saatlik)	1000 kkal

Aşağıda yer alan grafikte ise, süre bazlı yapılan aktiviteye karşılık harcanan enerji miktarı gösterilmektedir¹⁴⁸:



Şekil 4.7. Bireyin sportif etkinlik veya çalışma sırasında harcanan ortalama enerji düzeyleri

¹⁴⁶ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

¹⁴⁷ Bir kalori, normal atmosfer basıncında bir gram suyu 14,5° C'den 15,5 C'ye çıkarmak için gerekli olan enerji miktarıdır.

¹⁴⁸ Hauber-Schwenk, a.g.e., 28.

Bir başka kaynakta ise, ortalama 70 kg vücut ağırlığına sahip bir kişinin bir saat zaman dilimi içerisinde normal ve yüksek efor sarf ederek gerçekleştirdiği aktiviteleri yer almaktadır¹⁴⁹:

Çizelge 4.4. Fiziksel Aktiviteler ve Harcanan Kalori Değerleri

Normal Fiziksel Aktivite	Kalori/Saat (70 kg Vücut Ağırlığı)
Dağ gezintisi	370
Bahçeyle uğraşmak	330
Dans etmek	330
Golf	330
Bisiklete binmek	290
Yürüyüş	280
Ağırlık kaldırmak	220
Esnetmek (stretching)	180
Eforlu Fiziksel Aktivite	Kalori/Saat (70 kg Vücut Ağırlığı)
Koşu (8 km/saat)	590
Bisiklet sürmek (>16 km/saat)	590
Yüzmek (serbest yavaş adımlar)	510
Aerobik	480
Yürüyüş (7.2 km/saat)	460
Ağır Bahçe İşleri (ağaç kesme)	440
Ağırlık Kaldırma (şiddetli efor)	440
Basketbol (eforlu)	440

Kkal olarak ifade edilen değerler, vücudun aktivite türüne göre ihtiyaç duyduğu enerjiyi ifade eder. Besinler (protein, yağ ve karbonhidrat) aracılığıyla da bu ihtiyaç giderilir ve fizyolojik ısı değer olarak adlandırılır¹⁵⁰. Yukarıda ifade edilen enerji türleri ihtiva ettikleri hidrojen (H) ve oksijen (O) miktarlarına göre enerji üretirler. Buna göre, yüksek hidrojen, düşük oksijen içeren besinlerin ısı değeri yüksektir. Dolayısıyla sırasıyla en yüksekten başlayarak sırasıyla ısı değeri, yağda 9,3 kkal, alkolde 7,1 kkal, karbonhidratta 4,1 kkal ve proteinde 4,1 kkal'dır¹⁵¹. Başka bir kaynakta, 1 gram yağda 9 kalori, 1 gram karbonhidratta 4 kalori, 1 gram proteinde 4 kalorilik enerji olduğu belirtilmektedir¹⁵². Bir diğer kaynakta ise; 1 gram yağda 9,4 kalori, 1 gram karbonhidratta 4,2 kalori, 1 gram proteinde 5,7 kalori potansiyel enerji bulunmaktadır. Ancak, karbonhidratın %5, yağ ve proteinin %10 fizyolojik enerjisi vücut tarafından emilemeden dışkı yoluyla atılmaktadır.¹⁵³

¹⁴⁹ Applegate, a.g.e., 294.

¹⁵⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

¹⁵¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

¹⁵² Briffa, a.g.e., 11.

¹⁵³ Applegate, a.g.e., 51-54.

Bir başka kaynakta da, makro besin olarak ifade edilen karbonhidratın 4,1 kkal/gr, yağın 9,45 kkal/gr ve proteinin 5,65 kkal/gr enerji ihtiva ettiği ancak bu enerjilerin 1,25 kkal/gr kısmının vücuttan üre, ürik asit ve kreatenin olarak atıldığı belirtilmiştir¹⁵⁴ Dolayısıyla yukarıda verilen değerlerin farklılıkları potansiyel enerji ile vücut tarafından absorbe edilen enerji farklılığından kaynaklanmaktadır.

Bu sayısal değerlere karşılık, karbonhidrat, yağ ve protein enerji ihtiyacını karşılamada birbirlerini sınırlı düzeyde ikame edebilirler. Sağlıklı bir erişkin için ideal enerji alımının %60'ı karbonhidratlardan, %25'i yağlardan ve %15'i proteinden oluşmalıdır¹⁵⁵. Bu dengesinin sağlanamaması veya olası fazla enerji alımında karbonhidrat ve/veya yağ ve/veya protein vücutta depo edilmektedir. Depolama vücutta glikojen ve yağ şeklinde olmaktadır. Kısa süreli enerji deposu olarak glikojen, uzun süreli enerji deposu olarak yağ vücutta saklanmaktadır. Uzun süreli enerji kaynağı olarak yağın saklanması sebebi, en yüksek ısıl değere sahip olması ve neredeyse oksijene ihtiyaç duymamasından dolayı fiziksel olarak fazla yer kaplamamasıdır¹⁵⁶. Bu noktada yağlarla ilgili bir detayın paylaşılması ilerleyen başlıklarda fazla enerji alımının neden ciddi risk barındırdığının anlaşılmasında fayda sağlayacaktır. Yağlar, adipoz olarak isimlendirilen hücrelerde depo edilirler. Bu hücreler yetişkin yaşa kadar artış göstermekte, sonraki dönemlerde ise alınan enerji miktarına göre çoğalmaktadırlar. Ancak vücudun zayıflamasına bağlı olarak bu yağ hücreleri sadece hacim kaybetmekte ve yok olmamaktadır. Dolayısıyla, yüksek enerji depoladıktan sonra bu depoların boşaltılması yağ depolama kapasitesini azaltmamakta sadece hacimsel kayıp orta çıkmaktadır.¹⁵⁷ Bu hücreleri süngere benzetecek olursak, sünger sıkıldığında ortaya çıkan suyu vücut tarafından harcanan yağa, süngerin suyu emmesini ve hacmini yeniden kazanmasını ise adipoz hücrelerinin yüksek enerji alımı sonucu yağları depo ederek hacim kazanması olarak ifade edilebiliriz.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, besinlerin içerdikleri protein, yağ ve karbonhidrat miktarlarına göre sağladıkları enerji ile vücudun ihtiyaç duyduğu bazal ve aktiviteye göre enerji miktarı görülmektedir. Buradan hareketle, beslenmenin bir başka deyişle

¹⁵⁴ Baysal, a.g.e., 84.

¹⁵⁵ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

¹⁵⁶ Hauber-Schwenk, a.g.e., 29.

¹⁵⁷ Applegate, a.g.e., 171-173.

“metabolizma yakıtı”nın içeriği ve miktarının vücut için büyük önem taşıdığı sonucuna varılmaktadır.

4.3.2. Gıda İçerikleri

Bir önceki başlıkta da ifade edildiği gibi vücudun temel enerji kaynakları protein, yağ ve karbonhidrattır. Ancak, metabolizmanın sağlıklı bir şekilde işlev görebilmesi adına bu üç enerji kaynağı tek başına fonksiyon görememektedir. Vitamin, mineral vb. başka maddelere de ihtiyaç duyulmaktadır. 1780-1850 yılları arasında akademik çalışmalarda bulunan Schéelé, Lavoisier, Davy, Berzelius, Liebig gibi kimyacıların doğrudan veya dolaylı çalışmaları besin kimyasının temellerini oluşturmuştur¹⁵⁸. Geçmiş çalışmaların ürünü olarak Vücut için faydalı toplam 50 besin maddesi tespit edilmiş ve bunlar az evvel sayılan protein, yağ, karbonhidrat, mineraller, vitaminler ve su (tek başına ayrı bir sınıf oluşturan besin maddesi) olmak üzere 6 başlık altında incelenmektedir¹⁵⁹.

Proteinler, vücut için elzem olan biyokimyasal süreçlerin gerçekleşmesi adına temin edilmesi gerekmektedir. Eksikliği durumunda, yoksul ülkelerde yaşayan çocuklarda sıklıkla görülen karın boşluklarında su toplanması (kwashiorkor) görülmekte, fazla alınması durumunda da enerji olarak depo edilmekte, böbrek fonksiyonları sınırlı bireylerde ürenin vücuttan atılmasında zorluk yaşanmakta ve metabolizma aşırı zorlanmaktadır¹⁶⁰.

“Yağlar, hem bitkisel hem de hayvansal yapı maddeleri ve enerji depo maddeleridir.”¹⁶¹ Birçok yağ çeşidi olmakla birlikte en önemlileri trigliseritler (katı ve sıvı yağ), fosfolipitler ve kolesteroldür. Yağın bir başka fonksiyon ise, içeriğinde çözünebilen A, E, D ve K vitaminleri ile yağ asitlerini vücut içerisinde taşımasıdır. Bunların dışında tat maddeleri aktarımı da yine yağlar aracılığıyla yapılmaktadır¹⁶².

Karbonhidratlar bitkilerin temel enerji maddeleridir. Metabolizmanın gereksinim duyduğu enerjinin büyük kısmı bu enerji kaynağından temin edilir¹⁶³. Fazla alınması durumunda diğer enerji kaynaklarında olduğu gibi vücut tarafından depo edilir.

¹⁵⁸ Yaşar, a.g.e., 16.

¹⁵⁹ Applegate, a.g.e., 2-3.

¹⁶⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 35.

¹⁶¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 37.

¹⁶² Hauber-Schwenk, a.g.e., 37.

¹⁶³ Hauber-Schwenk, a.g.e., 39.

Vücutta, yukarıda sayılan enerji kaynakları yanında insan bağırsağında parçalanamayan maddeleri ifade eden posalı maddeler sindirimin iyi işlemesi için vitamin ve mineraller ile iz elementler (çok az miktarda alınması gereken maddeler, tuz gibi) vücut fonksiyonlarının sağlıklı bir şekilde çalışması için gerekli temel maddelerdir¹⁶⁴

Aşağıdaki tabloda, yukarıda ifade edilen gıda bileşenlerinden şeker, yağ ve tuz (sodyum) bakımından bazı örnek gıda türlerinde hangi düzeylerde bulunduğu gösterilmektedir:

Çizelge 4.5. Geleneksel ve lezzeti yüksek gıdaların kompozisyonu¹⁶⁵

Gıda Adı ¹⁶⁶	Porsiyon Ebatı	Gıda Türü	Şeker	Yağ	Sodyum	Bileşen Sayısı
Elma	1 Orta boy	Geleneksel (Traditional)	19 gr.	0 gr.	2 mg.	1
Tavuk Göğsü, Kavurulmuş	85 gram ¹⁶⁷	Geleneksel (Traditional)	0 gr.	3 gr.	63 mg.	1
Marul	1 su bardağı rendelenmiş	Geleneksel (Traditional)	0 gr.	0 gr.	10 mg.	1
Domates	Orta boy	Geleneksel (Traditional)	3 gr.	0 gr.	6 mg.	1
Portakal	1 Bardak	Geleneksel (Traditional)	17 gr.	0 gr.	0 mg.	1
Coca-cola	1 Kutu	Lezzeti Yüksek (Hyperpalatable)	39 gr.	0 gr.	45 mg.	6
Süt Kraliçesi Çikolatalı Dondurma Külahı	1 Orta Külah	Lezzeti Yüksek (Hyperpalatable)	34 gr.	10 gr.	160 mg.	22
McDonald's Patates Kızartması	1 Orta Boy	Lezzeti Yüksek (Hyperpalatable)	0 gr.	19 gr.	270 mg.	9
Tarçınlı Öğütülmüş Mısır Gevreği	¾ Bardak (süt hariç)	Lezzeti Yüksek (Hyperpalatable)	10 gr.	3 gr.	217 mg.	27
DiGiorno pepperoni pizza	Pizzanın 1/6'sı	Lezzeti Yüksek (Hyperpalatable)	7 gr.	13 gr.	910 mg.	8

Yukarıdaki gıda türleri incelendiğinde, temelde ikili bir ayrımın olduğu görülebilmektedir. Bunlardan ilki, insanoğlunun çok uzun süredir tükettiği doğal gıdalardır. İkincisi ise, doğada doğrudan bulunmayan ve belli süreçlerden geçirilen gıdaların

¹⁶⁴ Hauber-Schwenk, G., Schwenk, M. (2006). *Beslenme Atlası* (çev. G. Alav). Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 41-47.

¹⁶⁵ Gearhardt, N.A., Grilo, C.M., Dileone, R.J., Brownell, K.D. ve Potenza, M.N. (2010). Can be food addictive? Public health and policy implications. *Addiction for Debate*. 106, 1209.

¹⁶⁶ Tabloda yer alan gıdalar, ABD Tarım Bakanlığı tarafından ülke vatandaşlarının sıklıkla tükettiği gıdalar arasından seçilmiş, gıdaların değerleri ilgili ürün üzerinde ya da paketi üzerinde yazan sayısal değerler ile ABD Tarım Bakanlığının açıklamış olduğu sayısal değerlerden oluşmaktadır.

¹⁶⁷ 3 ons (1 ons= 28,3495231 gr.)

dönüştürülmesi ile meydana gelen gıdalardır. Sanayi devriminden bugüne, yağ, tatlandırıcı, yüksek düzeyde işlenmiş gıda tüketimine dayalı beslenme geçişi¹⁶⁸ dikkate alındığında yukarıda tabloda yer alan örnek gıda türlerinin şeker, yağ ve tuz tüketimi açısından muhteviyatının ortaya konulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Tablo yakından incelendiğinde endüstriyel gıdaların daha çok şeker, yağ ve tuz (sodyum) içerdiği görülmektedir. Ayrıca, hazır yemeklerin “gizli” tuz ve şeker ihtiva ettiği de yine dikkate alınması gerekmektedir¹⁶⁹.

Tabloya ek olarak; “pastırma, jambon, salam, sosis, hamburger, börek, konserve et, balık kroket, kabuklu deniz ürünleri, tütsülenmiş ve konserve balık, hazır yemekler, bazı kahvaltılık gevrekler, konserve ve paket çorbalar, soslar, bulyon ve maya ekstraları, tereyağı, margarin, peynir, cips, tuzlu fıstık ve benzeri çerezler” tuzdan zengin gıdalardır.¹⁷⁰ Yine, endüstriyel şekerler “dekstroz, früktoz, glikoz, laktoz, maltoz ve sükroz” ile “aspartam, sakarin ve sorbitol” yapay tatlandırıcıları gıdaların ve içeceklerin içerisinde bulunmaktadır.¹⁷¹ Rafine şekerin sebep olduğu hastalık ve muhtemel riskleri bir kaynakta 63 başlıkta sayılmıştır. Bu da insanların yeme alışkanlıklarına bağlı hayat tarzı içerisinde endüstriyel şekerin ne kadar yer aldığı üzerine dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir.¹⁷²

4.3.3. Ekonomik Koşulların ve Eğitimin Beslenmeye Etkisi

Bireylerin gıda tüketimlerine bağlı hastalık risklerine maruz kalmaları sadece tercihlerine bağlı değildir. Bazı durumlarda tercihlerin bu riskleri barındıran gıdalar yönünde kullanılması zorunluluk olarak ortaya çıkabilir..

Düşük gelir seviyesindeki hane halkı tercihleri mikro besin değeri yüksek sebze ve meyve gibi gıdalardan ziyade yüksek yağ ve şeker tüketimi yönünde olmaktadır (Nelson, 1999)¹⁷³. Buna sebep olan temel gerekçe; enerji birimi başına sıvı ve/veya katı yağ, beyaz ekmek ve şeker için ödenen bedelin düşük olmasıdır. Bu gıdaların besin değeri düşük olsa da yüksek enerji ihtiva etmeleri yönünden kişide doyumluk hissi uyandırması tatmin edici olmakta ve gelir düzeyi düşük birey ya da hane halkının tercihlerini bu gıdaları ihtiva eden

¹⁶⁸ Hawkes, a.g.e., 260.

¹⁶⁹ Briffa, a.g.e., 38.

¹⁷⁰ Briffa, a.g.e., 35.

¹⁷¹ Briffa, a.g.e., 33-35.

¹⁷² Özer, K. (2011). *Şeytan Ye Diyor!* (Birinci baskı). İstanbul: Hayykitap Yayınevi, 93-95.

¹⁷³ Robertson, a.g.e., 208.

yiyecekleri tercih etmelerine neden olmaktadır. Dolayısıyla, bu değerlendirmeden yola çıkarak bireylerin gelir seviyesine göre yakaladıkları hastalıklar farklılık gösteriyor şeklinde değerlendirme yapılabilir. İngiltere’de farklı sosyal gruplardan oluşan 15.000 yetişkin üzerinde KDH (Kalp-Damar Hastalıkları) yaygınlığı ve risk etkenleri farklılıkları başlıklı araştırmada aşağıdaki tabloda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır¹⁷⁴:

Çizelge 4.6. Hastalık ve risk faktörleri ile sosyal sınıflar arasındaki ilişki ¹⁷⁵

Hastalıklar ve Risk Faktörleri	Genel Sosyal Sınıf Kaybı					
	Kadınlar			Erkekler		
	Yüksek Kol Emeği Dışı	Orta	Düşük	Yüksek Kol Emeği Dışı	Orta	Düşük
İskemik kalp hastalığı (%)	5.2	11.1	10.2	8.2	6.0	10.0
İnme (%)	1.0	2.0	2.1	0.9	1.9	4.0
Yüksek kan basıncı (%)	34.3	37.2	40.2	31.4	34.4	35.9
Kolesterol>6.5 mmol/1 (%)	14.5	21.2	19.8	22.2	21.2	22.6
HDL-C<0.9 mmol/1 (%)	16.3	18.1	14.1	3.4	4.9	8.5
Obezite (BMI>30) (%)	11.6	16.4	17.7	14.4	18.2	28.1
Yüksek yağ tüketimi	19	23	38	7	12	17

Tablo incelendiğinde, düşük gelirli sosyal gruplarda KDH oranları daha yüksek seviyede çıkmıştır. Şunu da ifade etmek gerekir ki, yukarıdaki sonuçlara beslenmeyle birlikte sigara, hareketsizlik, stres, mesleksi ve psikososyal nedenler içeren başka etkenlerde bulunmaktadır.

Bir diğer çalışmada, obezite ile sosyo-ekonomik durum arasında ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Aşağıdaki tabloda AB’de yaşayan kadın ve erkeklerde ekonomik statü (hane halkı geliri ve mesleği) ve eğitim seviyesine göre beyan ettikleri vücut kütle endeksi (VKE) üzerinden yüzdeleri dağılımları gösterilmektedir.

¹⁷⁴ Robertson, a.g.e., 208-209.

¹⁷⁵ Robertson, a.g.e., 209.

Çizelge 4.7. Kadın ve erkekler arasında, sosyal sınıf ve eğitim seviyelerine göre obezitenin yaygınlığı¹⁷⁶

	Erkekler	Kadınlar
Ekonomik Statüler*		
Alt	% 11.1	% 13.8
Orta-Alt	% 8.9	% 12.6
Orta	% 8.0	% 8.0
Orta-Üst	% 7.8	% 5.6
Eğitim Seviyesi		
Temel	% 12.1	% 15.9
Orta	% 8.4	% 8.5
Yüksek	% 5.9	% 4.4

*Hanehalkı geliri veya mesleğe göre ölçülmüştür.

Görüldüğü üzere, gerek ekonomik statüye gerekse eğitim seviyesine göre, eğitim ve statü arttıkça obezite oransal olarak azalmaktadır.

Yukarıda ifade edilen hususlar ve yapılan çalışmalar ışığında sağlık; sigara içme, alkol tüketimi, egzersiz ve beslenmeye bağlı olarak değişmekle birlikte, konunun sosyo-ekonomik çevreden bağımsız olarak ele alınması doğru sonuç vermeyebilir. Bu tezi destekleyen çalışmalar sağlık bozuklukları temelinde maddi imkânların kısıtlı olmasının ve bunun sonucunda sağlıkla ilişkili davranışların belirleyicisi olduğunu ortaya koymuştur. Özetle, yoksulluk sağlığa ilişkin olarak kötü beslenme başta olmak üzere uygun koşulların olmadığı ev ortamları ile enfeksiyon riski yüksek, hijyen koşulları düşük yaşam vadetmektedir¹⁷⁷. Hatta kötü beslenmenin günlük hayatta yorgunluk uzun vadede kalp ve kanser gibi kronik ve ölümcül hastalıklara uzun vadede sebebiyet verdiği ifade edilmektedir¹⁷⁸. Dolayısıyla, yoksulluk ve sağlık arasında özellikle işsizler, mülteciler ve diğer yoksul göçmenler arasında daha yüksek oranda ters orantılı bir ilişki bulunmaktadır¹⁷⁹. Bu bilgiler ışığında toplumsal sağlığın geliştirilmesinde gelir dağılımının daha adil olması ve eğitimin yaygınlaştırılmasının etkisinin olacağı söylenebilir.

¹⁷⁶ Martinez, J.A., Kearney, J.M., Kafatos, A., Paquet, S. ve Martinez-Gonzalez, M.A. (1999). Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*. 2, 125-133.

¹⁷⁷ Marmot, M., Siegrist, J. ve Theorell, T. (2009). Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 231.

¹⁷⁸ Briffa, a.g.e., 48.

¹⁷⁹ Shaw, M., Dorling, D. ve Smith, G. D. (2009). Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 250.

4.3.4. Beslenmeye Bağlı Oluşan Sağlık Riskleri

Bölüm girişinde de ifade edildiği gibi yetersiz beslenme ve aşırı beslenme ile beslenme bozukluklarına bağlı olarak çeşitli hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Hatta, beslenme tercihleri sadece sağlığa değil aynı zamanda çevreye ve sosyal sisteme de zarar verebilmektedir¹⁸⁰. Dolayısıyla kaliteli gıda tercihleri bu noktada önem taşımaktadır. Gıdalar, sağlık yönüyle genellikle “iyi” veya “kötü” olarak nitelendirilmektedir. Örneğin havuç veya portakal iyi olarak nitelendirilirken hamburger veya patates kızartması kötü kabul edilmektedir¹⁸¹. Ancak gıdaların içerikleri hakkında bu şekilde yapılan değerlendirmeler yeterli olmamaktadır.



Şekil 4.8. Gıdaların kalite kriterleri¹⁸²

Yukarıdaki grafiğe göre, bir gıdanın kalitesi uygunluk, sağlık, ekolojik ve doyum olmak üzere dört temel parametreye göre belirlenmektedir. Bu parametrelerde sırasıyla¹⁸³:

¹⁸⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 17.

¹⁸¹ Applegate, a.g.e., 1.

¹⁸² Hauber-Schwenk, a.g.e., 78.

¹⁸³ Hauber-Schwenk, a.g.e., 78-79.

1. Uygunluk değeri: Gıdanın kullanımına ilişkin tipik özellikleri hakkında bilgi verir ve satış kolaylığı, depolanabilirlik, taşıma kolaylığı, işleme değeri, pazar değeri, ürün değerinden,
2. Sağlık değeri: Gıdada bulunan elzem içerik ve besin öğelerine, enerji miktarına, mideye uygunluğuna, sindirebilirliğine ve toksikolojik ve hijyenik kalitesine dayanır. Bu değer, hijyen, mideye uygunluk, sindirilebilirlik, enerji miktarı, elzem maddeler, besin öğelerinden,
3. Ekolojik değer: Sosyal açıdan uyumluluk, çevreye uyumluluktan,
4. Doyum değeri: Gıdaya dair duyuşsal algılarla ilgili belirlemeler içerir. Kıvam, tat, koku, biçim, renkten,

oluşmaktadır.

Yukarıda sayılan kalite kriterlerine dikkat edilmemesi durumunda beslenmeye bağı sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu sorunlar içerisinde hayat kalitesini düşüren ve maliyetli hastalıklar kronik hastalıklardır. Dolayısıyla, çeşitli sebze ve meyve ile tahılların barındırdığı kalsiyum, vitamin ve mineral ihtiyacını karşılayan bir diyet uygulanması halinde kronik hastalıklar (kanser, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz vb.) riskleri azaltılabilecektir¹⁸⁴.

Rakamlarla örnek vermek gerekirse, kanser hastalığına yakalanmada dengesiz beslenmenin %25, sigaranın %33, besin katkı maddelerinin %3 oranında etkisi bulunmaktadır.¹⁸⁵ Görüldüğü üzere zararlı madde kullanımına yakın oranda beslenmenin ölümcül hastalıklara yakalanmada etkisi bulunmaktadır.

4.3.4.1. Fazla kilo

Obezite, “sağlığı olumsuz etkileyecek oranda vücutta fazla yağın bulunması”¹⁸⁶ şeklinde tanımlanmaktadır. Bugün obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi beslenmeyle doğrudan ilişkili kronik hastalıkların ortaya çıkmasında ana risk faktörü olarak değerlendirilmektedir¹⁸⁷. Bunun yanı sıra eklem iltihabı ve kimi kanser türlerinin oluşma

¹⁸⁴ Applegate, a.g.e., 295.

¹⁸⁵ Yaşar, a.g.e., 6.

¹⁸⁶ Applegate, a.g.e., 163.

¹⁸⁷ Hawkes, a.g.e., 258.

riskini de artırabilmektedir¹⁸⁸. Şişmanlığın yukarıda ifade edilen hastalık riskleri dışında, gençlerde özgüven eksikliği, yetişkinlerde fiziksel ve mental hareketsizlik gibi sosyo-psikolojik etkileri de bulunmaktadır¹⁸⁹.

Küresel boyutta, refah artışı ile birlikte gıdaya erişimin özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde artmış olması sonucu insan vücuduna fazla enerji alımı artmıştır. Bunun yanında, “yanlış beslenme, yetersiz hareket, enerji metabolizmasındaki bozukluklar (örn: tiroit hipofonksiyonu) ve genetik etkenler”¹⁹⁰ de fazla kiloya sebep olmaktadır. Bir başka kaynağa göre obezite; enerji dengesizliği, hareketsizlik, genetik etki, tutumlu metabolizma, diyet içeriği ve yeme alışkanlıklarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır¹⁹¹. Dolayısıyla, obezite günümüzün en tehlikeli hastalığı olup kolay yoldan tedavisi de mümkün değildir¹⁹².

Fazla (aşırı) kiloya ilişkin tespitler çeşitli yöntemlerle yapılabilmektedir. Sırasıyla, vücut ağırlığı, vücut yağı ve vücut kütle endeksi (VKE) bu yöntemlerin başında gelmektedir¹⁹³. Bunlardan en yaygın olarak kullanılanı vücut kütle endeksidir (VKE) (Body Mass Index (BMI)) . VKE, bireyin kilo cinsinden ağırlığının metre cinsinden bireyin boyunun karesine bölünmesi yoluyla hesaplanmaktadır¹⁹⁴. Buna ilişkin değer tablosu ve oluşturduğu sağlık riskine ilişkin tablo aşağıda yer almaktadır¹⁹⁵:

Çizelge 4.8. Adipozun (yağlanmanın) sınıflandırılması

Sınıf	VKE (kg/m ²)	Sağlık Riski
Normal Kilo	20-24,9	-
Aşırı Kilo	25-29,9	Düşük
Yağ Bağımlılığı	30-39,9	Hafif Yüksek
Aşırı Yağ Bağımlılığı	>40	Yüksek

Tabloda da görüldüğü gibi, VKE değeri 25 ve üzeri olan bireyler fazla (aşırı) kilolu olarak kabul edilmektedir. Başka bir kaynakta VKE değeri normal kilolu bireyler için; 18,5-

¹⁸⁸ Briffa, a.g.e., 61.

¹⁸⁹ Baysal, a.g.e., 535.

¹⁹⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 133., Baysal, a.g.e., 537.

¹⁹¹ Applegate, a.g.e., 177-180.

¹⁹² Applegate, a.g.e., 161.

¹⁹³ Applegate, a.g.e., 163-165.

¹⁹⁴ Briffa, a.g.e., 62.

¹⁹⁵ Hauber-Schwenk, a.g.e., 133.

24, aşırı kilolu bireyler için; 25-29, 30 ve üzeri obez olarak belirtilmektedir¹⁹⁶. Bir diğer kaynakta ise, VKE 18,5 altı zayıf, 18,5-25 arası normal, 25-30 arası fazla kilolu (şişman), 30-40 arası obez, 40 üzeri ileri obez olarak sınıflandırılmıştır¹⁹⁷. Diğer yandan yaşa göre VKE değerlerini ortaya koyan sınıflandırmaya ilişkin tablo aşağıda göstermektedir:¹⁹⁸

Çizelge 4.9. Yaşa Göre VKE Değerleri

Yaş	19-24	25-34	35-44	45-54		55-65	65<
VKE	19-24	20-25	21-26	22-27		23-28	24-29

Obeziteye ilişkin VKE yaygın olarak kullanılmakla birlikte tek kriter olarak bilim dünyasında yer almamaktadır. VKE değerlerine uymayan ancak başka parametrelere göre sağlıklı olan bireylerde bulunmaktadır. Bu parametrelere örnek olarak; triseps deri kıvrım kalınlığı, bel çevresi genişliği ve bel/kalça oranı verilebilir. Erkeklerde triseps deri kıvrım kalınlığı 23 mm, kadınlarda 30 mm üzerinde olması obeziteye işarettir. Bel çevresi erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm üzeri olması (VKE:25) yine aşırı kiloya, bel/kalça oranı erkeklerde 1.0, kadınlarda 0.8 üzeri olması kilo fazlasını ve kardiyovasküler risklerin varlığını göstermektedir.¹⁹⁹ Bir araştırmaya göre, bel çevresinde meydana gelen her 6 cm'lik artışın koroner kalp hastalığı riskini %24 oranında artırdığı hesaplanmıştır. Bu da, obezite ile ilgili birden fazla parametreye bakılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır²⁰⁰.

Ayrıca, 25 değerinin üstünde belli değerlerde fazla kilonun derecelerini oluşturmakta ve ortaya çıkardığı sağlık riski de artmaktadır. Bu risklerin sonucu ortaya çıkan sağlık sorunları aşağıdaki tabloda sıralanmıştır²⁰¹:

¹⁹⁶ Applegate, a.g.e., 165.

¹⁹⁷ Yaşar, a.g.e., 6-7.

¹⁹⁸ Yaşar, a.g.e., 7.

¹⁹⁹ Baysal, a.g.e., 535.

²⁰⁰ Baysal, a.g.e., 536.

²⁰¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 14.

Çizelge 4.10. Aşırı kiloyla ilişkili hastalıklar

Aşırı Kiloyla İlişkili Hastalıklar
Hipertansiyon
Koroner kalp hastalığı
Hiperlipidemi
Şeker hastalığı
Gut hastalığı
Safra taşı oluşumu
Artroz
Fıtık
Varis
Tramboflebit
Yılancık
Pickwick sendromu
Adet anemileri
Kısırlık
Gebelik ve doğum sorunları
Ameliyat sonrası sorunlar

Fazla kilonun vücuda etkisini biraz daha açmak gerekirse, akciğerin fonksiyonel olarak sınırlı işlev görmesi sonucu solunum güçlüğü ve çabuk yorulma; kalp-damar sistemi üzerindeki fazla yükten kaynaklı yüksek tansiyon, kalp krizi veya felç geçirme (kardiyovasküler riskler), şeker hastalığı (diabetes mellitus) oluşması, durumları ortaya çıkabilir²⁰². Tüm bu durumlar “metabolik sendrom²⁰³” olarak ifade edilmektedir. Bu sendromun temelinde de, aşırı beslenmeye bağlı insülin direnci yatmaktadır. Bunların yanında kalp krizi ve felç için dengesiz beslenme, sigara ve stresinde etkili olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır²⁰⁴. Bunlara ek olarak, safra taşı hastalıkları, toplardamar hastalıkları, gut veya eklem hastalıkları yine fazla kilo ile birlikte sıklıkla görülen hastalıklar arasındadır²⁰⁵. Bu sayılan hastalıklar fizyolojik olup, psikolojik sorunlarda yine obeziteye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Birey, obez olmasından dolayı toplumdan dışlanma, kendine güven eksikliği ve depresyona bağlı psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilir.²⁰⁶

Yukarıda da anlatıldığı üzere, fazla kilo birçok sağlık soruna sebebiyet vermekte, aynı zamanda sebep olduğu hastalıkların büyük bir kısmı da kronik hastalıklar olmaktadır. Bu da fazla kilonun gerek hastalık çeşitliliği gerekse hastalık türleri (kronik hastalıklar) açısından

²⁰² Hauber-Schwenk, a.g.e., 133.

²⁰³ Hauber-Schwenk, a.g.e., 133.

²⁰⁴ Applegate, a.g.e., 148.

²⁰⁵ Hauber-Schwenk, a.g.e., 133.

²⁰⁶ Applegate, a.g.e., 169-170.

sağlık politikalarının ve hatta sağlık ile ilgili diğer politikaların (sosyal politika, çevre politikası, spor politikası, eğitim politikası gibi) gözden geçirilmesini gerekli kılmaktadır.

4.3.4.2. Diyabet (Şeker hastalığı)

Diyabet hastalığı metabolik bir hastalık olup, karbonhidrat metabolizması başta olmak üzere yağ ve protein metabolizmalarını da etkilemektedir. Bu hastalık, hem insülin yetersizliğinden hem de insülinin kandaki etkisinin azalmasından ortaya çıkmaktadır²⁰⁷. Buna bağlı şeker metabolizmasının düzgün çalışmaması ve kan şekerinin olması gereken seviyenin üstünde olması şeklinde kendini göstermektedir²⁰⁸. Bir diğer yan etki ise, kanda dolaşan şeker miktarı ne kadar yüksekse bağışıklık sisteminin etkinliği de o düzeyde düşük olmaktadır²⁰⁹. Bu da hastalıklara karşı vücudun savunma direncinin kalmaması anlamına gelmektedir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki, şeker tüketimi ile şeker hastalığı arasında doğrusal bir bağdan ziyade, şekerin aşırı tüketimine bağlı olarak gelişen bir hastalıktır²¹⁰.

Şeker hastalığına yakalananlar hareketli ve normal bir yaşam sürmelerine karşın, bu hastalığın yaşam süresini üçte bir oranında azaltma ve vücudu zayıf düşürecek komplikasyonlara sebebiyet verme potansiyeli bulunmaktadır.²¹¹

Yaygın olarak görülen iki tip diyabet (Tip I ve Tip II) hastalığı bulunmaktadır. Bunlardan Tip I Diyabet, insülin üreten hücrelerde hasar oluşmasına bağlı olarak insülin yetersizliği durumunun oluşması olarak adlandırılır ve dışarıdan sürekli şekilde insülin takviyesi ile tedavi edilir. Tip II Diyabet ise, genetik ya da beslenmeye (aşırı beslenme) bağlı olarak ortaya çıkan kanda insülin hassasiyeti (direnci) şeklinde ortaya çıkmaktadır. Direnç ile ifade edilmek istenen kanda yüksek miktarda insülin olmasına karşın, kandan yeteri oranda şeker emiliminin yapılamamasını ifade etmektedir²¹².

“Maddi refah hastalığı”²¹³ olarak adlandırılan Diyabet, uzun dönemde; damar hastalıklarına, kronik venöz ülser, göz ve böbrek hasarları ile yüksek tansiyona sebebiyet

²⁰⁷ Hauber-Schwenk, a.g.e., 135.

²⁰⁸ Briffa, a.g.e., 12.

²⁰⁹ Briffa, a.g.e., 85.

²¹⁰ Yaşar, a.g.e., 211.

²¹¹ Briffa, a.g.e., 12.

²¹² Hauber-Schwenk, a.g.e., 86-88.

²¹³ Hauber-Schwenk, a.g.e., 135.

verebilmektedir²¹⁴. Tip II Diyabet, fiziksel etkinlik ve doğru beslenme metotları ile önlenmektedir²¹⁵. Örnek beslenme metodu olarak, glisemik indeksi yüksek ve düşük olan yiyecek ve içecek türlerine göre beslenme biçiminin şekillendirilmesi ifade edilebilir. Glisemik indeksi yüksek gıdalar kan şekerini hızlı şekilde yükseltirken (sindirimi hızlı) glisemik indeksi düşük gıdalar kan şekerini yavaş şekilde (sindirimi yavaş) yükseltmektedir.²¹⁶Bu da aldığınız gıdanın kan şekeri seviyesini etkilemede ya da yüksek oranda dalgalanmalarına sebebiyet vermede önem taşıdığını ifade etmektedir. Glisemik indeksi yüksek ve düşük gıdalara örnek aşağıdaki tabloda gösterilmektedir²¹⁷:

Çizelge 4.11. Glisemik İndeksi yüksek ve düşük besin örnekleri

Glisemik İndeksi Yüksek (>70)	Glisemik İndeksi Düşük (<55)
Beyaz pirinç	Bütün halinde patates
Beyaz şeker	İşlenmemiş şeker kamışı
Beyaz un	Kepekli makarna
Cips	Kepekli Pirinç (Esmer)
Kek, ekmek gibi hamurların ana maddesi	Kepekli Spagetti
Makarna	Kepekli Un
Paket halinde patates	Kuru fasulye ve diğer baklagiller
Reçel	Meyve
Spagetti	

“Glisemik İndeks tüketilen herhangi bir besinin, kan şekerini tetikleme yeteneği”²¹⁸ olup, yukarıdaki tabloda yüksek ve düşük etkiye sahip gıdalar görülmektedir. Tablodan da anlaşılacağı üzere endüstriyel gıdaların glisemik indeksi daha yüksek olmaktadır.

4.3.4.3. Kanser hastalıkları

Kanser, günümüz koşullarında en ölümcül hastalıkların başında gelmektedir. Yapılan gözlemler, çevresel etkenler ile bireyin davranışlarının kansere etki ettiğini göstermiştir²¹⁹. Aşağıdaki tabloda kansere etkileyen unsurlar görülmektedir

²¹⁴ Hauber-Schwenk, a.g.e., 135.

²¹⁵ Hauber-Schwenk, a.g.e., 135.

²¹⁶ Briffa, a.g.e., 15.

²¹⁷ Yaşar, a.g.e., 13.

²¹⁸ Yaşar, a.g.e., 12.

²¹⁹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 147.

Kanseri tetikleyici etkenler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir²²⁰:

Çizelge 4.12. Kanser hastalıklarının nedenleri

Tetikleyici Etken	Etkinin Tahmini Yüzdesi
Tütün	30
Alkol	3
Beslenme	35
Cinsel Davranış	7
Gıda Katkı Maddesi	<1
Çalışma	4
Çevre Kirliliği	2
Endüstri Ürünleri	<1
İlaç Tedavisi	1
Enfeksiyonlar	10 (?)

Tabloda da görüldüğü üzere, beslenme %35 ile en yüksek düzeyde kanser hastalığı ile ilişkili gözükmektedir. Onu yine %30 gibi büyük bir oran ile tütün takip etmektedir. Diğer etkenlerinde payı azımsanmayacak olsa bile beslenme kadar önemli bir etkiye sahip olmadığını da ifade etmek gerekmektedir.

4.3.4.4. Beslenmeye bağlı diğer hastalıklar

Yukarıda açıklanan hastalıkların dışında stresi; tütün kullanımı, sofraya tuzu, fazla kilo, alkol ve kısıtlı harekete bağlı, yüksek tansiyon; yine stres, tütün kullanımı, fazla kilo, kanda yüksek lipit değeri, yüksek kan basıncı ve kısıtlı harekete bağlı, yağ metabolizması ve damar sertliği (Arteriyozkleroz) ile gut, böbrek hastalıkları, sindirim organlarında rahatsızlıklar, alerjiler, gıda hazımsızlığı, diş çürümesi ve diş eti iltihabı, yeme bozuklukları ve alkolizm beslenmeye bağlı ortaya çıkan önemli hastalıklar olarak ifade edilebilir.²²¹

Günlük yaşantıya etkisinin yüksek olması bakımından sindirime yönelik bozuklukları biraz daha açmakta fayda bulunmaktadır. Sindirim bozukluğuna sebebiyet veren durumlardan başlıcaları şunlardır: çabuk yemek, yemekte su içmek, çok yemek, birbirine yakın öğünler, yemekler arasında yemek, gece geç yemek, yorgun ve sinirliyken, uykusuzluk halinde ve ateşliyken yemek, ham meyveler, bozulmaya yakın gıdalar, kızartmalar, aşırı miktarda şekerli gıdalar, besin içeriği uyumsuz yemekler, çay, kahve, sütü

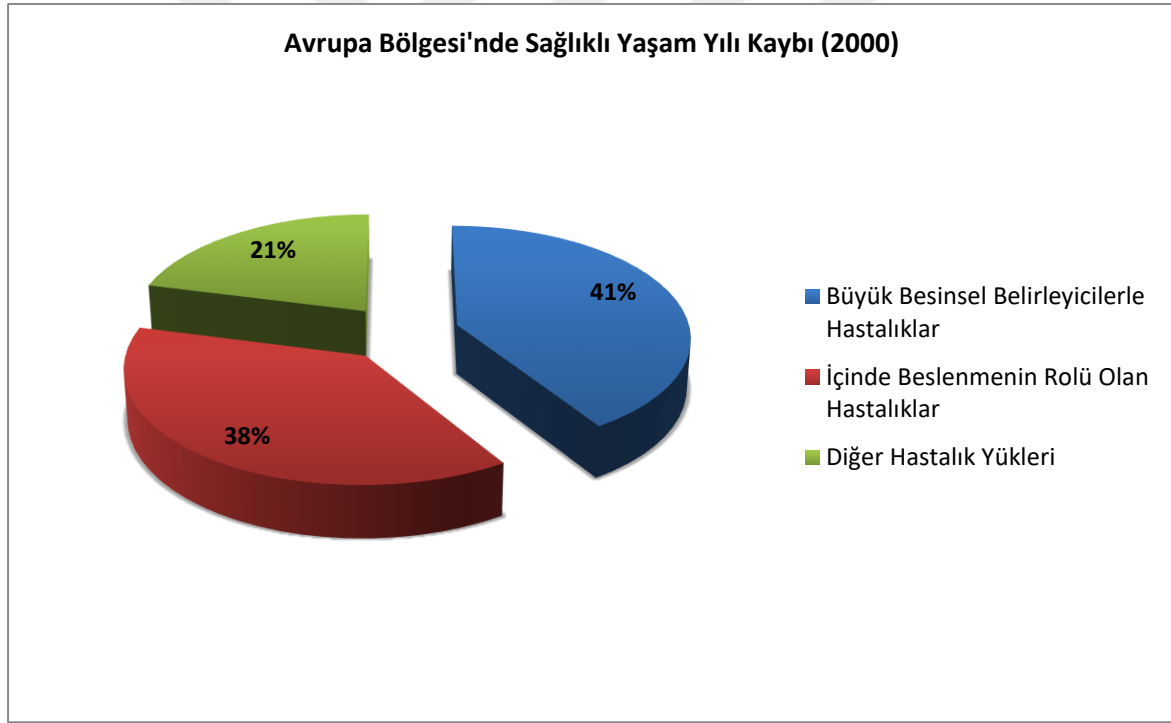
²²⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 146.

²²¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 137-156.

kakao vb. içeceklerin tüketimi²²². Görüldüğü gibi yukarıda sayılan durumların yaşanması vücuda alınan gıdaların sağlıklı bir şekilde tüketimine engel olmakta ve bunun sonucunda uzun vadede sağlığa kalıcı hasarlar verebilmektedir.

4.3.5. Beslenmeye Bağlı Sağlık Kaybının Ekonomik Etkisi

Hastalıkların beslenme ile ilişkisini ve ekonomik değerini ortaya koyan kapsamlı bir çalışma Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Avrupa kıtası için yapılmıştır²²³. Çalışma, zaman açısından güncel olmamasına karşın sağlık risklerinin etkisinin uzun süreli ortaya çıktığı düşünüldüğünde günümüz zaman diliminde de anlamlı olduğunu ifade etmek gerekmektedir.

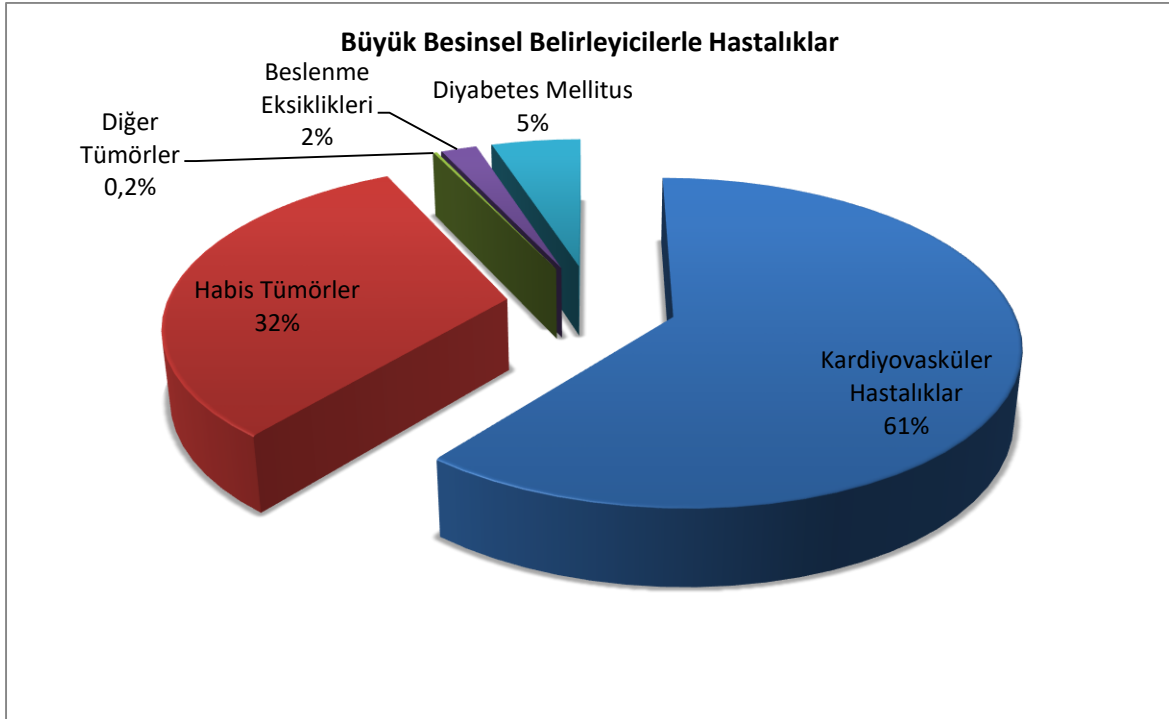


Şekil 4.9. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı²²⁴

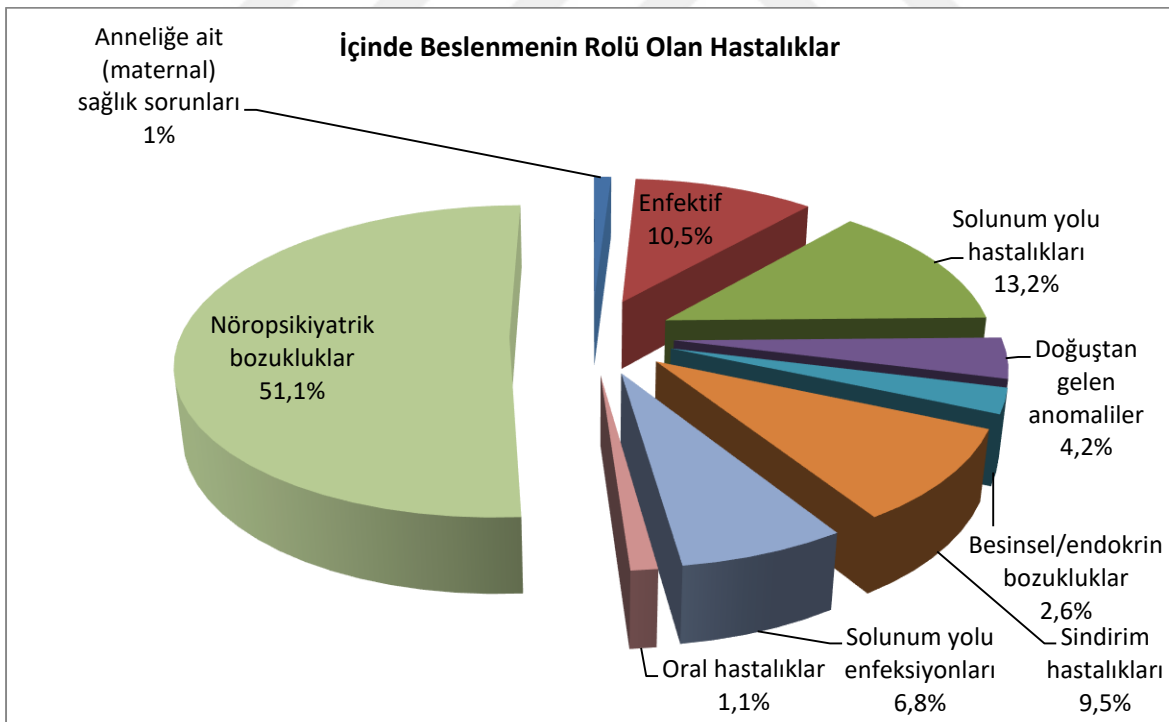
²²² Yaşar, a.g.e., 213-214.

²²³ Robertson, A., Tirado, C., Lobstein, T., Jermini, M., Knai, C., Jensen, J.H., Ferro-Luzzi, A. ve James, W.P.T. (2004). *Food and Health in Europe: a new basis for action*. WHO Regional Publications: European Series, No:96, 8.

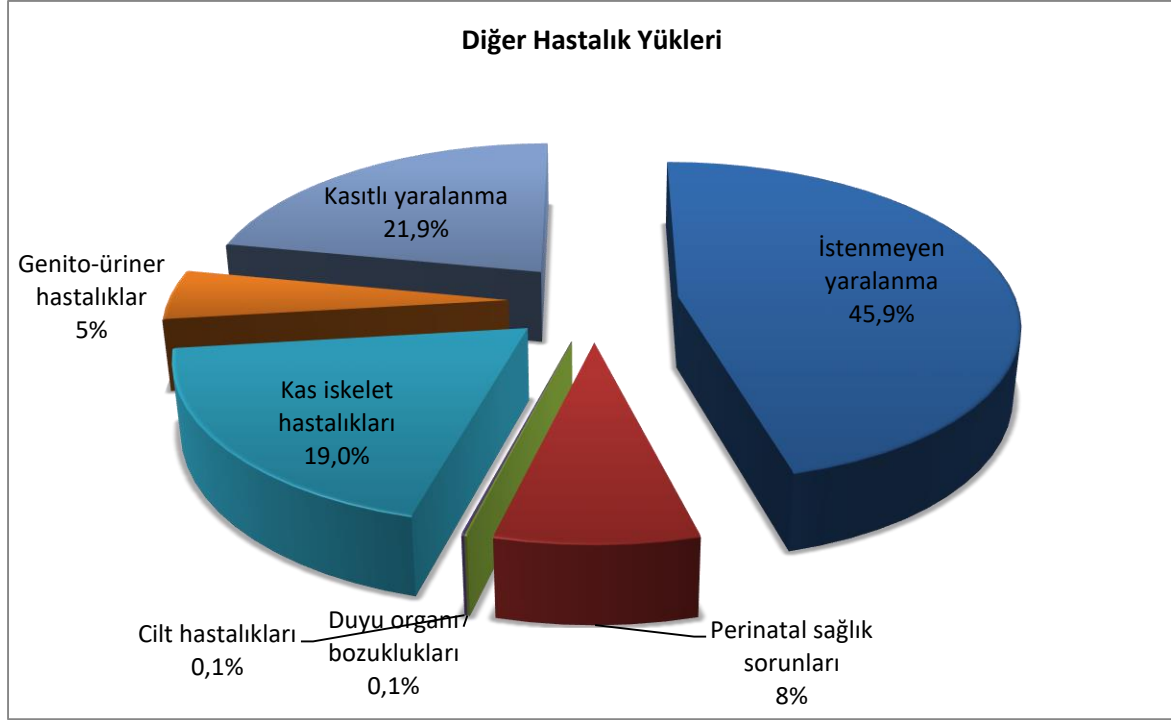
²²⁴ Robertson, a.g.e., 8.



Şekil 4.10. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (büyük besinsel belirleyicilerle hastalıklar)



Şekil 4.11. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (içinde beslenmenin rolü olan hastalıklar)

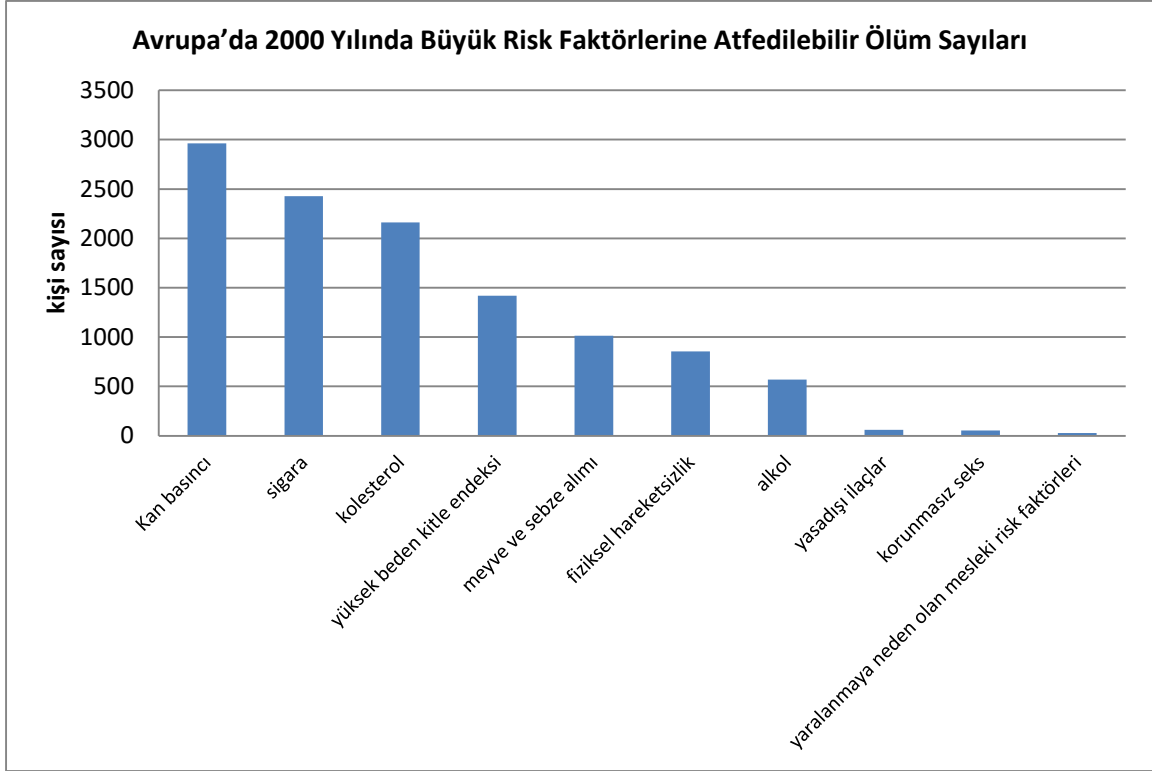


Şekil 4.12. Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı (diğer hastalık yükleri)

Yukarıdaki grafiklerden ilki temel diğer üçü ise türev grafiklerdir ve ilk grafiğin her bir diliminden türetilmiştir. Temel grafikte, sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları (Disability-Adjusted Life Year (DALY))²²⁵ kaybı ölçülmüş ve 2000 yılı için 136 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybedilmiştir. Bu yıllardan 56 milyonu beslenmeyle ilgili başka risk etkenine bağlı, 52 milyonu beslenmeyle ilgili başlıca risk etkenine bağlı olarak gerçekleşmiştir. Oransal olarak %41 ile kalp damar hastalıkları (KDH), tip II diyabet ve kanserden kaynaklanmaktadır. Bu bilgiler ışığında az evvel ifade edilen hastalıkların temel belirleyicisinin beslenme biçimi olduğu söylenebilir. DALY'nin %38'lik dilimi ise, yine beslenme biçiminin önemli rol oynadığı oral hastalıklar, enfeksiyonlara karşı direnç düşüklüğü ve konjenital anomaliler sonucu kaybedilmektedir.

Grafiklerde ifade edilen sonuçlara bağlı olarak DSÖ Avrupa Bölgesinde meydana gelen ölüm oranları ile ilişkili 7 ana risk etkeni belirlemiş ve bunun altısını; beslenme biçimi, diyet ve fiziksel aktivite ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

²²⁵İnternet: World Health Organization İnternet Sitesi. Web: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ adresinden 3 Mart 2018'de alınmıştır.



Şekil 4.13. Avrupa'da 2000 yılında büyük risk faktörlerine atfedilebilir ölüm sayıları²²⁶

Konuyla ilgili yukarıda gösterilen son grafikte de, birinci risk etkeni yüksek kan basıncı (obezite ve yüksek tuz alımı ile ilişkili), ikincisi kolesterol (doymuş yağ oranı ile ilişkili), üçüncüsü sigara, dördüncüsü yüksek vücut kütle endeksi (VKE)(KDH, Tip II diyabet ve bazı kanserlerle güçlü ilişkili), beşincisi yetersiz sebze ve meyve tüketimi (bazı kanser ve KDH'nın yaygınlığı ile ilişkili), altıncısı düşük fiziksel aktivite ve yedincisi yüksek alkol tüketimidir.

4.3.6. Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Ulusal ve Uluslararası Kuruluşların Önerileri

Önceki başlıklarda ifade edilen beslenmeye ilişkin değerlendirmeler, ortaya çıkması muhtemel riskler ve bunun sonucunda meydana gelen hastalıklar, beslenmenin insan hayatı üzerinde hangi oranda hayati fonksiyonu olduğunu ortaya koymuştur. Beslenmeye bağlı hastalıkların önlenmesinde, hareketin artırılması, bağımlı olunan madde ya da içeceğin etkisinin ortadan kaldırılması gibi çözümlerin yanında beslenme biçiminin şekillendirilmesi

²²⁶ The World Health Report (2002). *Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. WHO Publications: Geneva, 86.

en önemli fonksiyonu icra etmektedir. Bu yönde sağlık ve beslenmeyle ilgili uluslararası ve ulusal kuruluşların ve bilim adamlarının tavsiyeleri bulunmaktadır.

4.3.6.1. Dünya sağlık örgütü

Yukarıda ifade edilen risklere karşılık DSÖ'nün hazırlamış olduğu besin hedefleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir:

Çizelge 4.13. Nüfus beslenme hedefleri ²²⁷

Besinsel Faktörler	2003 DSÖ/GTÖ Önerileri
Toplam yağ	% 15-30
Doymuş yağ asitleri	% 10>
Doymamış yağ asitleri	% 10-6
n-6 ÇDYA'lar	% 8-5
n-3 ÇDYA'lar	% 2-1
Trans yağ asitleri	% 1>
Tekli yağ asitleri	Farka göre
Toplam karbonhidrat	% 75-55
Serbest şeker	% 10>
Karışık karbonhidrat	Öneri yok
Protein	% 15-10
Kolesterol	300 mg/gün>
Tuz (Sodyum klorid)	5g/gün>
Meyve, sebze, bakliyat, kuruyemiş ve çekirdek	400g/gün<
Toplam besinsel lif	Gıdalardan-metindeki 3.noktaya bakın.
Niştasız polisakkaridler	Gıdalardan-metindeki 3.noktaya bakın.

4.3.6.2. Alman Beslenme Kurumu

Alman Beslenme Kurumu (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)), tüketiciye yön göstermek amacıyla yeterli ve dengeli bir beslenme için uyulması gereken 10 kuralı açıklamıştır²²⁸:

1. Çok yönlü-ama ölçülü, besin ögesi ve enerji bilançosunda denge sağlamayı hedefler. Yağ ve şekerden zengin yiyecekler tüketmek ve bol miktarda alkol almak enerji dengesinin sağlanmasına izin vermez. Bunun sonucu olarak kemikler ve metabolizma zayıf düşebilir. DGE, bu kural dahilinde kilo denetimi için düzenli

²²⁷ WHO Technical Report Series (2003). Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. WHO Publications: Geneva, 916, 56.

²²⁸İnternet: Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) İnternet Sitesi. Web: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/> adresinden 3 Mart 2018'de alınmıştır.

kilo ölçümü, kalori bakımından bilinçli beslenme ve yeterli derecede hareket etme gibi öneriler sunmaktadır.

2. Daha az yağ ve yağlı gıdalar, gıdalarla alınan fazla yağ ile kandaki yağ düzeyinin yükselmesi arasındaki ilişkiye dikkat çeker. Kişi günde en fazla 80 gr. yağ almalıdır.
3. Tuzlu değil baharatlı, çok miktarda tuz tüketimi ile yüksek tansiyon arasındaki ilişkiye işaret eder. Günde en çok 5-7 gr. tuz alınmalıdır.
4. Az miktarda tatlı, fazla miktarda şeker tüketiminin zararını (diş çürümesi, fazla kilo, yetersiz besin ögesi ve kan şekeri düzeyinde dalgalanmalar) açıklar. Şekerli yiyeceklerin (örn. şekerlemeler, kekler ve pastalar) ve içeceklerin (örn. gazozlar ve meyve suları) tüketiminin sınırlı tutulması önerilmektedir.
5. Daha çok tam tahıllı ürünler, posalı maddelerden zengin ve böylelikle bol miktarda vitamin ve mineral içeren bir beslenme biçimine dikkat çeker.
6. Bol bol meyve ve sebze, bu yiyecekleri beslenmenin odağına yerleştirmektedir. Burada taze meyve, pişirilmemiş sebze ve salata yenmesinin önemi belirtilir.
7. Daha az miktarda hayvansal protein, DGE haftada en çok 2-3 kez küçük porsiyonlar halinde et ve salam-sucuk, en çok 3 yumurta yenmesini; buna karşılık patateste, tahıllarda ve baklagillerde bulunan bitkisel proteinle birlikte bol bol süt ve süt ürünleri tüketilmesini önermektedir.
8. Akıllıca sıvı tüketimi, DGE günde en az 1.5-2.0 litre sıvı alınmasını teşvik eder.
9. Küçük ve sık öğünler, en az 5 öğünü bütün güne yaymayı önerir. Böylelikle organizmanın iş yapabilme gücü korunmuş olur.

Yukarıda ifade edilen 2. ve 3. maddelerdeki yağ ve tuz tüketimine ilişkin tavsiyeler bir başka kaynaktan da vurgulanmakta, ayrıca tuz tüketimi ile yüksek tansiyon arasındaki ilişki olduğu teyit edilmektedir. Yine, yağ tüketimine ilişkin olarak doymamış yağ tüketimine (Ayçiçek yağı, mısırözü yağı, fındık yağı ve zeytinyağı) ağırlık verilmesi gerektiği ifade edilmektedir.²²⁹

²²⁹ Yaşar, a.g.e., 5.

Yemekleri lezzetli ve besin öğelerini koruyacak şekilde hazırlamak, tüketicinin yiyecekleri özenle hazırlamasıyla (az suda pişirmek, buharda pişirmek vb.) yaşamsal önem taşıyan besin öğelerinin ve yiyeceklerin tatlarının korunduğuna dikkat çekilmektedir.

4.3.7. Besin Değerleri Sınıflandırması

Dengeli ve yeterli beslenmenin öncüsü sağlık bilimci ve mikrobiyolog Dr. Werner Kollath'dır (1892-1970). Kollath, "yiyeceğimizi olabildiğince doğal halde tutalım" ilkesini temel alarak 1942 yılında "Gıdamızın Düzeni" kitabını yayımlamıştır. Kollath, gıdalara ilişkin değer sınıflandırmasını altı basamakta yapmıştır. Bu sınıflandırmada:

1. grup, doğada bulunduğu haliyle tüketilen değiştirilmemiş gıdalar
2. grup, ufalanmış veya mekanik işleme açılmış gıdalar
3. grup, mayalanmayla (enzimatik) değiştirilmiş gıdalar
4. grup, ısı işlem görmüş yiyecekler
5. grup, konserve gıdalar
6. şeker, et özü, vitamin ve mineral preparatları veya gıda katkı maddeleri

şeklindedir.

Bu sınıflandırmada 1., 2., 3., grupta yer alan gıdalar "canlı", 4.,5., 6., gruptaki gıdalar "ölü" ve sadece doyurucu olarak tanımlanmaktadır. 80'li yılların başında Koerber, Männle ve Leitzmann adlı beslenme bilimcileri bu sınıflandırmayı geliştirerek 5 grupta toplamışlardır. Kollath'ın sınıflandırmasındaki tek fark 2. ve 3. grupta yer alan gıdaları bir grupta toplaması olmuştur²³⁰. Buna göre yapılan sınıflandırmaya ilişkin tablo aşağıda gösterilmektedir²³¹:

²³⁰ Hauber-Schwenk, a.g.e., 161.

²³¹ Hauber-Schwenk, a.g.e., 160.

Çizelge 4.14. Besin değerleri sınıflandırması

	I özellekle önerilir doğal gıdalar	II özellekle önerilir mekanik yolla veya enzimlerle işlenmiş gıdalar	III önerilir ısıtıl işlem görmüş gıdalar	IV önerilmez konserve gıdalar	V önerilmez izole edilmiş ve sentetik maddeler ve bunlarla üretilmiş ürünler
Tahıllar	çimlenebilir tam tahıl taneleri, kara buğday, çimlenmiş tahıl	tam tahıl ve unu, ısıtıl işlem görmemiş tahıl ezmesi, taze tahıllı müsli, yüksek kaliteli un türleri	tahıllı yemekler, taneli tahıl ezmesi	kabuksuz pirinç, tanersiz tahıl ezmesi, beyaz un, kepek, mısır gevreği	Rafine şeker, nişasta, posalı maddeler
Sebze	tüm sebze çeşitleri, çimlenmiş baklagiller, mantar	doğranmamış sebze, laktik asitli sebze, dondurulmuş sebze, soğuk presten geçirilen sebze suyu	pişmiş sebze, pişmiş meyve suları	sebze konserveleri	TVP (soya eti), sebzeli hazır yemekler
Meyve	Tüm meyve çeşitleri, tropik meyveler	doğranmış meyve, dondurulmuş meyve, soğuk presten geçirilmiş meyve suyu	pişmiş meyve, pişmiş meyve suları, meyve ve şarap sirkesi	meyve konserveleri, meyve nektarları, meyveli içecekler	Pektin, aromatik maddeler, enzimler, alkol (viski gibi keskin içecekler)
Sert kabuklu yemişler, Tohumlar	findık, badem, yağlı tohumlar, bitki tohumları	taze rendelenmiş findık, ısıtıl işlem görmemiş findık ezmesi, soğuk presle üretilen yağlar	findıklı kek, pişmiş kestane, kavrulmuş veya pişirilmiş tohumlar, yemek hazırlamada kullanılan soğuk presle üretilmiş yağlar	kurutulmuş hindistan cevizi rendesi, sıcak presle üretilen veya özü çıkarılan rafine katı ve sıvı yağlar, kızartma yağları	findıklı- nugatlı ürünler, çok kez ısıtılmış yağlar
Süt ve süt ürünleri	doğal süt, anne sütü	doğal süttten üretilen kaymak, tereyağı, yayık ayranı, peynir ve çökelek	pastörize süt ve süt ürünleri	H-Süt, Kuru süt, peynir konserveleri, eritme peyniri	Kazein, vey proteini, süt şekeri, uyarlanmış süt preperatları, dondurma

Çizelge 4.14. (devam) Besin değerleri sınıflandırması

Yumurta Et Balık	doğal yumurta, doğal et, doğal balık	kıyma	pişmiş yumurta, et, balık, dondurulmuş ürünler	konserve yumurta, et konserveleri, balık konserveleri	protein, hazır yemekler
Su, İçecekler	kaynak suyu	şifalı su, bitki/meyve çayı	maden suyu, paraguay çayı, malt kahvesi	çok kaynamış su, kakaolu ve çikolatalı içecekler, çekirdek kahve, siyah çay, bira, şarap	yapay maden suyu, limonatalar, hazır içecekler, viski gibi sert içecekler
Baharatlar	taze yeşillikler, taze tohumlar	kuru yeşillikler	yemek hazırlanırken pişirilen yeşillikler, toz maya, soya sosu	yeşillik özleri	aromatik maddeler, yapay aromalar
Tuz			deniz tuzu	sofra tuzu	
Tatlandırıcılar	taze şekerli meyve ve sebze	tekrar inceltilemeyen koruyucu kullanılmayan konsantre içecekler, süzme bal	yumuşamış ve suyla şişmiş kuru meyve	Isıl işlem görmüş bal, akçaağaç pekmezi, konserve edilmiş konsantre içecekler, şeker pekmezi (melez)	Rafine şeker, yapay bal, yapay tatlandırıcılar, şekerlemeler

Modern dengeli ve yeterli beslenme bilimine ve tabloya ilişkin yapılacak başlıca değerlendirmelerde:

- Alınan gıdaların yarısı çiğ sebze, meyve, taze tahıllar, kuruyemiş, çiğ süt ve soğuk basınç uygulanmış bitkisel yağlardan oluşmalıdır.
- Meyve ve sebze her zaman mevsiminde yenmeli ve denetlenmiş biyolojik tarım ürünü olmalıdır.
- Rafine şeker ve beyaz un tüketilmemelidir.
- Tuz kullanımında az miktarda deniz tuzu tercih edilmelidir.

Yukarıda yer alan sınıflandırma ile Alman Beslenme Kurumunun tavsiyelerinin birbirileri ile örtüştüğü görülebilmektedir. Ayrıca, yukarıdaki ifade edilen beslenme biçiminin uygulanabilmesi durumunda daha önceki başlıklarda ifade edilen sağlık risklerinin azaltılması ve buna bağlı ortaya çıkan hastalıkların minimize edilmesinin yolu açılmış olacaktır. Ekonomik sistem açısından ise, sağlık harcamalarında önemli ölçüde azalma sağlanması mümkün olabilecektir²³².

4.4. Sağlığı Etkileyen Psiko-Sosyal ve Sosyo-Ekonomik Risk Faktörleri

Sağlık, bireyin hayatını sürdürmesi adına en önemli unsurdur. Bireyin, sağlığını koruyamaması hem fizyolojik ihtiyaçlarını giderebilme hem de insan olarak toplum içerisinde var olabilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Birey, sağlığını geçici süreyle kaybedebildiği gibi kronik hastalıklar yoluyla sürekli olarak da kaybedebilir. Kronik hastalıklara; hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, metabolik sendromu örnek olarak verilebilir²³³. Sağlık ve sosyal sigortanın bu kayıpları maddi olarak telafi etmesi halinde dahi bireyin hayat kalitesindeki geçici veya sürekli kayıplar, üretkenlik anlamında hem bireye hem topluma zarar verir. Bir diğer deyişle, sağlık, ekonomik sınırların belirli olduğu varsayımı altında birey ya da topluma ekonomik katkı yapabileceği gibi kayıpta yaratabilir. Sağlık ve sağlığa erişimde adaletin sağlanması açısından, erken çocuk gelişimi, iş koşulları, yaşam koşulları, ekonomik eşitsizlikler ve yaşam tarzı kavramları birincil öneme sahiptir. Dolayısıyla, konuya sadece tıbbi ve/veya kaynak kullanımını bağlamında iktisadi yaklaşmak, bütüncül bir değerlendirmeye engel olur²³⁴.

Modern çağda, insan nüfusunun büyük bir kısmının şehirlerde yaşadığı, üretim ile tüketimi farklı insanların yaptığı ve bunun ortaya çıkardığı modern çağ mesleklerinin icra edilmesi, ülkeler arası sermaye hareketliliğine bağlı olarak artan rekabet, teknolojiye yaşanan geometrik artış gösteren yenilikler, bireyin üretkenliğini ön plana çıkarmıştır. Yapay zeka (artificial intelligence) kavramının konuşulduğu, robot teknolojisinin

²³² Hauber-Schwenk, a.g.e., 161.

²³³ İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Web: <http://ailehekimligi.gov.tr/kronik-hastalıklar.html> adresinden 23 Ocak 2018'de alınmıştır.

²³⁴ Marmot, M. (2009). "Türkçe baskıya önsöz". Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İnev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 5.

hayatımıza daha yüksek oranda girdiği her geçen gün sayısallaştırılabilir işlerin, yüksek teknolojiye sahip cihazlar veya robotlar vasıtasıyla yapılacağı aşikardır²³⁵. Buna karşılık, bireyin toplum içerisinde iş yapış şeklinde değişiklik olacağı öngörülmektedir. Bu geçiş süreci sanayi toplumundan bilgi toplumuna doğru ilerleyişte tüm toplumlarca hissedilmektedir. Artık, 21. yy'da insanlığın geleneksel eğitimin yanı sıra bilgisayar kodlama dilinin de öğretildiği yeni bir çağın eşliğinde olduğu söylenebilir. İşte, bu dönüşümü başarabilen toplumlar bu çağda ayakta kalabilecek hatta diğer toplumlara üstünlük kurabilecektir. Bu noktada, toplumun üretkenliğinin üst seviyede kalabilmesi ve toplumun devamlılığının sağlanabilmesi açısından toplumun demografik yapısının bozulmaması ve sağlığının korunmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada şunu ifade etmek gerekir ki, zengin ve düşük gelirli ülkelerin sağlığa yaklaşımlarında farklılıklar bulunmaktadır. Zengin ülkeler sağlığı, artan oranda yaşam tarzına bağlı kişisel tercihler olarak veya sağlık hizmetine erişim sorunu olarak ele alırken; düşük gelire sahip ülkeler, ölümcül hastalıkların denetimi ve devamında sağlık sisteminin düzenlenmesi şeklinde yorumlamaktadırlar.

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde sağlığa bakış açısının farklılığına karşın, modern çağın getirdiği artan oranlı hızlı yaşam tarzı ve tüketimi gıda tüketimini de biçimlendirmiştir. Örneğin, çalışma saatlerinin uzunluğu ve saat dilimleri değişmiş, bunun sonucu bireyin kendine ve sağlıklı gıdaya erişimine olanaklar sınırlanmıştır. Kamu otoritesinin denetleyici ve düzenleyici rolünde piyasa ekonomisine bağlı olarak gerileme olması bireyi büyük oranda işverenin insafına bırakmıştır. Yine, sendikaların etkilerinin azaldığı günümüzde, işverenlerin yüksek işsizlik, ulusal gıda ya da uluslararası rekabet koşulları ile niteliksiz işgücü istihdamı gibi gerekçelerle çalışan haklarında her türlü inisiyatifi kullanmaktadırlar. Çalışanların temel hakları olan dinlenme hakkı, yemek hakkı, yasal süre sınırları içerisinde çalışma hakkı törpülenmektedir. Birey için hayati önem arz eden gıdaların temini, işverenlerce ya yemek parası ya da besin değeri düşük veya kalite seviyesi düşük gıda sunumu şeklinde olmaktadır.

Yine, çalışma hayatının biçimlendirdiği yaşam tarzında yaşanan değişikliklerin getirdiği hızlı yemek kültürü ve bu kültürün ortaya çıkardığı hızlı yemek (fast food)

²³⁵ Ford, M. (2015). *Rise of The Robots, technology and the threat of a jobless future*. NewYork: Basic Books, introduction.

endüstrisi insan sağlığını tehdit eder hale gelmiştir. Bu etkinin nasıl gerçekleştiği aşağıdaki şemada gösterilmektedir.²³⁶



Şekil 4.14. Yaşam tarzının halk sağlığını etkileme biçimi

Bireyin beslenme ile ilgili alışkanlıkları (tercihine bağlı ya da dış etkene bağlı) davranış haline gelmekte, bunun sonucu biyolojik olarak sağlığına tesir etmektedir. Daha açık ifade etmek gerekirse, bireyin sosyal durumuna bağlı hastalık riski ile ilişkili olduğu bilinen davranış yoluyla sağlığı etkilenmektedir²³⁷. Özellikle, kronik hastalık sayılarında küresel boyutta yaşanan artışlar ve buna bağlı ülke sağlık harcamalarının büyük artış göstermesi mevcut durumun en belirgin göstergeleri olduğu söylenebilir.

En nihayetinde, hastalıkları belirleyen temel unsurların ekonomik ve sosyal olduğu ve buna bağlı olarak çözümlerinde ekonomik ve sosyal olacağı düşünülebilir. Bu noktada tıp bilimi ve ulusal politikalar birbirinden ayrı düşünülemez ve düşünülmemelidir (Rose, 1992)²³⁸.

Yukarıda ifade edilen geniş çerçevede toplum sağlığı ve birçok faktörün toplum sağlığına etki düzeyleri ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte, kanıtlanabilir olan

²³⁶ Marmot, M. (2009). Giriş. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 14-15.

²³⁷ Marmot, a.g.e., 15.

²³⁸ Wadsworth, M. ve Butterworth, S. (2009). Erken Yaşam. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 65.

etkiler sınırlıdır. Bu faktörler, fizyolojik olduğu gibi doğrudan psikolojik ya da sosyal ortama bağlı psikolojik nedenler de olabilmektedir. Yine, bireylerin toplum içerisindeki konumları, iktisadi imkânları veya ülkenin sunduğu kaynaklar da sağlığı etkileyen faktörler arasında sayılabilir.

4.4.1. Psiko-Sosyal Faktörler

4.4.1.1. Stres

Günümüz çağında, insan için tehdit oluşturan unsurlar fiziksel ve biyolojik olmaktan çok psikolojik etken ve mücadelelere dayanmaktadır²³⁹. Detaylandırmak gerekirse, bireylerin toplum içerisinde var olması buldukları statü ve sosyal durumları ile yakından ilgilidir. Birey, sahip olduğu işi hayatını idame ettirme, daha iyi bir statüye sahip olma, ailesini geçindirme gibi sebeplerle hayatının merkezinde tutar. Şirketlerin kar kaybı ya da bireylerin kişisel talepleri sonucu psikolojik çatışma ortamlarının ortaya çıkması ve bununda bireyler üzerinde psikolojik etkilerinin olması sonucu stres meydana gelebilir. Bu durum farklı senaryolar için de geçerlidir.

Tehlikeye karşı insan vücudunun otonom olarak kendini hazırlaması üzerine evrimleşmiş olması ve tehlikenin ortadan kalktığına da stresin ortadan kalkması bunun kanıtıdır. Ruhsal gerilim²⁴⁰ olarak tanımlanan stresin vücuda kısa süreli etkisi bulunmaktadır. Tehdit ortaya çıktığında stres hormonları bağışıklık ve kalp damar sistemini etkileyerek vücudu hazırlar. Kalp atışı hızlanır, kaslara kan pompalanır, endişe ve dikkat seviyesi en üst düzeye çıkar. Kısa süreli tehditlere karşı bedenin kendini hayatta tutma adına gerçekleştirdiği otonom sistem tehdit unsuru sürekli hale geldiği zaman vücuda zarar verir hale gelebilir. Sağlığa yönelik bu zararlar; depresyon, enfeksiyonlara yatkınlık, diyabet, yüksek kan basıncı ve kolesterol birikimine bağlı kalp krizi ve inme riskleri ortaya çıkabilir. Diğer yandan, öncelikli olarak koroner kalp hastalığı (KKH), kas-iskelet bozuklukları ve ruhsal bozukluklar olmak üzere birkaç farklı türde hastalık işyerindeki psiko-sosyal ortam

²³⁹ Brunner, E. ve Marmot, M. (2009). Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 22.

²⁴⁰İnternet: Türk Dil Kurumu İnternet Sitesi. Web:

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a68ce773c50a9.34202308 adresinden 24 Ocak 2018'de alınmıştır.

ile ilişkilendirilmiştir²⁴¹. Bu ve buna bağlı tespitlerden anlaşılıyor ki, kronik endişe, güvensizlik, düşük özsaygı, sosyal izolasyon ve işyerindeki düşük seviyede kontrol sahibi olma gibi sosyal ve psikolojik sebepler insan sağlığına uzun zaman zarfı içinde zarar verebilmektedir²⁴².

4.4.1.2. İşyerindeki hiyerarşi ve sosyo-ekonomik durum

Stresten bağımsız olarak çalışanların işyerlerindeki hiyerarşik pozisyonlarının da uzun vadeli sağlığı etkilediğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. 17.000 bin Britanyalı kamu çalışanları üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları etkileyici bulunmuş ve 1991-1993 yılları arasında 10.308 kamu görevlisi üzerinde ikincisi yapılmıştır²⁴³. İlgili çalışma 1992 yılında gelir seviyesi 7400£ ile 87.600£ arasında olan çalışanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, kan şekeri açlık ölçümü veya en düşük kan değeri ölçümü dışında katılımcılara 75 gram glukoz içecek yoluyla verilmiş ve iki saat sonra kan değerleri ölçülmüştür. Sonuçlara göre, hiyerarşik pozisyonu çalışanın ne kadar düşükse, ilgili çalışanın glukozu vücutta depolama ya da enerjiyi harcama açısından başlangıç değerlerine dönmesi hiyerarşik pozisyonu yüksek olan çalışanlara göre daha zor olmaktadır²⁴⁴. Bu durumda, hiyerarşi içerisinde çalışanın pozisyonu azaldıkça ters orantılı olarak artan şekilde metabolik sendromların istenmeyen seviyedeki bileşenleri ortaya çıkmaktadır²⁴⁵.

Bir diğer çalışma ise, 1993-1995 yılları arasında beslenme alışkanlığı ve psiko-sosyal etkenlere göre İsveçliler (Linköping kenti) ile Litvanyalılar (Vilnius kenti) arasında koroner risk farklılıkları ile gelir farklılıklarına bağlı mali güvensizlik açısından değerlendirilmek istenmiştir. Bu çerçevede, gelir seviyesi en yüksek %25'lik grup ile en düşük %25'lik grubun stres testine tabi tutularak (öfke anımsama, akıldan matematik ve buzlu su testi) baş etme becerileri karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, yaşam kalitesi ve sağlığın algılanma biçimi Linköping lehine büyük boyutta farklılık göstermektedir.²⁴⁶

²⁴¹ Marmot, a.g.e., 119.

²⁴² Brunner, a.g.e., 41.

²⁴³ Brunner, a.g.e., 32-33.

²⁴⁴ Brunner, a.g.e., 33.

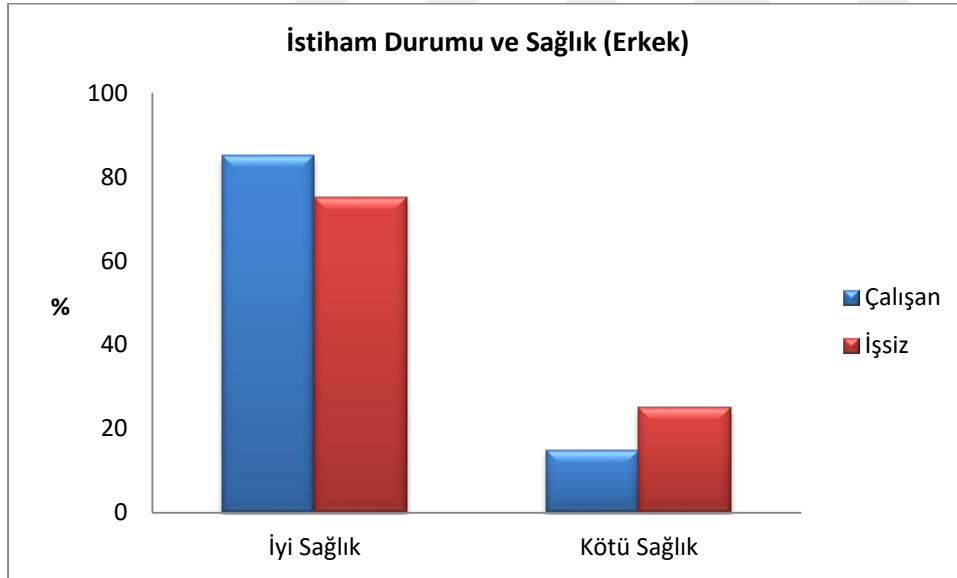
²⁴⁵ Brunner, a.g.e., 33.

²⁴⁶ Brunner, a.g.e., 36-37.

Yukarıda ifade edilen çalışmalardan yola çıkarak uzun vadede ve sağlıkla ilişkili strese karşı verilebilecek optimum refleksin makul bir gelir sahibi olma ve çalışma ortamının uygunluğuna bağlı olduğu değerlendirilmektedir²⁴⁷. Bu görüşü destekleyen bir başka çalışmada 500'den fazla sağlıklı birey üzerinde uzun süreli çalışmalar ile koroner kalp hastalığı ve psiko-sosyal etkenlerin nedenselliği sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda en güçlü etkenlerin; işyerinde düşük seviyede kontrol sahibi olma gibi işe ait psiko-sosyal özellikler, sosyal izolasyon ve depresyon olduğu saptanmıştır (Kuper ve Ark. 2002).

4.4.2. İşsizlik

Sağlık ile işsizlik arasında doğrudan ilişki kurmak bilimsel olarak kolay olmasa da aralarında anlamlı bir ilişkinin olabileceğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır²⁴⁸. İşsiz kadın ve erkeklerde hastalık oranı ve ölüm oranı üzerine yapılan çalışmalarda işsiz olan bireylerin oranı daha yüksek çıkmıştır. Konuya ilişkin grafikler aşağıda gösterilmektedir:²⁴⁹

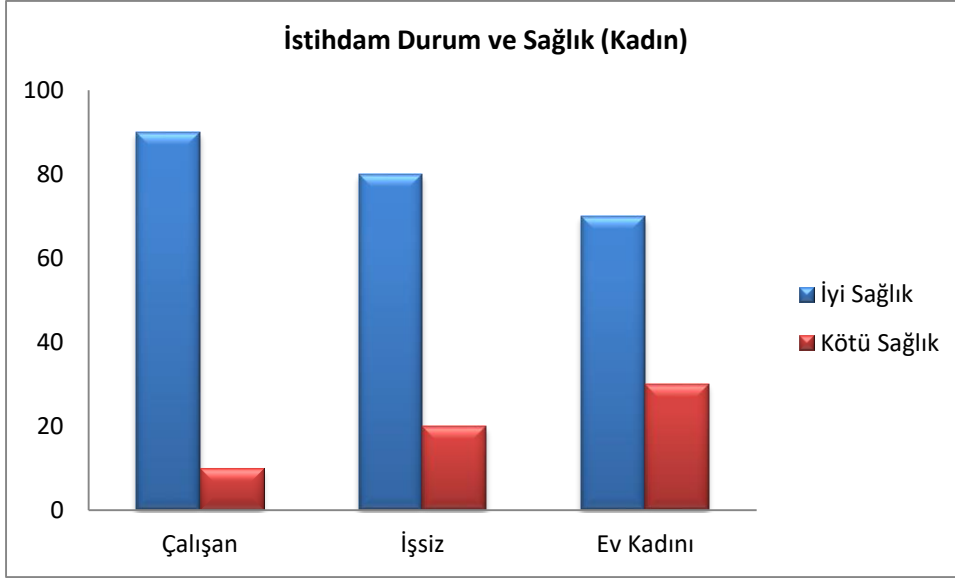


Şekil 4.15. İstihdam durumu ile sağlık arasındaki ilişki (erkek)

²⁴⁷ Brunner, a.g.e., 40.

²⁴⁸ Bartley, M., Ferrie, J. ve Montgomery, M. S. (2009). Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 99-100.

²⁴⁹ Bartley, a.g.e., 99.



Şekil 4.16. İstihdam durumu ile sağlık arasındaki ilişki (kadın)

İşsizliğin, birey üzerinde psikolojik baskı yapması sonucu stres yaptığı da bir gerçektir. Bu strese neden olan temel noktalardan bir tanesi bireyin işe verdiği anlamdır. Bir görüşe göre, işin gizli sonuçları; güne belirli bir zamansal anlam verme, özsaygı ve başkalarına saygı duyma unsurlarıdır. Bu durumu destekleyen bir başka çalışma da Stokholm'de düzensiz çalışan ve sıklıkla sosyal yardıma ihtiyaç duyan erkekler ile işsiz erkekler arasında yapılmış ve düzensiz çalışan bu kişilerin düşük ücret alsalar bile iş sahibi olmalarından ötürü işsizlerden daha aktif ve topluma entegre (psikolojik olarak güçlü) olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer çalışma da, İtalya'da işten çıkan ancak ücret kaybı yaşamayan işçilerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarında bozulma olmuştur. 1970 ile 1990'lardaki fabrika kapanma dönemlerini ele alan çalışmalarda çalışanların çalışmaya devam etmelerine karşın işsiz kalabileceklerine ilişkin emarelerin ortaya çıkması sonucu sağlıklarında negatif yönlü değişimler olduğu tespit edilmiştir²⁵⁰. Çok yönlü yapılan tüm bu araştırmalar farklı durumlarda yaşanan işsizliğin ihtimal dahilinde olsa bile birey sağlığını kötü yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Diğer yandan, mal ve ticaret serbestisine dayalı (küresel ticaret) mali piyasa dengesizliği, dışsal şoklar ve bunlara bağlı kırılmalıkların ülkeler arasında transferi, işgücü piyasasında ve istihdamda akut değişimlere sebebiyet vermektedir. Değişimlerin sonucu, bireyler üzerinde ekonomik güvencesizlik olarak yansımaktadır. Nihayetinde, bu

²⁵⁰ Bartley, M., Ferrie, J. ve Montgomery, M. S. (2009). Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 107.

değişimlerin bireylerin sağlığı üstünde kalp-damar hastalıkları ve kronik stres yönüyle ilişkili olup doğrudan sağlığı etkilemesi de muhtemeldir²⁵¹. Bu noktada, yukarıda ifade edildiği gibi işsizliğin ihtimal dahilinde olmaması halinde bile küresel etkilerin insan sağlığına “çalışma” boyutu ile tesir ettiği görülebilmektedir.

²⁵¹ Bhushan, A. ve Blouin C. (2011). Liberalleşme “Şokları” ve Sosyal Koruma Politikaları. Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreç, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2009’da yayımlandı), 147.

5. AVM'DE ÇALIŞANLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARI ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

5.1. Araştırma Yöntemi

5.1.1. Araştırma Hipotezi ve Alt Hipotezler

Araştırmanın temel amacı, gerek çalışma saatleri, gerek çalışma ortamları gerekse sunulan yeme olanaklarına bağlı olarak çalışanların yeme alışkanlıklarının tespit edilmesidir.

Araştırmanın temel hipotezi çalışanların yeme alışkanlıklarını pozitif yönde düzenleyen bir altyapının olmamasıdır. Buna bağlı alt hipotezler:

1. Çalışanların restoran, büfe vs. gibi yemek mekânlarında seçme imkânları kısıtlıdır.
2. Çalışanların gıda tüketimine yönelik işyerlerinin herhangi bir sağlık içerikli politikası bulunmamaktadır.
3. Çalışanların gıda tüketim alışkanlıkları uygulanan ulusal sağlık politikaları ile çelişmektedir.
4. Çalışanlara sunulan gıdaların besin değeri düşüktür.

Araştırma, Ankara genelinde hizmet veren beş AVM'de müşteri yoğunluğu ve çalışanların genel olarak müsait olduğu haftaiçi pazartesi, salı, çarşamba ve perşembe günleri sabah 10.00-12.00 arası ile akşam 20.00-22.00 saatleri arasında 15.01.2018 ile 31.01.2018 tarihleri arasında AVM içinde hizmet veren mağazada çalışanlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya esas herhangi bir sektör, konum ve demografik kısıt bulunmamaktadır. Araştırmanın çerçevesi ilgili merkezlerdeki tüm çalışanları kapsamaktadır. Ancak gerek AVM'lerin Türkiye genelindeki konumları arasındaki farklılıklar (şehir merkezi, ana yol yakını, toplu ulaşımına yakınlığı veya şehir kenarında yer alması gibi) gerekse bazı AVM'lerin birbirilerine çok yakın hizmet vermesi karşılaştırma ve araştırma evrenini belirlemede zorluklara sebebiyet vermektedir. Ayrıca AVM'lere ilişkin çalışan sayısı ve özelliklerine ilişkin şeffaf bilginin olmaması da bir diğer kısıtı

oluşturmaktadır²⁵². Çalışan sayısına ilişkin olarak ulaşılabilen tek istatistiki bilgi, Alışveriş Merkezleri ve Yatırımcıları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Hulusi Belgü'nün Cumhuriyet Gazetesine verdiği röportajda ifade ettiği 386 AVM'de 500 bin kişinin istihdam edildiği yönündedir²⁵³.

Yukarıda belirtilen gerekçelere bağlı olarak ilgili AVM'lerde gelişigüzel örnekleme (haphazard or accidental sampling) yöntemi ile belli sayıda çalışana 4 adet demografik, 4 adet çalışma ve dinlenme süreleri, 10 adet yeme alışkanlıkları ve 1 adet beslenmeyle ilgili bilgi kaynaklarını tespit etmeye yönelik toplam 19 soru sorulmuştur. Her AVM'de eşit sayıda örneklem ilgili AVM'lerin ölçek farklılıkları sebebiyle uygulanmamıştır. Buna ek olarak, çalışmanın amacına uygun olması amacıyla ulaşılabilecek en yüksek sayıda örnekleme ulaşılmaya çalışılmıştır. Ankete katılmayı arzu eden çalışanların beyanına dayalı olarak çalışma yürütülmüş ve bu kapsamda, 5 AVM'de toplam 248 çalışana anket uygulanmıştır. Toplam çalışan sayısının bilinmemesinden ötürü örneklemin yüzdesi hakkında kesin bilgi verilememektedir. Ancak, yukarıda ifade edilen toplam çalışan sayısı referans alındığında örneklem boyutunun yaklaşık 2000'de 1 kişi olduğu ifade edilebilir.

5.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Methodu

Araştırmanın evrenin belirlenebilmesi için çeşitli kaynaklardan taramalar yapılmış ancak çalışan sayısına ilişkin bilgilere ulaşılamamıştır. Buna ek olarak, AVM'lerin şehirlerdeki konum farklılıkları AVM'leri sınıflandırmaya imkan tanımamaktadır. Dolayısıyla, anlamlı sonuç elde edilebilmesi ve buna bağlı olarak AVM'lerin, mağazaların ve çalışanların belirlenmesinde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem istatistiksel bir yöntem olmamasının yanı sıra denetçiler tarafından hesap hatası yapılması durumunda hataların tespit edilmesinde kullanılmaktadır²⁵⁴. Başka bir değerlendirmede, yine gelişigüzel örnekleminin bir istatistiksel yöntem olmadığı ifade edilmesine karşın

²⁵² İnternet: Alışveriş Merkezleri ve Yatırımcıları Derneği internet sitesi üzerinden AVM'lere ilişkin istatistiklere ulaşılmaya çalışılmış, sadece AVM Ciro endeksi, Ciro verimlilik endeksi, Ziyaretçi Endeksi vb. göstergelere ulaşılmıştır. Web: <http://www.ayd.org.tr/TR/AVMindex.aspx> adresinden 18 Şubat 2018'de alınmıştır.

²⁵³ Ekonomi Bölümü. (2017, 28 Ağustos). *Cumhuriyet*, 9.

²⁵⁴ Thomas W.H., Andrew W.H., Bethane J.P., Kenneth H.P. ve Christopher J.S. (2013). Haphazard Sampling: Selection Biases and the Estimation Consequences of These Biases, *Current Issues in Auditing*, (American Accounting Association), 7 (2), 16-22.

temsili örnek elde edilmesini sağlayabileceği ifade edilmektedir²⁵⁵Buna mukabil, Türkiye’de farklı alanlarda da ihtiyaç dâhilinde bu yöntemin kullanıldığı tespit edilmiştir.²⁵⁶

5.1.3. Örneklem Grubu ve Veri Toplama Aracı

Anket çalışmasının örneklem grubunu, Ankara genelinde hizmet veren 5 AVM’de çalışanlar oluşturmaktadır. Çalışma gönüllülük esasına dayalı olarak müşteri yoğunluğu ve çalışanların genel olarak müsait olduğu hafta içi; pazartesi, salı, çarşamba ve perşembe günleri sabah 10.00-12.00 arası ile akşam 20.00-22.00 saatleri arasında 15.01.2018 ile 31.01.2018 tarihleri arasında çalışanlara uygulanmıştır. Araştırma verileri birebir görüşme tekniği kullanılarak çalışanlara formun kendilerine doldurtulması veya katılımcının talebi ile araştırmacı tarafından doldurulması yoluyla temin edilmiştir. Form, içeriğinde demografik özelliklerini ve çalışanların yeme alışkanlıklarını ölçme imkanı veren sorular yer almaktadır. Çalışmada, anketin uygulanacağı AVM’de çalışan olma dışında herhangi bir ön koşul bulunmamakla birlikte soruların tamamının cevaplanması esas alınmıştır.

5.1.4. Verilerin Analizi

Çalışanlar ile yüz yüze görüşülerek veriler kağıt ortamında toplanmış, sonrasında ilgili veriler manuel olarak Microsoft Excel 2010 programı üzerinde girilmiştir. Elde edilen veriler ilgili program aracılığıyla anlamlı sonuçlar elde edilecek şekilde kategorize edilmiş ve nihayetinde aşağıda gösterildiği şekilde grafik ve tablo haline dönüştürülmüştür. Veriler, alan araştırması çerçevesinde ve gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplandığından herhangi bir güvenlik testine tabi tutulmamıştır.

²⁵⁵ Thomas W.H., Andrew W.H., Bethane J.P., Kenneth H.P. ve Christopher J.S. (2012). Haphazard Sampling: Selection Biases Induced by Control Listing Properties and the Estimation consequences of these Biases, *Behavioral Research In Accounting* (American Accounting Association), 24 (2), 102.

²⁵⁶ Filiz M. ve Fenkli, M. (2013). Batı Akdeniz Bölgesi Sera Yapılarının Yapısal Karakteristiklerinin İncelenmesi. *SDU International Technologic Science*, 5 (2), 114-121, Derin, Ö. D. ve Keskin S. (2013). Gıda Mühendisliği Öğrencilerinin Probiyotik Ürün Tüketim Durumlarının Belirlenmesi: Ege Üniversitesi Örneği. *GIDA Dergisi*, 38 (4), 215-222.

5.1.5. Anket Soruları

Anket soruları üç temel başlık altında oluşturulmuştur:

- Demografik özellikler
- Çalışma ve Dinlenme Süreleri
- İşyerindeki yeme alışkanlıkları

Yukarıda yer alan temel çerçevede 4 adet demografik, 4 adet çalışma ve dinlenme süreleri, 10 adet yeme alışkanlıkları ve 1 adet beslenmeyle ilgili bilgi kaynaklarını tespit etmeye yönelik toplam 19 soru yöneltilmiştir. Sorulardan sadece bir tanesi açık uçlu soru olarak hazırlanmıştır. Anket sorularına verilecek cevaplar ile gerek AVM konumlarındaki farklılıkların ortaya konması gerekse çalışanların AVM içerisinde yemek aralarındaki yemek seçimleri ya da seçme imkanlarının bulunmaması vb. tespitlerin yapılması amaçlanmıştır.

5.2. Bulgular

Çalışanların yeme alışkanlığı üzerine yapılan anket çalışmasının Ankara genelinde 5 farklı AVM’de yapılması planlanmıştır. Farklı konsept ve çalışan sayısına sahip AVM’ler seçilerek anket verilerinin farklı türde çalışanlar üzerinde ortak sonuçlar ortaya çıkarıp çıkarmadığı değerlendirilmek istenmiştir.

Anket çalışması, seçilen AVM’lerde müşteri yoğunluğu ve çalışanların genel olarak müsait olduğu hafta içi pazartesi, salı, çarşamba ve perşembe günleri sabah 10.00-12.00 arası ile akşam 20.00-22.00 arasında yapılmıştır. Çalışmaya toplamda 248 çalışan katılmıştır. AVM’lerde araştırmaya katılımcıların gösterdiği ilgi düzeyine göre anket yapılmıştır. Bu sebeple AVM’ler; konum, çalışan sayısı bilgilerinin farklılığı ve katılımcıların profil farklılığından kaynaklı (işletme sahibi olma gibi) birbirleri ile karşılaştırılmamıştır. Ancak, bu farklılığın tercihler üzerinde etki düzeyinin sınanması açısından faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

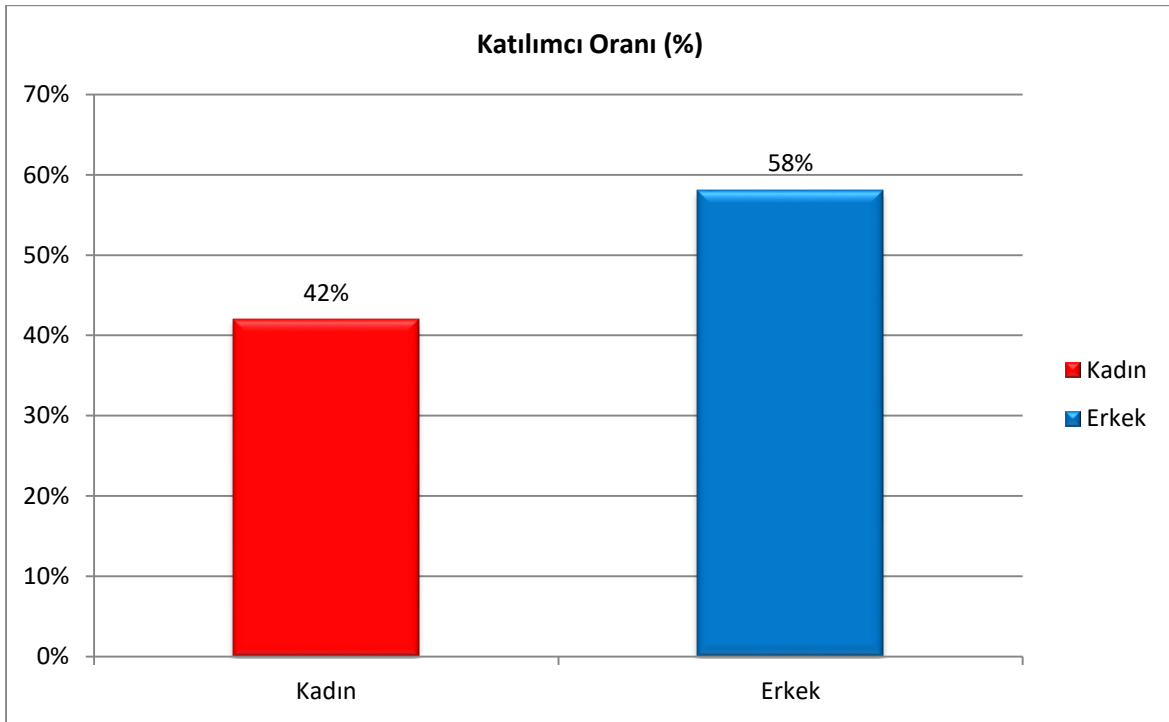
Çalışma, temel olarak aşağıdaki dört ana başlıkta 19 soru hazırlanarak yürütülmüştür.

1. Demografik Özellikler

2. Çalışma ve Dinlenme Süreleri
3. İşyerindeki Yeme Alışkanlıkları
4. Beslenmeye İlişkin Bilgi Kaynakları

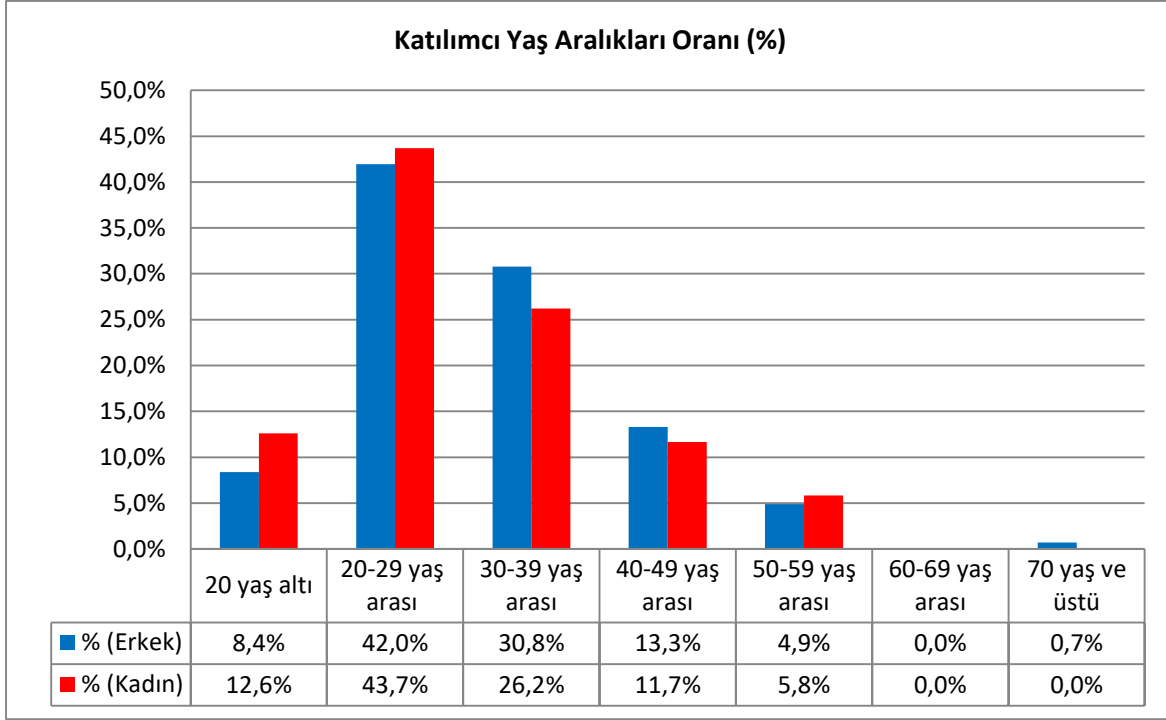
5.2.1. Demografik Özellikler

Ankete katılan 248 çalışanın 144'ü erkek (%58), 104'ü kadın (%42) cinsinden oluşmaktadır. Cinsiyete dayalı yüzdelik dağılım grafiği aşağıda gösterilmektedir:



Şekil 5.1. Cinsiyete göre ankete katılanların oranları

Yaş bilgisi girilmemiş 2 anket hariç katılımcıların yaş aralıklarının (10'lu) yüzdesel gösterimi aşağıda yer almaktadır:



Şekil 5.2. Cinsiyete göre ankete katılanların yaş aralıkları

Yukarıdaki grafikte görüldüğü üzere katılımcıların büyük çoğunluğu 20 yaş altı, 20-29 yaş arası ve 30-39 yaş arasında yer almaktadır. Erkeklerin %81,2'si ile kadınların %82,5'i 20 yaş altı ile 39 yaş aralığında yer almaktadır. Bu noktadan hareketle çalışanların büyük çoğunluğunun genç ve sağlıklı yaş grubu içerisinde yer aldığı ifade edilebilir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre boy, kilo ve vücut kütle endeksine (VKE) göre ortalama değerleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir:

Çizelge 5.1. Cinsiyete göre ankete katılanların boy, kilo ve vücut kütle endeksleri

Cinsiyet	Boy	Kilo	Vücut Kütle Endeksi Ortalaması
Erkek	1,76	76,87	24,85
Kadın	1,64	60,67	22,64

Tablo incelendiğinde, erkeklerin boy ortalaması 1,76, kilo ortalaması 76,87 ve bu değerlere bağlı vücut kütle endeksleri ortalaması 24,85'dir. Kadınların ise, boy ortalaması 1,64, kilo ortalaması 60,67 ve bu değerlere bağlı vücut kütle endeksi ortalaması 22,64'dir. Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlıkta Buluşma Noktası (www.sbn.gov.tr) adresinden alınan

referans değerlere göre anket katılımcılarından erkeklerdeki vücut kütle endeksi değeri 24,85<24,9 değer ile sınırda normal kilolu grupta yer almaktadır. Kadınlarda ise; 22,64<24,9 değer ile erkeklere göre daha çok ortalamaya yakın normal kilolu grupta yer aldıkları grlmektedir.

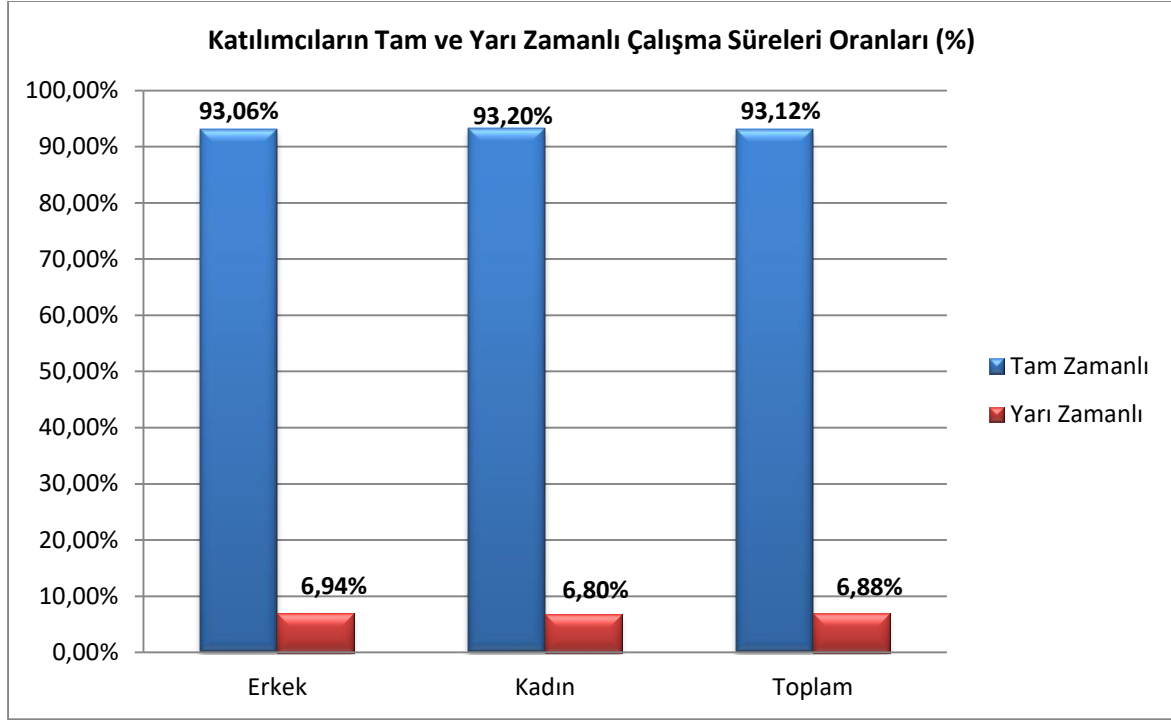
Çizelge 5.2. Vücut kütle endeksi referans tablosu²⁵⁷

VKE Değeri	Durumunuz
18.5 kg/m²'nin altında ise	zayıf
18.5-24.9 kg/m² arasında ise	normal kilolu
25-29.9 kg/m² arasında ise	fazla kilolu
30-34.9 kg/m² arasında ise	I.Derece obez
35-39.9 kg/m² arasında ise	II.Derece obez
40 kg/m² üzerinde ise	III.Derece morbid obez

Kadın ve Erkek katılımcıların VKE değerlerinin normal kilolu grupta yer almasının en büyük etkeninin katılımcıların büyük bir çoğunluğunun 20 yaş altı ile 39 yaş arasında olduğu ifade edilebilir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi erkek cinsinin VKE değerlerinin normal kilolu grup içerisinde sınır değere yakın bir noktada yer aldığı, ilerleyen dönemlerde fazla kilolu gruba yakın yer alacağı tahmin edilmektedir.

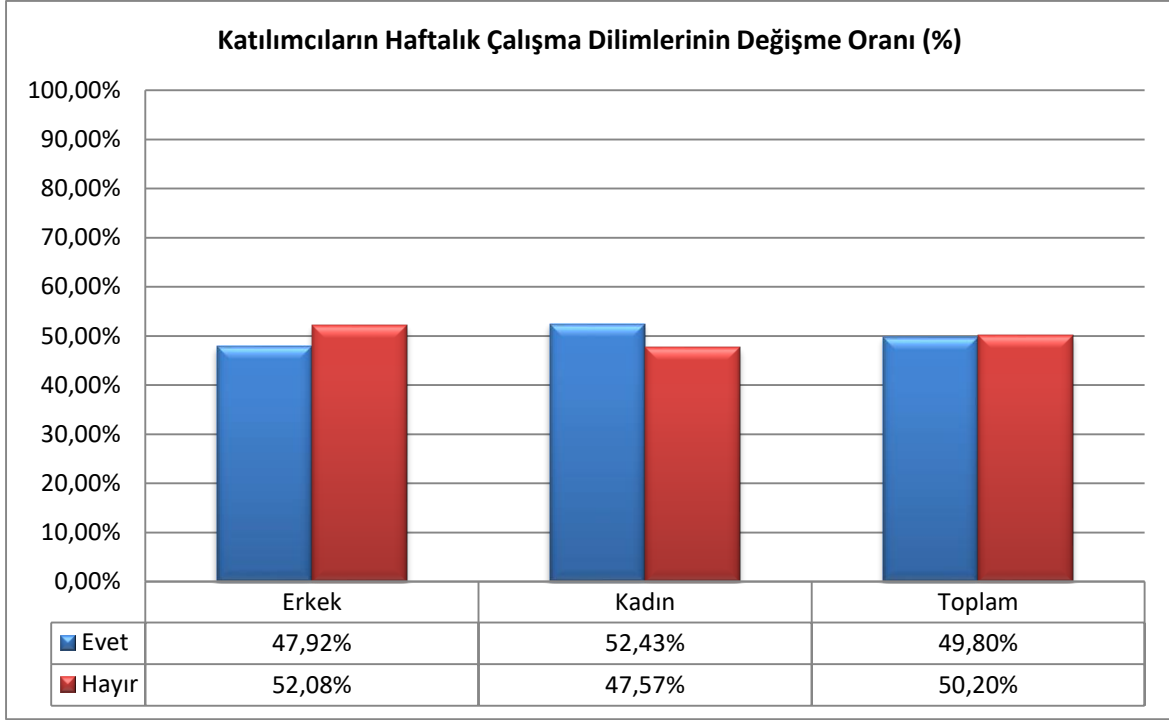
²⁵⁷ İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Buluşma Noktası. Web: <https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx> adresinden 19 Ekim 2017'de alınmıştır.

5.2.2. Çalışma ve Dinlenme Süreleri



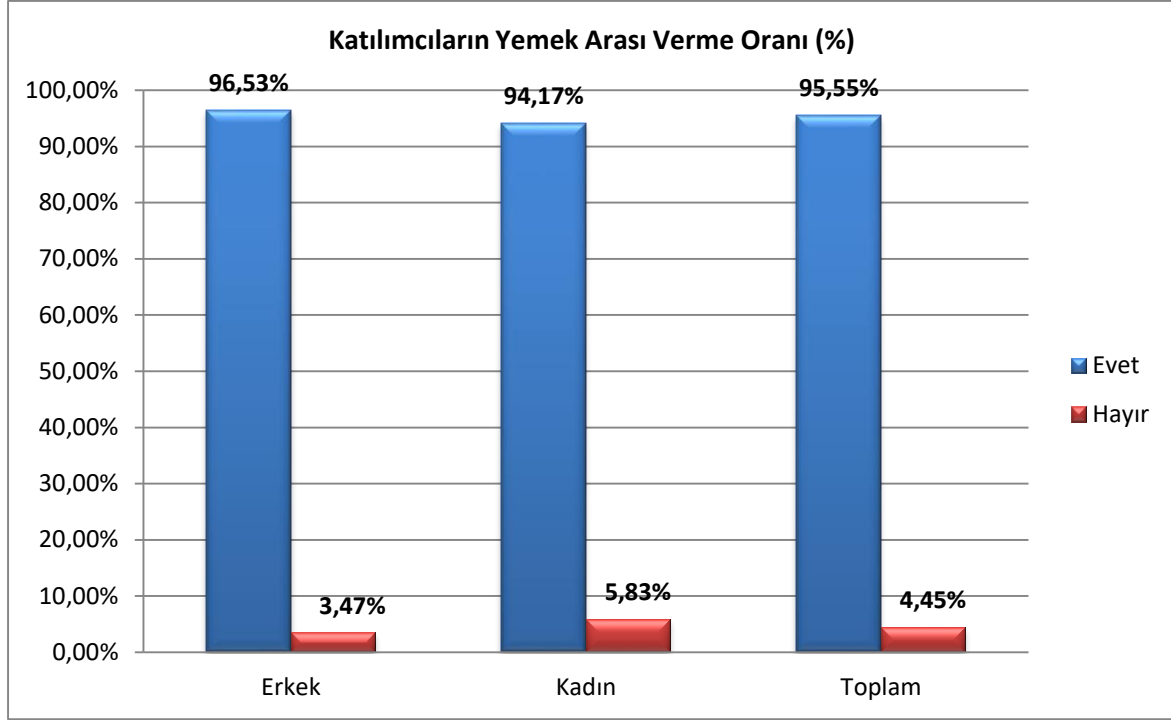
Şekil 5.3. Cinsiyete göre katılımcıların çalışma süreleri (tam-yarı zamanlı)

Tam ve yarı zamanlı çalışma sürelerine ilişkin grafik yukarıda yer almakta olup, bir anket (kadın çalışan) verilerin girilmemesinden dolayı değerlendirme dışı bırakılmıştır. Grafikte de görüldüğü üzere gerek erkek gerekse kadın çalışanların çok büyük çoğunluğu tam zamanlı çalışmaktadır. Anket katılımcılarının sadece yaklaşık %7'si yarı zamanlı çalışmaktadır. AVM'lerin açık olduğu 12 saatlik dilim içerisinde çalışanların genellikle tam zamanlı istihdam edildiği ifade edilebilir.



Şekil 5.4. Cinsiyete göre katılımcıların haftalık çalışma dilimlerinin değişim oranları

Yukarıda yer alan grafikte, çalışanlara haftalık olarak çalışma sürelerine ilişkin değişiklik olup olmadığı sorulmuştur. Bu soruda haftalık çalışılan günlerdeki değişme ile çalışılan gün içerisindeki saatlerin değişikliği bir arada değerlendirilmektedir. Zira, soruda ulaşılmak istenen amaç çalışma sürelerine ilişkin AVM’lerde esnek bir yapının olup olmadığı sonucuna varılmak istenmektedir. Grafik incelendiğinde, kadın veya erkek cinsinin çalışma süreleri üzerinde bir etkisi olmadığı ve katılımcıların toplamda yarı yarıya çalışma saatlerinde değişiklik olduğu görülmektedir.

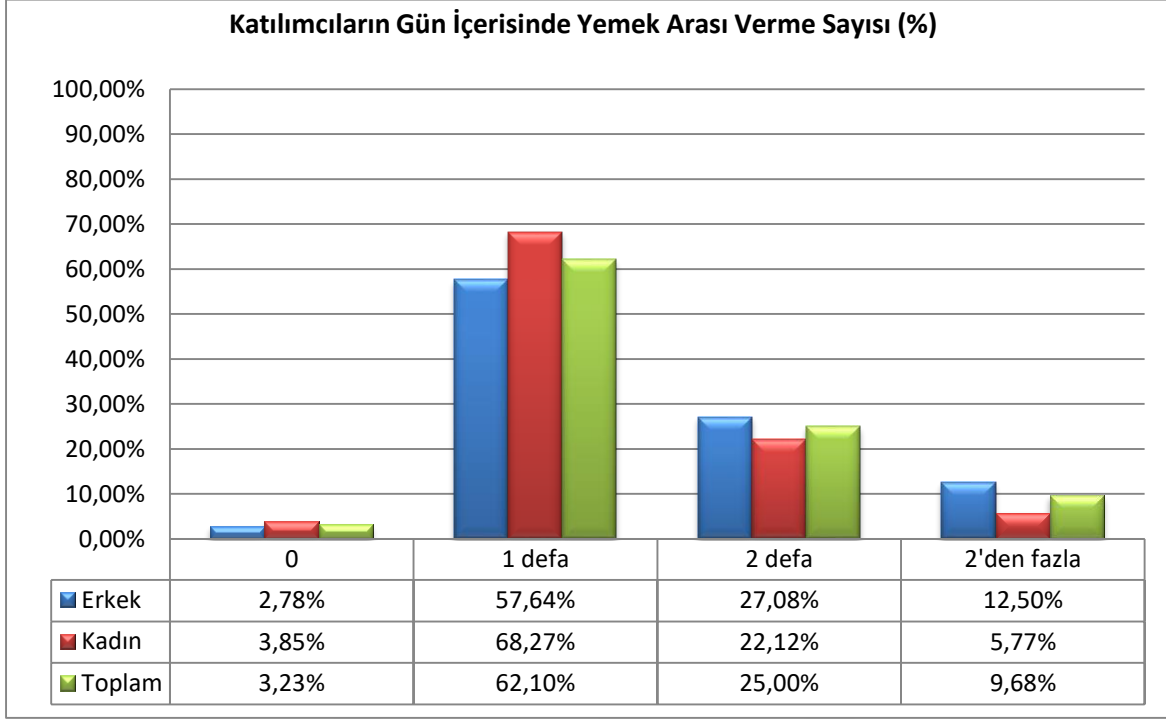


Şekil 5.5. Cinsiyete göre katılımcıların yemek arası verme oranları

Bir diğer grafikte, katılımcıların çalıştıkları zaman diliminde yemek arası verip vermedikleri öğrenilmek istenmiştir. Bir önceki grafikte beraber konu ele alındığında çalışma sürelerinde %50 oranında değişiklik olsa bile, çalışanların çok büyük çoğunluğunun (%95,55) mutlaka en az bir kez yemek arası verdiği tespit edilmiştir. Bu durum, işyerinde yeme alışkanlıklarını ölçme anlamında toplanan verilerin anlamlı olduğunu da ispatlamaktadır.

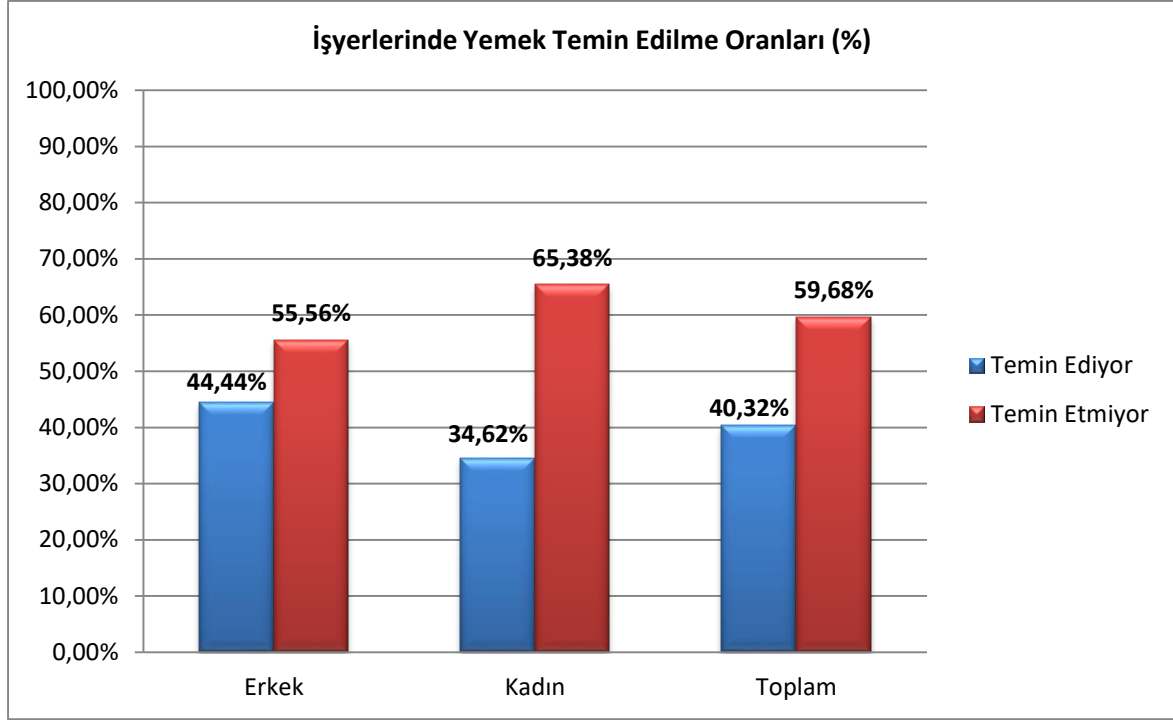
5.2.3. İşyerindeki Yeme Alışkanlıkları

Aşağıdaki grafikte ise, yemek arasına katılımcıların kaç defa çıktığı gösterilmektedir:



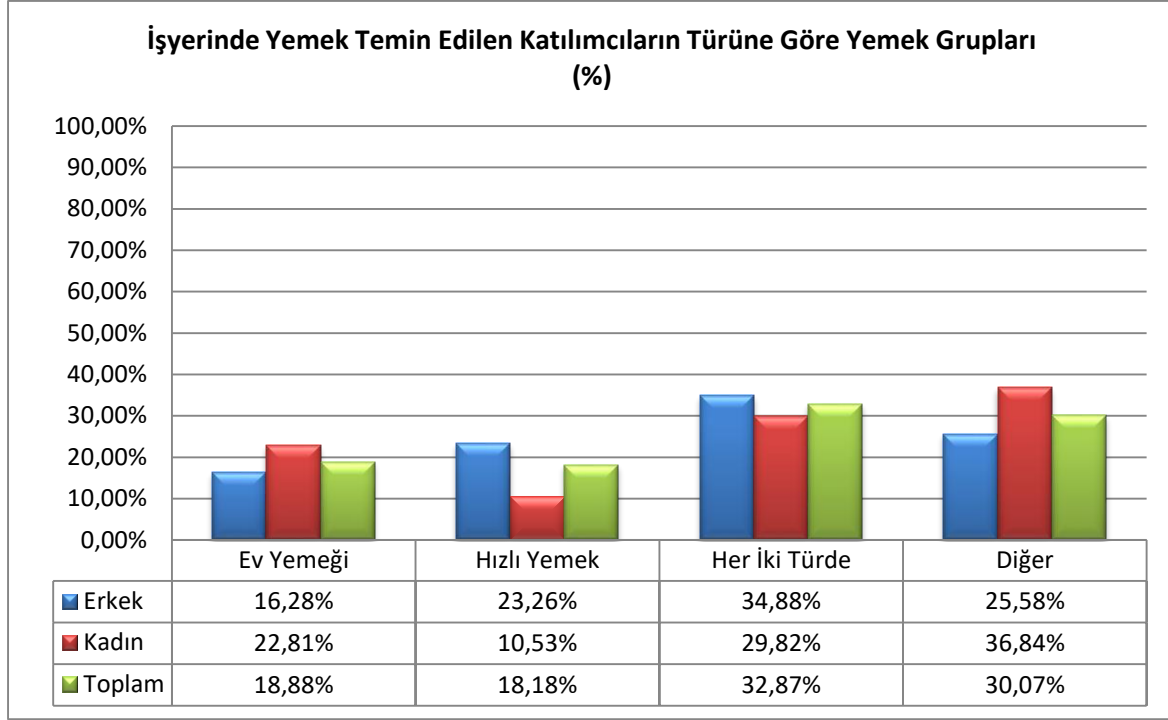
Şekil 5.6. Cinsiyete göre katılımcıların gün içerisinde yemek arası verme sayıları

Grafikte, çalışanların gün içinde büyük oranda (%62,10) bir defa yemek arası verdiği, %25'inin ise günde iki defa yemek arası verdiği, yaklaşık %10'luk grubunda 2'den fazla yemek arasına çıktıkları tespit edilmiştir. Yemek arasında çalışanların nerede yemek arası verdiklerini gösterir grafik ise aşağıda gösterilmektedir. Grafik incelendiğinde işverenlerin yaklaşık %60'ının çalışanlarına doğrudan yemek temin etmediği, geriye kalan %40'luk grupta ise; işverenlerin çalışanlarına işyerlerinde yemek temin ettiği anlaşılmaktadır.



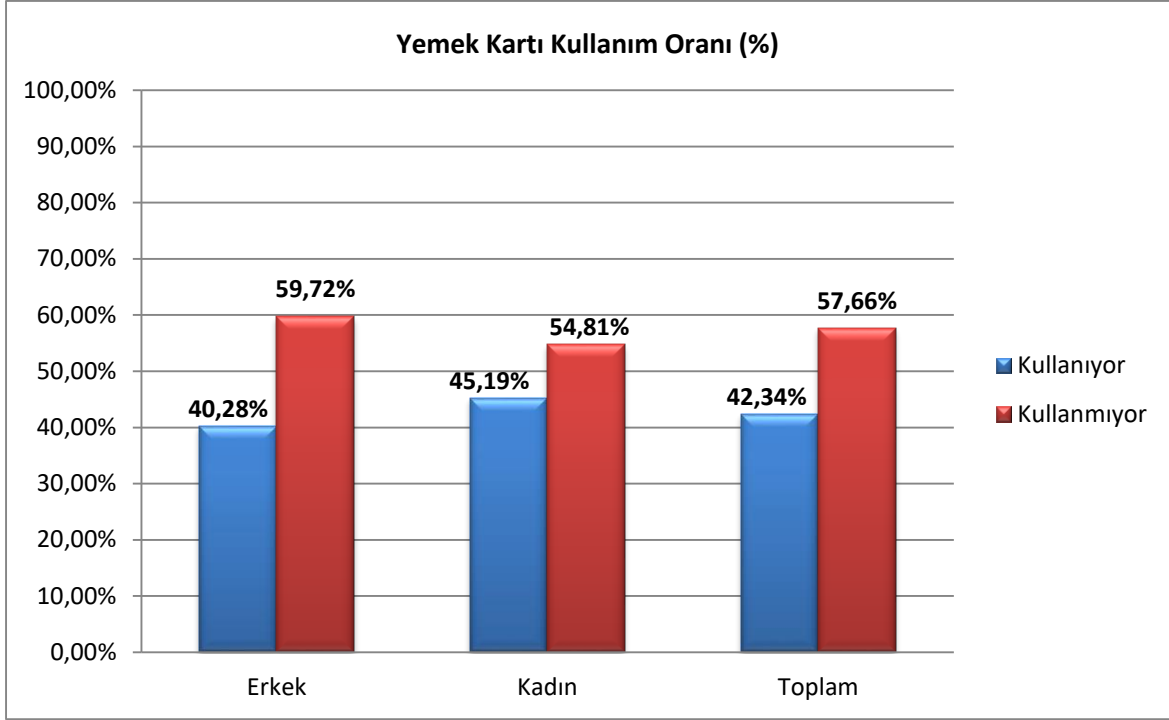
Şekil 5.7. Cinsiyete göre katılımcılara işverenleri tarafından yemek temin edilme oranları

Bu grafikten hareketle çalışanların büyük kısmının işyeri dışında yemek yedikleri değerlendirilmektedir. Bu noktada şunu da ifade etmek gerekir ki, işyerinde yemek temin eden işletmelerin bazıları da dışarıdan yemek getirterek çalışanlarına yemek temin etmektedir.



Şekil 5.8. Cinsiyete göre işverenleri tarafından temin edilen yemek türlerinin oranları

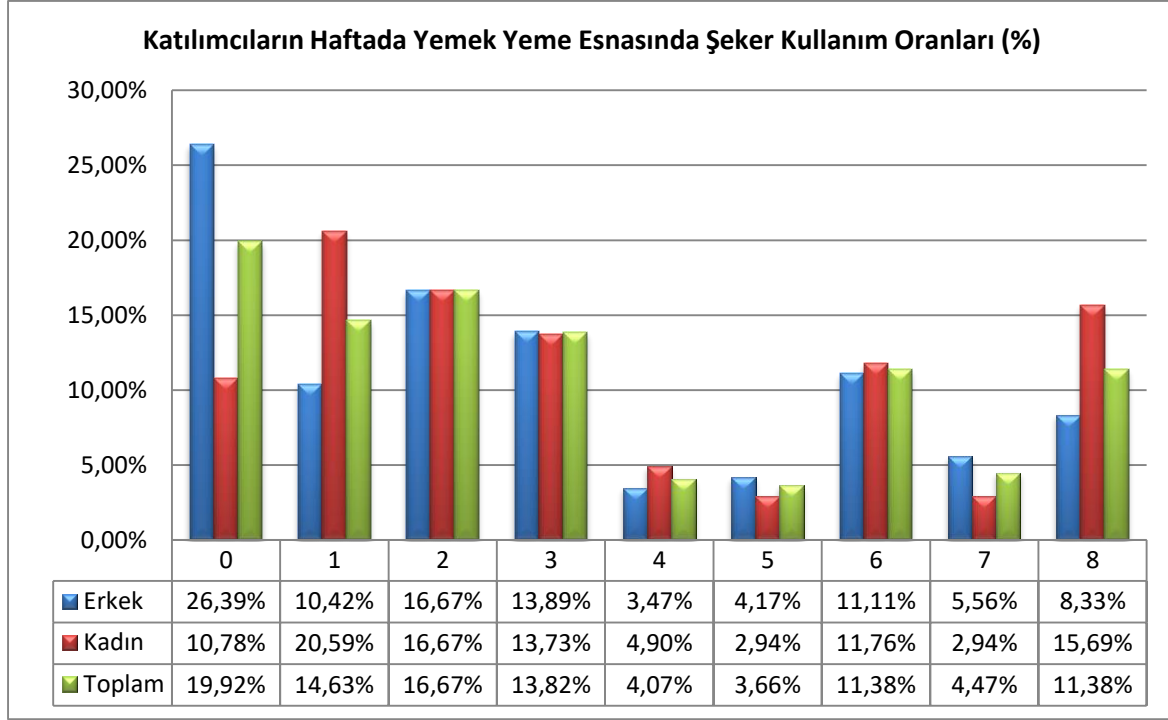
Yukarıda yer alan grafikte, bir önceki grafikte işverenlerinin yemek temin ettiğini beyan eden katılımcıların hangi türde gıda aldıkları ve diğer olarak ifade edilen istisnalar ifade edilmektedir. Çalışanların %18,88'inin ev yemeği, %18,18'inin hızlı yemek (fast food), %32,87'sinin her iki türde gıda aldıkları ifade edilmektedir. Diğer olarak ifade edilen grupta yer alan çalışanlar ise işyerinde kendi imkânları temin ettikleri gıdaları tüketmektedir. Bu grupta yer alanlar yemek karşılığı ücret alsın ya da almasın kendi imkânları ile temin ettikleri gıdaları işyerlerinde tüketmektedirler.



Şekil 5.9. Cinsiyete göre katılımcıların yemek kartı kullanım oranları

Yukarıdaki grafikte, işyerinin yemek temin etmediği ancak ticket, sodekso gibi yemek kartları aracılığıyla yemek parası temin edilen çalışan sayısının oranları yer almaktadır. İlgili grafiğe göre daha önce ifade edilen işyerinin yemek temin etmediği yaklaşık %60'lık grup içerisinde yemek kartı kullanım oranları yer almaktadır. Grafiğe göre, %60'lık grubun %42,34'ü yemek kartı kullanmakta, %57,66'lık grubu yemek kartı kullanmamaktadır. Yemek kartı kullanmayan bu grubun nakden yemek desteği aldığı değerlendirilmektedir.

Bundan sonraki grafiklerde, katılımcıların şeker tüketim miktarları, biçimleri ve cevaplarının tutarlılığının ölçülmesine dayalı sorular ile yemek menülerinde yer alan patates kızartmasının tüketim miktarına ilişkin sonuçlar paylaşılmaktadır.



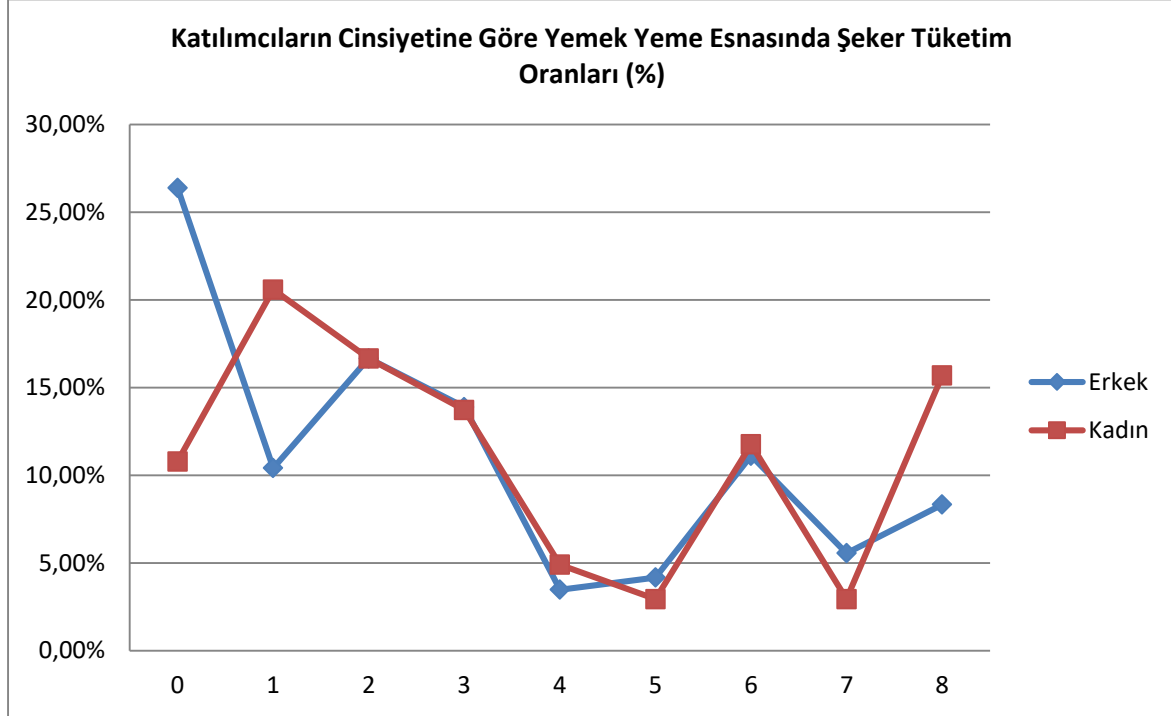
Şekil 5.10. Cinsiyete göre katılımcıların hafta içerisinde yemek yeme esnasında şeker kullanım oranları

Yukarıdaki grafikte, eksik bilgi giren iki kadın katılımcı hariç tüm katılımcılar katılmıştır. Grafikte, katılımcıların haftada öğün esnasında kaç defa şeker tüketimi yaptıkları tespit edilmek istenmiştir. İlgili grafikte katılımcıların toplamda %19,92'sinin hiç şeker tüketmedikleri gözlenmekle birlikte bu oranın erkeklerde %26'39'a çıktığı, kadınlarda %10,78'e düştüğü gözlenmektedir. Bu sonuca bağlı olarak AVM'de çalışan kadınların toplamda erkeklere göre yaklaşık %15 oranında daha çok öğün esnasında şeker tüketimi yaptıkları gözlenmiştir. Yine, ilgili grafikte çalışanların %80,08 oranında işyerinde yemek esnasında haftada en az bir kez şeker tükettikleri gözlenmektedir. Bu grup içerisinde haftada sekiz defa²⁵⁸ ile %11,38'lik dilim en yüksek oranda şeker tüketimine sahiptir.

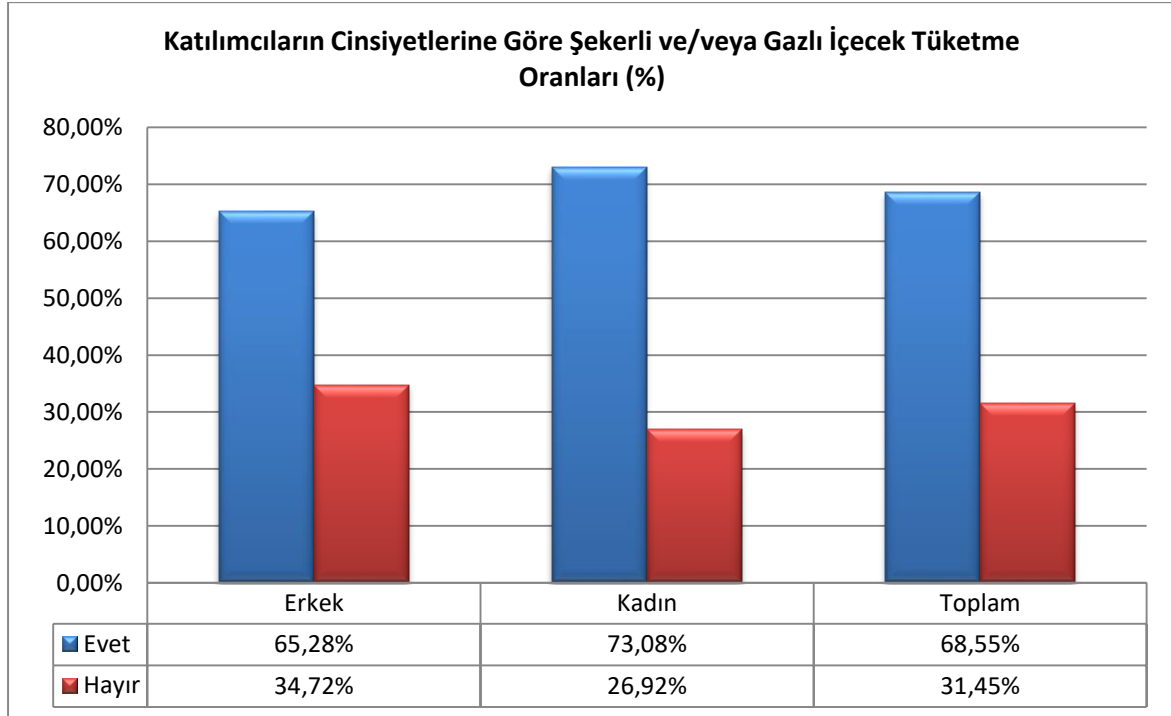
Diğer yandan, aşağıdaki grafikte cinsiyete göre şeker tüketim oranları gösterilmektedir. Tüm sayılarda kadınlar ile erkekler arasında eğilimlerin genellikle paralellik arz ettikleri, sadece şeker tüketiminin yapılmaması ile yüksek düzeyde şeker

²⁵⁸ (8) rakamı yazılmasındaki amaç: AVM'nin açık olduğu 7 gün boyunca çalışanların en az bir kez yemek arası verdiği varsayımı altında, haftada en az bir gün birden fazla yemek esnasında şeker alımı olup olmadığının ölçülmesidir.

tüketim adedi (8) arasında ciddi sapmaların olduğu ve kadınların erkeklere göre bu başlık altında daha çok şeker tükettikleri değerlendirilmektedir.

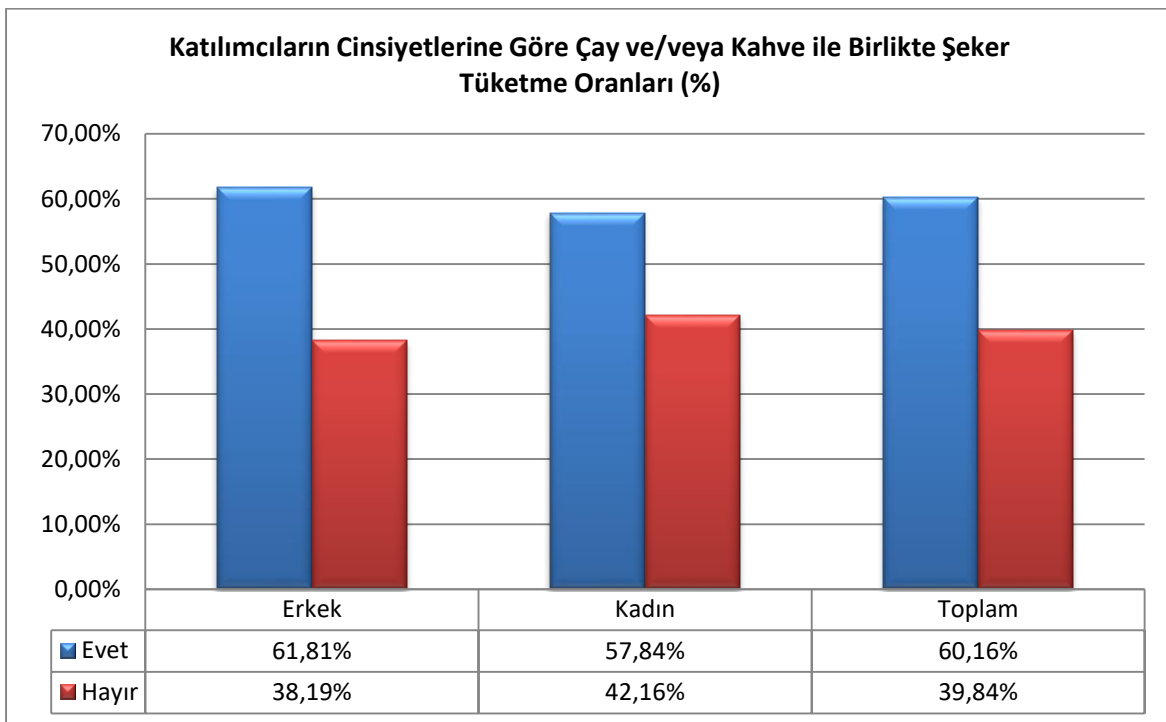


Şekil 5.11. Cinsiyete göre katılımcıların haftada yemek yeme esnasında şeker tüketim miktarları



Şekil 5.12. Cinsiyete göre katılımcıların şekerli ve/veya gazlı içecek tüketme oranları

Bir önceki grafikten hareketle, yukarıda yer alan grafikte cinsiyetlere göre katılımcıların şekerli ve/veya gazlı içecek tüketim oranları gösterilmektedir. Bir önceki grafikte kadın katılımcıların şeker tüketim miktarlarının düşük ve yüksek miktarlarda erkeklerden fazla oldukları gözlenmişti. Bu grafik de, önceki sonucu destekler nitelikte ve kadın katılımcılar erkek katılımcılara göre yaklaşık %8 oranında daha fazla şekerli ve/veya gazlı içecek tüketimi yapmaktadırlar. Genel oranlara bakılacak olursa; katılımcıların yaklaşık %69'u şekerli ve/veya gazlı içecek tüketmektedirler ki bu oranın endüstriyel şeker tüketimi açısından yüksek olduğu değerlendirilmektedir.

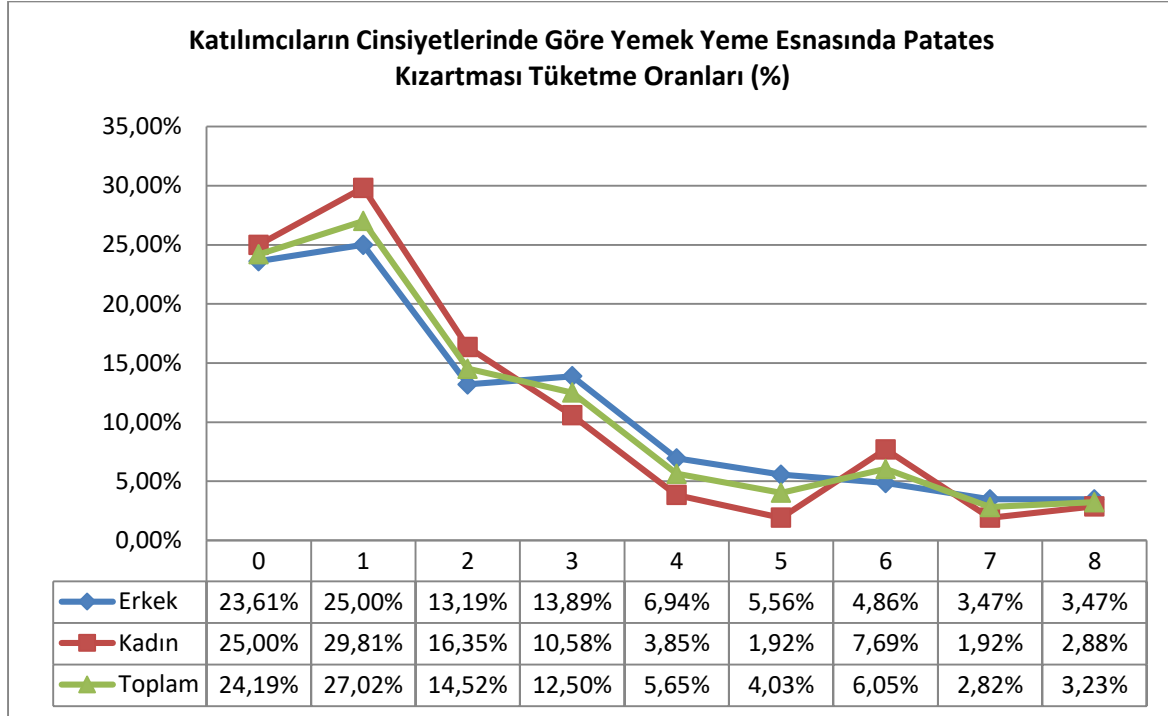


Şekil 5.13. Cinsiyete göre katılımcıların çay ve/veya kahve ile birlikte şeker tüketim oranları

Bir başka grafikte ise; yine önceki grafiklerden hareketle katılımcıların şekerli ve/veya gazlı içecek harici çay, kahve vb. içeceklerde şeker kullanımı ölçülmek istenmiştir. Bu içecek grubunda da önceki grafiklere paralel olarak toplamda %60'lık şeker kullanımı tespit edilmiştir. Ancak, diğer grafiklerden farklı olarak erkek katılımcılar, kadın katılımcılara nazaran yaklaşık %62 oran ve %4 fark ile daha çok şeker tüketimi yapmaktadırlar.

Aşağıdaki grafikte, şeker tüketiminden bağımsız olarak işletmelerin menü içeriklerinde patates kızartmasına yer vermeleri sonucu bu durumun işyerinde yemek tüketimi yapan çalışanların yeme alışkanlıklarına bir etkisinin olup olmadığı ve

katılımcıların hızlı yemek (fast food) gıdalara eğilimine ilişkin ipuçları vermesi amaçlanmıştır.



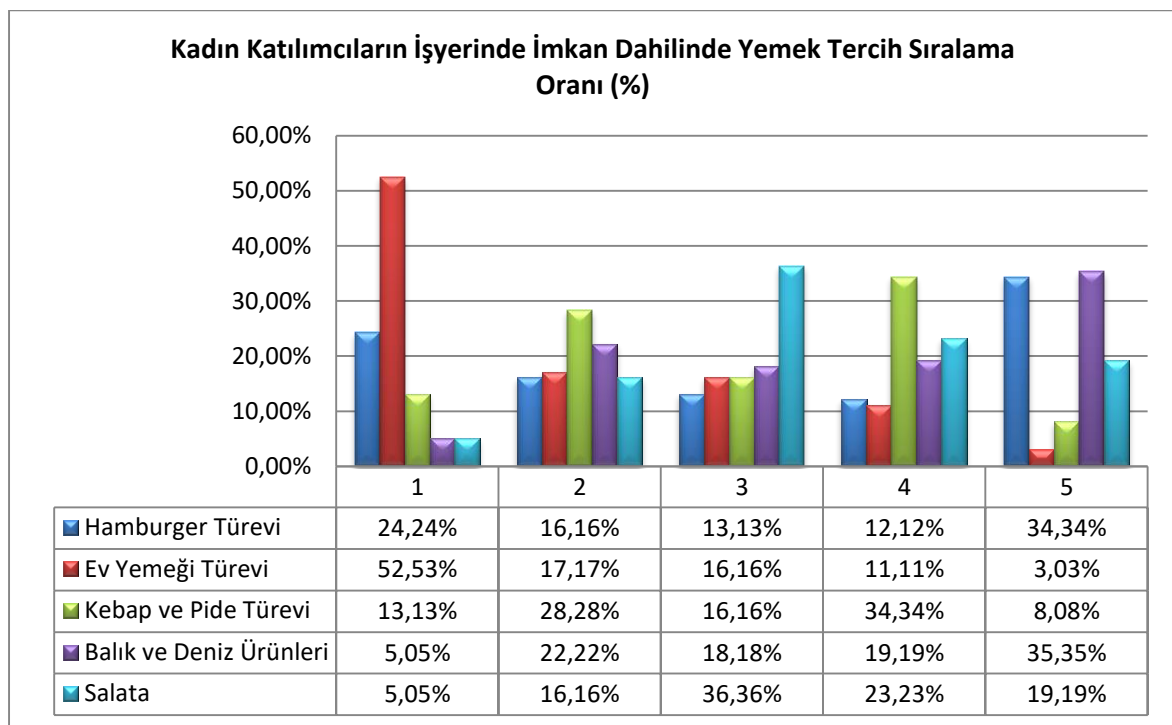
Şekil 5.14. Cinsiyete göre katılımcıların yemek yeme esnasında patates kızartması esnasında patates kızartması tüketim miktarları

Grafikte gözlemlendiği üzere, kadın ve erkek katılımcılar arasında haftalık patates kızartması tüketim miktarları belirgin farklılık göstermemektedir. Ancak, katılımcıların yaklaşık $\frac{1}{4}$ 'ü yemek esnasında hiç patates kızartması tüketmez iken katılımcıların % 27'si haftada bir defa patates kızartması tüketmektedir. Buradan hareketle katılımcıların yarısının patates kızartmasını yemek esnasında hiç ya da çok az tercih ettikleri söylenebilir. Diğer yandan, katılımcıların %16,13'ü haftada en az 5 ve üzeri miktarda yemek esnasında patates kızartması tüketmektedirler.

Yukarıda ifade edilen oranlar şeker tüketimi açısından yüksek patates kızartması tüketimi açısından düşük olmakla birlikte, katılımcıların tüketim davranışları konusunda ipuçları vermektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığının obezite ile mücadele ettiği, vatandaşları hareketli bir yaşama yönlendirme çabaları ve dengeli beslenme üzerine yapılan vurguların sahada etki düzeyinin yeterli olmadığı gözlenmektedir.

5.2.4. Yemek Tercih Sıralaması

Aşağıda yer alan 3 grafikte, cinsiyete göre ve toplam katılımcıların işyerlerinde, işverenleri veya AVM içerisindeki yemek işletmelerinin sunduğu yemek türleri açısından tercih sıralamaları gözlenmek istenmiştir. Bu sorunun temel çıkarımı, çalışanların yemek tüketimlerinde tercihlerini ortaya koyma imkânları olup olmadığının ya da tercih imkânı olsa bile belli bir tür gıdayı tüketme yönünde tercihte zorlandıklarının ortaya konmaya çalışılmasıdır.

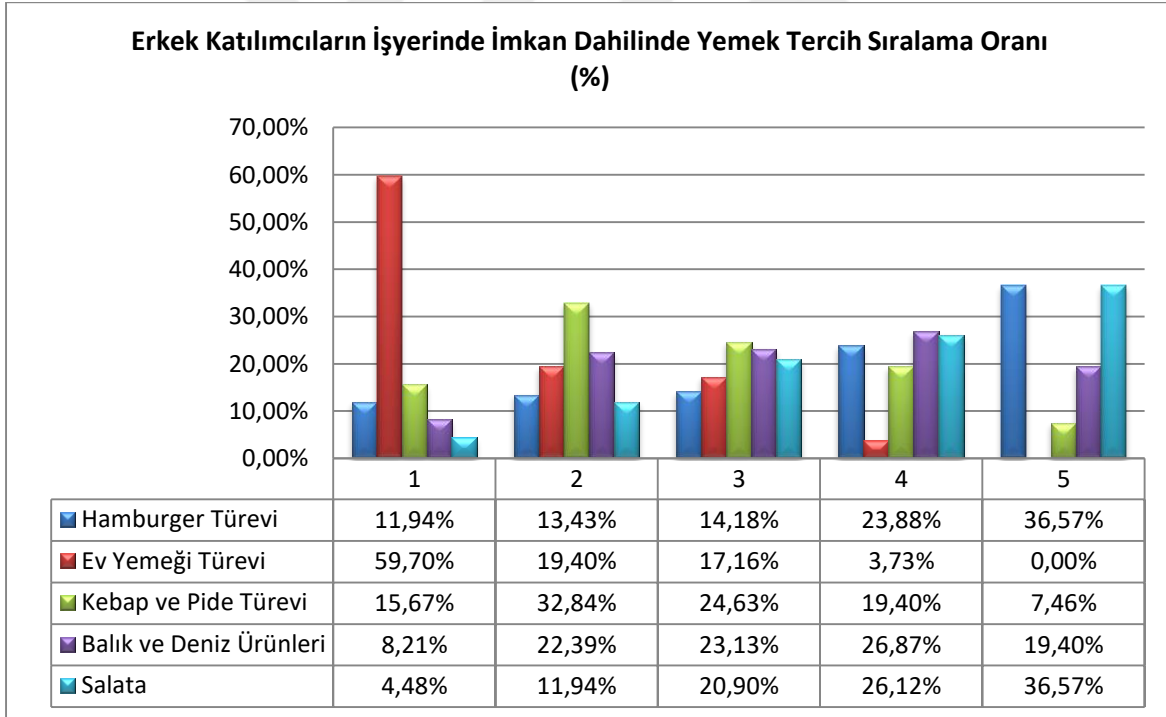


Şekil 5.15. Kadın katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları

5 kadın katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Yukarıdaki grafikte, kadın katılımcıların yaklaşık %53 ile ev yemeği türevi olduğu, onu sırasıyla %24 ile hamburger türevi, %13 ile kebab ve pide türevi, %5 ile balık ve deniz ürünleri ile salatanın takip ettiği tespit edilmiştir. Diğer yandan, kadın katılımcıların %35'i balık ve deniz ürünleri, %34'ü hamburger türevi, %19'u salata, %8'i kebab ve pide türevi, %3'ü de ev yemeğini tercihte son sıraya koymuştur. Bu sonuçları şu şekilde yorumlamak yerinde olacaktır:

- Kadın katılımcılar en çok ev yemeği ve türevlerini, en az balık ve deniz ürünleri türevi ile salatayı tercih etmektedirler.
- Kadın katılımcılar en son sırada tercihlerinde ilk iki sırayı balık ve deniz ürünleri ile hamburger almaktadır. Bu istatistikte, kadın çalışanlar balık ve türevlerinin sunum şekillerinden, fiyatından, doyurucu olması ya da sunulan balık türlerinden kaynaklı bu grubu tercih etmiyor olabilir. Ancak, hamburgerin tercih edilmeme sebeplerinin sağlıklı bir gıda olmadığı yönünde değerlendirme yapmak yerinde olacaktır. Zira tüm yemek grupları içerisinde en ucuz menüye sahip ürün grubu hamburger ve türevleri olmaktadır.
- En son sırada tercihlerde %3 ile en düşük orana sahip olan ev yemeği ve türevi çalışanların çok büyük çoğunluğunun bu yemek ve türevlerini tercih ettiklerini göstermektedir.



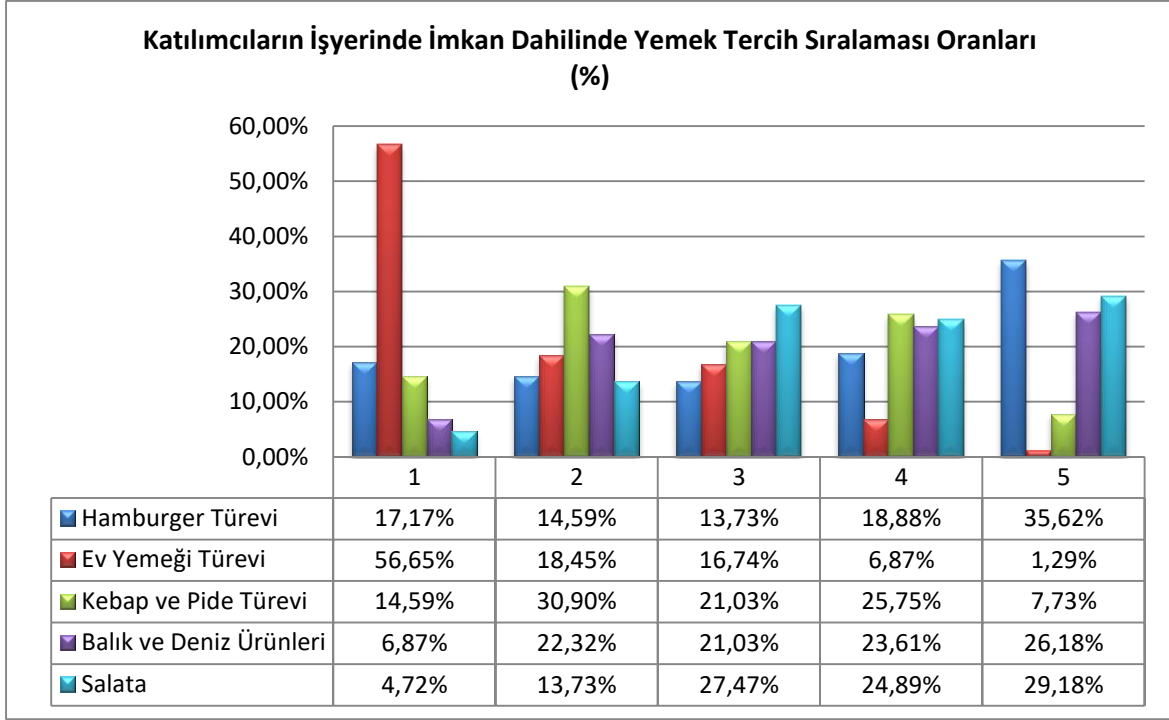
Şekil 5.16. Erkek katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları

10 Erkek katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Erkek katılımcıların yemek tercihlerini gösteren yukarıdaki grafikte; birinci tercihte ilk sırayı yaklaşık %60 ile ev yemeği ve türevi, ikinci sırayı %15,67 ile kebab ve pide türevi,

üçüncü sırayı %11,94 ile hamburger türevi, dördüncü sırayı % 8,21 ile balık ve deniz ürünleri ve son sırayı %4,48 ile salata almaktadır. Erkek katılımcılarda son tercihe hiçbir katılımcı ev yemeği ve türevini işaretlememiştir. Bu şık dışında, %36,57 ile hem hamburger türevi hem de salata katılımcıların son tercihi olmuş, onu %19,4 ile balık ve deniz ürünleri türevi ve % 7,46 ile kebab ve pide türevi takip etmiştir. Yukarıda yer alan oranları erkek katılımcılar içinde topluca değerlendirmemiz gerekirse:

- Kadın katılımcılarda olduğu gibi erkek katılımcılar arasında ev yemeği ve türevi tercihi ilk sırada yer almaktadır. Ancak, kadın katılımcılardan farklı olarak hem ev yemeği tercihini ilk sıraya yerleştiren erkek katılımcıların sayısı % 7 daha fazla hem de son tercih sırasında en yemeği ve türevini işaretleyen erkek katılımcı bulunmamaktadır. Buradan, erkek katılımcıların kadın katılımcılara nazaran ev yemeği ve türevini biraz daha fazla tercih ettikleri sonucuna varılabilir.
- Erkek katılımcılarda, ilk tercih sırasını ev yemeğinden sonra kebab ve pide türevi (%15,67) ve ondan sonra da hamburger türevi (%11,97) almaktadır. Halbuki kadın katılımcılarda ikinci sıra baskın şekilde hamburger türevinde (%24,24) olmaktadır. Bu değerlendirmede de, kadın katılımcıların erkek katılımcılara nazaran hamburger türevi gıdalara daha çok meylinin olduğu sonucuna varılabilir.
- Son olarak, erkek katılımcıların son tercihlerinde salata (%36,57) ve hamburger ve türevi (%36,57) ilk sırayı beraber paylaşırken, kadın katılımcılarda balık ve deniz ürünleri türevi (%35,35) ve hamburger türevi (%34,34) en üst iki sırayı paylaşmaktadır. Bu değerlerde, her iki cinstede hamburger ve türevinin en son tercihte ilk sırada yer alan ortak noktaları olduğu, kadınlarda balık ve deniz ürünleri türevi, erkeklerde salatanın diğer baskın son tercihleri olduğunu sonucunu ortaya çıkarmaktadır.



Şekil 5.17. Katılımcıların işyeri imkanlarına göre yemek tercih sıralamaları (toplam)

15 katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

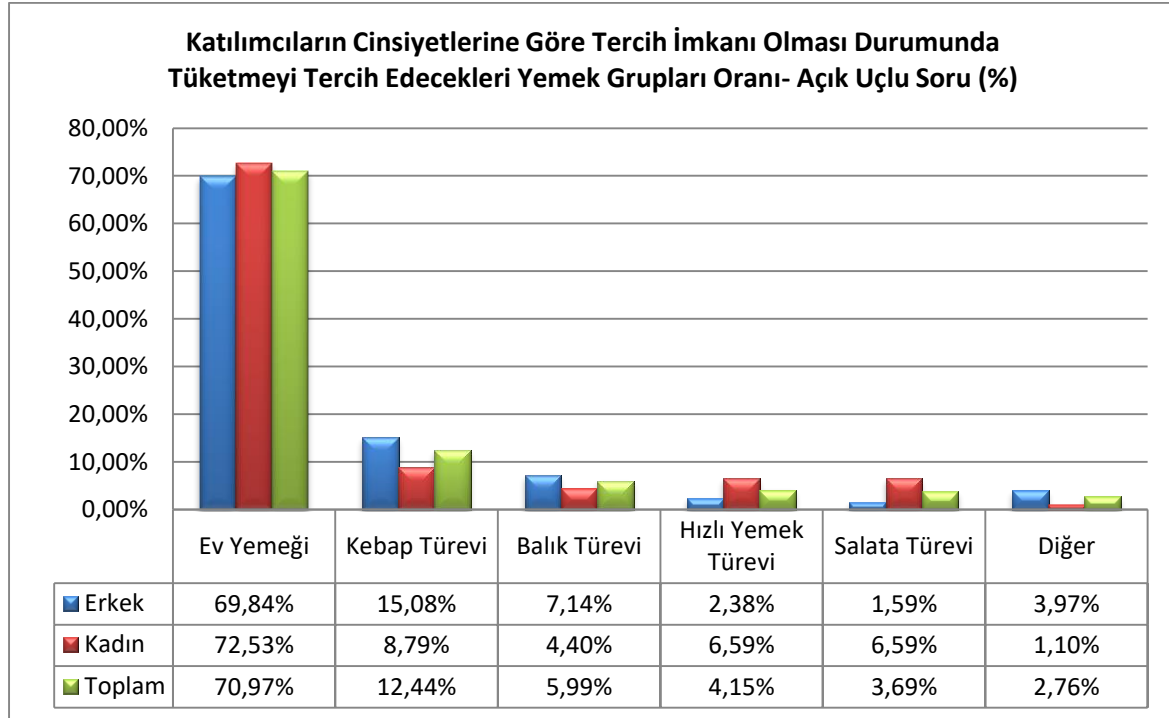
Tüm katılımcıların ortak değerlendirildiği yukarıdaki grafikte; daha önce cinsiyet temelinde yapılan değerlendirmelere paralel olarak ev yemeği ve türevinin %57 ile tercih sırasında en başta olması, onu sırasıyla %17 ile hamburger türevi, %15 ile kebab ve pide türevi, %7 ile balık ve deniz ürünleri türevi, %5 ile salatanın yer aldığı gözlenmektedir. Son tercihte, ilk sırayı %36 ile hamburger türevi, %29 ile salata, %26 ile balık ve deniz ürünleri, %8 ile kebab ve pide türevi ve son sırayı %1 ile ev yemeği türevi almaktadır.

Yukarıdaki grafikte dikkat çeken bir diğer nokta, katılımcıların ilk tercihlerine ulaşamamaları ya da istememeleri durumunda ikinci tercihlerinin %30,9 ile kebab ve pide türevi olduğudur. Buda, ilk tercihi kebab ve pide türevi olmayan içerisinde katılımcıların üçte birinin (%36,17) kebab ve pide türevi gıdalara yöneldiğini göstermektedir.

Yukarıda yer alan istatistik ve bilgiler AVM’de çalışanların işverenlerince sunulan ya da kendi imkanları ile gıda tüketimlerine göre gerçekleştirmiş oldukları tüketim tercihlerini yansıtmaktadır. Aşağıdaki grafik ise; hem iktisadi koşulların uygunluğu hem talep edilen

gıdalara erişim imkanının var olduğu hem de tercih imkanlarının tamamen katılımcıların kendisinde olduğu varsayımı altında yemek tercihlerini göstermektedir.

Soru açık uçlu sorulmuş ve cevaplar araştırmacı tarafından kategorize edilmiştir. Bu sayede katılımcıların tercihlerinin açık şekilde ortaya konması ve mevcut durum ile karşılaştırılabilir olması sağlanmıştır.



Şekil 5.18. Cinsiyete göre katılımcıların arzu ettikleri yemek yeme sıralamaları

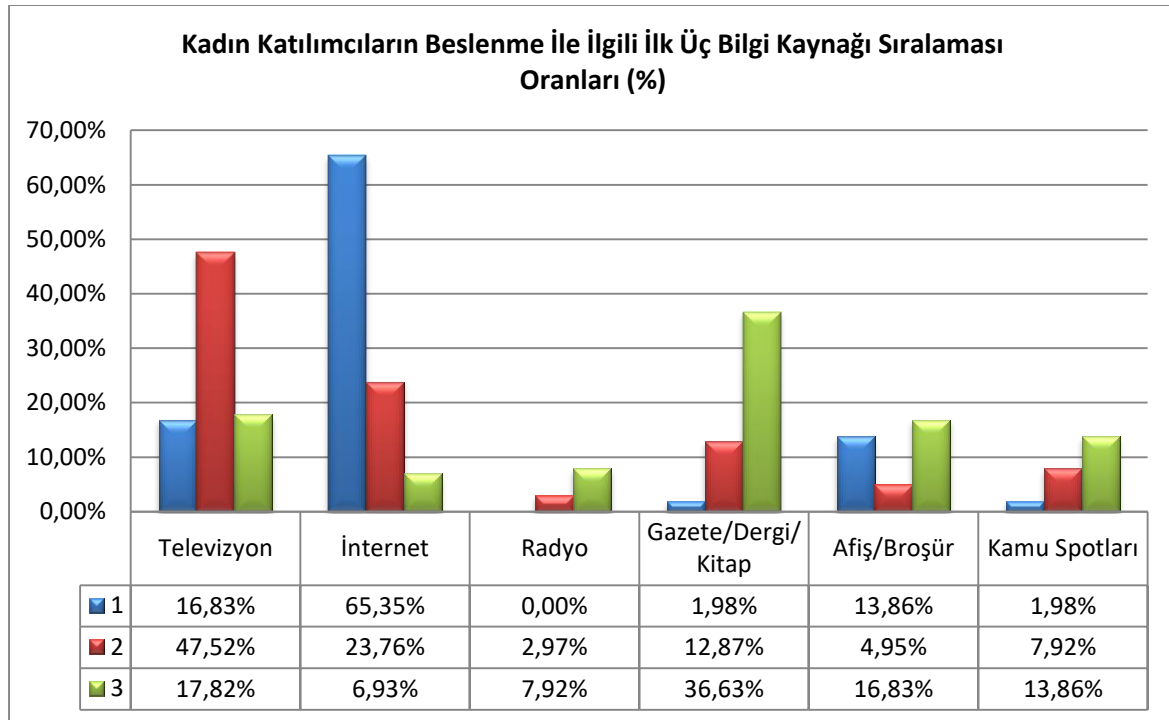
Erkeklerde 18, kadınlarda 13 kişi soruya eksik ya da yanlış cevap vermeleri sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Yukarıdaki grafikte, katılımcıların yaklaşık %71'inin ilk tercihinin ev yemeği türüvi olduğu, sonrasında %12,44 ile kebab türüvinin geldiği, devamında sırasıyla; %5,99 ile balık ve deniz ürünleri türüvi, %3,69 ile salata türüvi ve %2,76 ile diğer tercihler gelmektedir. Diğer grubu içerisinde sakatat vb. gıdalar tercih olarak ortaya konmuştur. Dikkati çeken bir diğer istatistik ikinci tercihlerde erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla (yaklaşık %7) daha çok kebab ve türüvi gıdalara yöneldiğidir. Yine diğer bir istatistik, erkek katılımcıların kadın katılımcılara nazaran %3 oranında diğer grubu gıdalara yönelmesidir. Ancak bu farklılıklar çok büyük oranda olmamakla birlikte çalışanların ev yemeği tercihlerinde belirgin şekilde mevcut durumun farklılık gösterdiği gözlenmektedir.

Mevcut durum ile çalışanların tercihlerini yansıtan grafikler karşılaştırıldığında mevcut durumda %56,65 oranında ilk sırada ev yemeği türevlerini tercih ederken, katılımcıların kendi tercihlerini uygulayabilmesi halinde bu oran %70,97'e çıkmaktadır. Yani, yaklaşık olarak %15 artış göstermektedir. Keza, buna paralel olarak diğer yemek türevlerinde tercih edilirlilik belli yüzdelerde azalmaktadır. Burada şu noktaya açıklık getirmek gerekmektedir. AVM'lerin iki tanesinde çalışanların büyük bir kısmı aynı zamanda işletme sahibidirler. Bu katılımcıların kendi imkanları ile gıda temin ettikleri ve bu gıdaların büyük bir oranda ev yemeği ve türevi olduğu dikkate alındığında aslında işletme sahibi olmayan çalışanların ev yemeği türevi tercihlerinde artış oranının çok daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Zira, bu iki AVM'de kendi tercihi ilk sırada ev yemeği olarak ifade edenlerin oranı %54,41'dir. Bu oranın genel ortalamasının altında (%70,97) kalması işletme sahibi tercihlerinin sonucu etkilediğini göstermektedir.

5.2.5. Beslenmeye İlişkin Bilgi Kaynakları

Anket çalışmasının son sorusunu oluşturan ve beslenmeye ilişkin olarak katılımcıların hangi kaynaklarından bilgi temin ettiği tespit edilmeye çalışılmıştır.

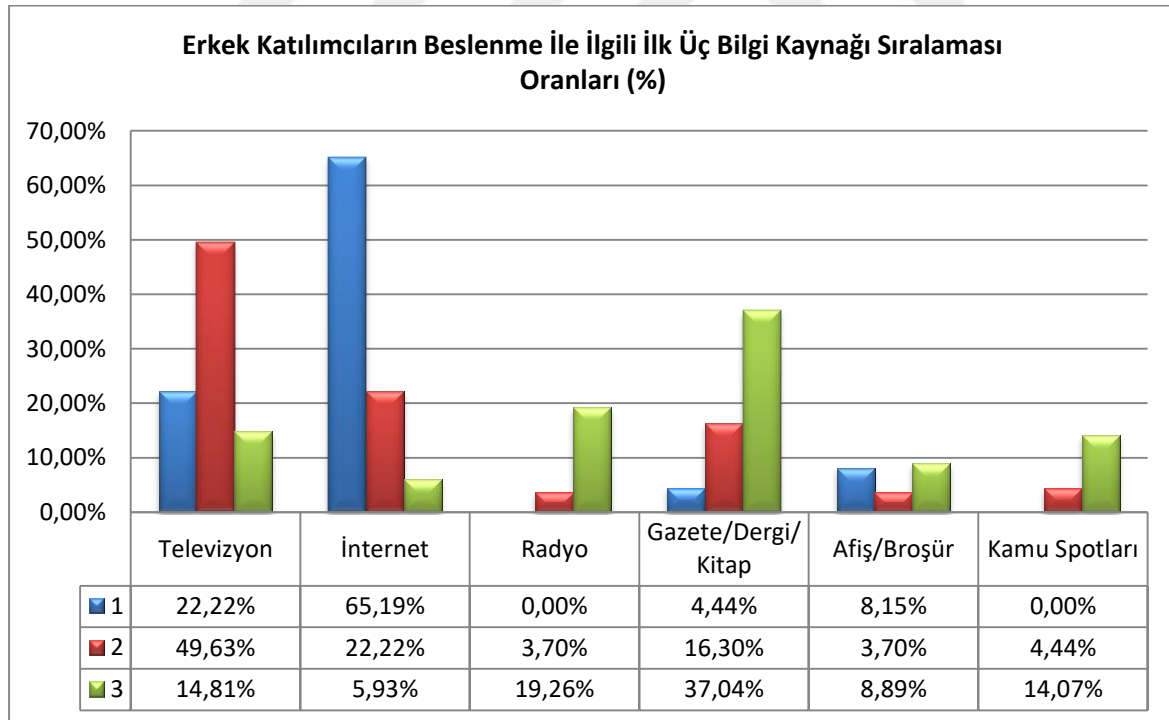


Şekil 5.19. Kadın katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları

3 kadın katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Yukarıdaki grafikte, kadın katılımcıların %65'inin ilk bilgi kaynağı olarak interneti kullandıkları, diğer %35'lik grupta ilk bilgi kaynağının televizyon, sonrasında afiş/broşür, gazete/dergi/kitap ve son sırada kamu spotu olduğu tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların tamamı ilk tercih olarak radyoyu bildirmemişlerdir. İkinci tercihte ise, ilk sırayı %48 ile televizyon almaktadır. Onu %24 ile internet takip etmekte, sonrasında %13 ile gazete/dergi/kitap, %8 ile kamu spotları, %5 ile afiş/broşür ve son olarak %3 ile radyo gelmektedir. Son tercih sıralamasında ilk sırayı %37 ile gazete/dergi/kitap, sonrasında sırasıyla; %18 ile televizyon, %17 ile afiş/broşür, %14 ile kamu spotları, %8 ile radyo ve %7 ile internet gelmektedir.

Tüm tercihler dikkate alındığında kadın katılımcılarda ilk bilgi kaynağı internet, ikincisi televizyon, üçüncüsü ise gazete/dergi/kitap gelmektedir.

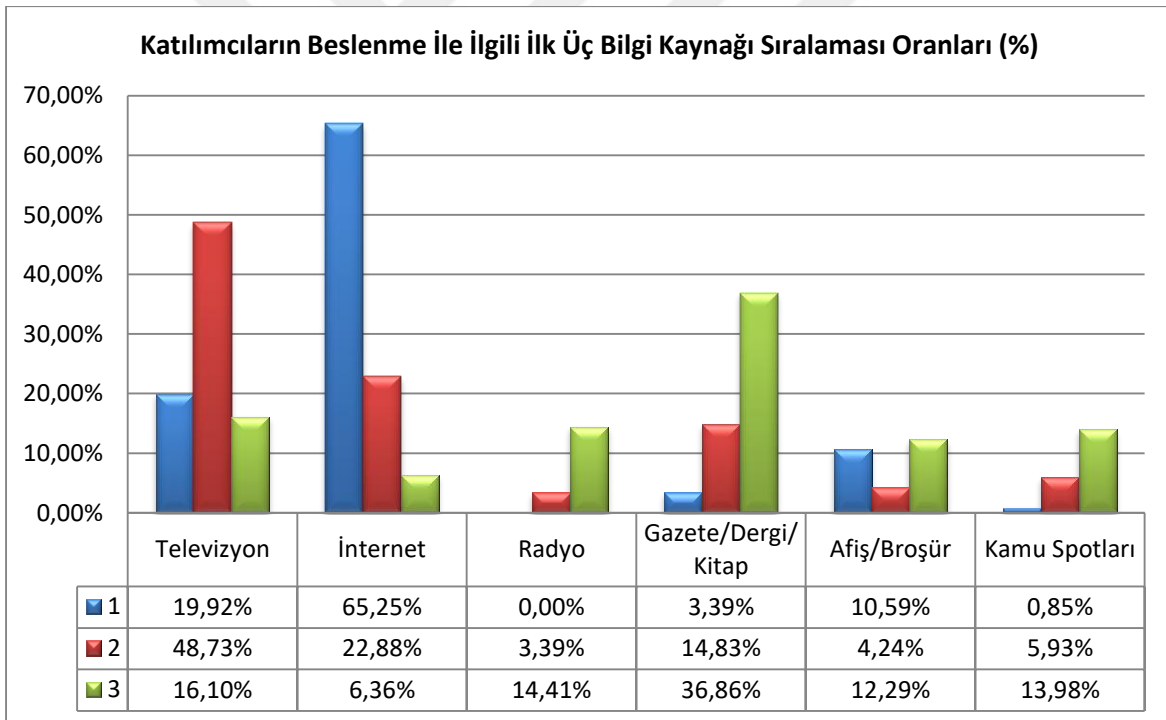


Şekil 5.20. Erkek katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları

9 erkek katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Erkek katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde ise, ilk sırayı %65 ile internet, ikinci sırayı %22 ile televizyon ve üçüncü sırayı %8 ile afiş/broşür almaktadır. Erkeklerde, ilk tercihte kadınların radyodaki tercih bildirmemesine ek olarak kamu spotları da tercih olarak bildirilmemiştir. Erkeklerin ikinci tercihleri %50 ile televizyon olmaktadır. Devamında, ikinci sırayı %22 ile internet, %16 ile gazete/dergi/kitap üçüncü sırayı almaktadır. Son tercih sırasında ilk sırayı %37 ile gazete/dergi/kitap, %19 ile radyo, %15 ile televizyon, %14 ile kamu spotları ve %6 ile internet yer almaktadır.

Erkek katılımcıların tercihleri bütünüyle ele alındığında, kadın katılımcılara benzer şekilde ilk sırayı internet, ikinci sırayı televizyon ve üçüncü sırayı gazete/dergi/kitap almaktadır. Diğer bilgi kaynaklarının katılımcılar üzerinde etkisi olmakla birlikte bu etkinin sınırlı olduğu değerlendirilmektedir.



Şekil 5.21. Katılımcıların beslenme ile ilgili bilgi kaynağı sıralamaları (toplam)

12 katılımcı soruya eksik ya da yanlış cevap vermesi sebebiyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

Anket çalışmasına ilişkin son grafikte ise; beslenmeye ilişkin bilgi kaynakları cinsiyet ayrımı yapılmadan karşılaştırılmıştır. Katılımcıların ilk tercihleri cinsiyet ayrımı yapılan tercih sıralamalarına paralellik gösterecek şekilde, %65 ile internet olmaktadır. İlk

terci sırasında ikinci %20 ile televizyon, %11 ile afiş/broşür, %3 ile gazete/dergi/kitap ve %1 ile kamu spotlarıdır. İkinci tercihte ilk sırayı %49 ile televizyon, ikinci sırayı %23 ile internet ve üçüncü sırayı %15 ile gazete/dergi/kitap yer almaktadır. Son tercihte ise; ilk sırayı %37 ile gazete/dergi/kitap, ikinci sırayı %16 ile televizyon, üçüncü sırayı %14 ile radyo almaktadır.

Bu istatistiklerden faydalanarak beslenme ile ilgili bilgi kaynakları sorgulaması açısından cinsiyet ayrımı yapılmadan değerlendirme yapılabileceği düşünülmektedir. Zira, tüm katılımcılarda baskın şekilde internet ilk sırayı, televizyon ikinci sırayı ve gazete/dergi/kitap üçüncü sırayı almaktadır. Diğer bilgi kaynaklarının etki düzeyi olmakla birlikte bu etki düzeyinin azımsanmayacak kadar çok ancak abartılamayacak kadar da sınırlı olduğu sonucu çıkarılabilir.

5.3. Değerlendirme

Ankete katılan 248 çalışanın %58'i erkek (144 kişi) %42'si (104 kişi) kadındır. Anket yapılan AVM'lerde büyük oranda genç yaş grubunda istihdam yapılmaktadır. Erkek çalışanların %50,8'i, kadın çalışanların % 56,3'ü 30 yaş altındadır. 30'lu yaş grupları da dahil edildiğinde bu oran erkeklerde, %81,2, kadınlarda %82,5'e ulaşmaktadır. AVM'lerde çalışanların çok büyük bir çoğunluğunun ayakta, esnek çalışma sürelerine uyum sağlayabilecek kişilerden oluştuğu ve hizmet sektörüne yönelik olarak istihdam edildiği göz önüne alındığında bu oranların olağan olduğu değerlendirilmektedir.

Çalışanların boy ve kilolarına ilişkin demografik özellikleri incelendiğinde, erkeklerde ortalama boy 1,76 cm, kilo 76,87 kg, vücut kitle endeksi 24,85 kg/m²; kadınlarda 1,64 cm, kilo 60,67 kg, vücut kitle endeksi 22,64 kg/m²'dir. Sağlık Bakanlığı Vücut Kütle Endeksi referans tablosuna göre çalışanların "normal kilolu" grupta yer aldığı ancak erkeklerde normal kiloluların sınır değer olan 24.9 kg/m² değere çok yaklaştığı ve ilerleyen dönemlerde bu yaş grubunda yer alan çalışanların fazla kilolu gruba dahil olacağı düşünülmektedir.

Çalışma süreleri açısından çalışanların hem kadınlarda (%93,20) hem de erkeklerde (%93,06) çok büyük oranda tam zamanlı çalıştıkları gözlenmiştir. Bu durum da AVM'lerin açık oldukları zaman dilimlerinin (10.00-22.00) uzunluğu göz önüne alındığında işverenlerin tam zamanlı istihdamı tercih ettiklerini göstermektedir. Mevcut çalışanların

ortalama olarak %50'sinin çalışma saatleri değişiklik göstermektedir. Haftalık çalışma saatlerinde yasal üst sınırın 45 saat olduğu değerlendirildiğinde ve AVM'lerin her gün 12 saat süre ile hizmet verdiği göz önüne alındığında bu sonucun çıkması olağan kabul edilebilir. Ancak şunu da ifade etmek gerekir ki çalışma süreleri sabit olan çalışanların gün içerisinde ne kadar süre ile çalıştıkları, çalışma süreleri açısından yasal sınırın aşılp aşılmadığı noktasında önem arz etmektedir.

Yukarıda ifade edildiği şekilde çalışanların çok büyük çoğunluğu tam zamanlı çalışmakta ve buna paralel olarak çok büyük çoğunluğu da (%95,55) yemek arası vermektedir. Bu oranın, tam zamanlı çalışanlar oranından (%93,12) yüksek olması ise yarı zamanlı çalışanların bir kısmının da yemek arası verdiğini ortaya koymaktadır. Yemek arası sayısı çalışanlara sorulduğunda, yine çoğunluğun %62,10 ile bir defa, %25 ile iki defa ve %9,68 ile 2'den fazla şeklinde cevap verdiği gözlenmiştir. Yukarıda çalışma sürelerine ilişkin belirtilen noktanın altının bir kez daha çizilmesi gerektiği düşünülmektedir. Zira, günlük çalışma süresinin uzun olmasına paralel yemek yeme ihtiyacının ortaya çıkacağı değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, günde iki ve ikiden fazla yemek arası veren çalışanların çalışma sürelerinin incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışanların %40'ına, işverenleri tarafından doğrudan yemek temin (işyeri gıda sektöründe ise o işyerinde üretilen yemekler ile ya da işverenin anlaştığı işletmeler aracılığı ile yemek temin etmesi) edilmekte iken, yaklaşık %60'ı yemek kartı (ticket, sodekso vb.), yemek parası veya kendi imkânları ile yemek tüketmektedirler. İşverence temin edilen gıdalarda %18'lik grup ev yemeği, diğer bir %18'lik grup hızlı yemek ve yaklaşık %33'lük grup her iki türde gıda tüketmektedir. Bu grupların dışında kalan %30'luk kesim ise kendi imkanları ile yemek ihtiyaçlarını gidermektedirler. Bu iki gösterge birlikte değerlendirildiğinde çalışanların %60'ı kendi tercihleri doğrultusunda dışarıdan gıda temin etmekte, geriye kalan %40 içerisinde de %30'luk grup (toplam içinde %12) yine kendi imkânları ile dışarıdan veya evden temin edilen gıdaları tüketmektedir. Yani, çalışanların %72'si gıda tüketimlerine kendi tercihlerini yansıtabilirken geriye kalan %28'lik kesim işverenin tercihleri doğrultusunda gıda tüketmektedir. Bu tercihlerde yine çevreden temin edilen ev yemeği türevi ya da hızlı yemek türevi ürünlerden oluşmaktadır.

Çalışanların, tükettikleri gıdaları birebir gözlemlene imkanı bulunmamasına karşın, bazı tüketim alışkanlıklarının ölçülerek tüketilen gıda türleri ile arasında bir ilişki kurulmaya

çalışılmıştır. Bu kapsamda, çalışanların haftalık yemek yeme esnasında şeker tüketip tüketmedikleri sorulmuş ve yemek ile paralel olarak içecek ya da yiyecek yoluyla vücutlarına şeker alıp almadıkları öğrenilmek istenmiştir. Bu çerçevede, çalışanların yaklaşık 5’de 1’i hiç şeker tüketmediklerini (kadınlarda %10,78, erkeklerde %26,39) ifade etmişler geriye kalan çalışanlar ise haftada en az bir kez yemek yeme esnasında şeker tükettiklerini belirtmişlerdir. Alt kırılımlara bakıldığında, çalışanların %11’lik kısmının (kadınlarda %15,69, erkeklerde %8,33) haftada en az 8 defa yemek esnasında şeker tükettikleri tespit edilmiştir. Hiç tüketmeyenler ile 8 ve üzeri tüketenler arasında cinsiyet yönünden kadınların şeker tüketimine erkeklere nazaran daha yatkın olduğu gözlenmiştir.

Yukarıdaki bilgiye paralel olarak, içecek yoluyla şeker alımı kadın çalışanlar ve erkek çalışanlarda benzer sonuç göstermiştir. Kadınlar (%73) erkeklere (%65) göre %8 daha yüksek oranda şekerli ve/veya gazlı içecek tükettiklerini ifade etmiştir. Buna karşılık, çay ve/veya kahve ile beraber şeker alımında erkek çalışanlar (%62) kadın çalışanlara (%58) göre %4 daha yüksek oranda şeker aldıklarını belirtmiştir.

Yine, çalışanların hızlı yemek tüketimlerinin ölçülebilmesi ve yaygınlaşan bir şekilde hızlı yemek türevi olmayan gıdaların da yanında patates kızartması verilmesi sebebiyle, patates kızartması tüketim miktarları öğrenilmek istenmiş bu kapsamda cinsiyet yönünden belirgin bir ayrım olmadığı tespit edilmiştir. Genel eğilim ise, çalışanların yaklaşık dörtte biri hiç patates kızartması tüketmemekte, %27’si bir kez, %15’i iki kez tüketmektedir. Geriye kalan çalışanların %34’ü haftada 3 ve üzeri patates kızartması tüketmektedir. Bu da bize anket yapılan her üç çalışandan birinin haftada en az 3 kez patates kızartması tükettiğini göstermekte, bu da hızlı yemek tüketimi eğiliminin AVM’de çalışanlar üzerinde azımsanmayacak düzeyde olduğunu işaret etmektedir.

Yukarıda paylaşılan noktalar çalışanların işyerlerinde buldukları esnada gıda tüketimlerine ilişkin mevcut durumu ortaya koymaya yöneliktir. Bundan sonra yapılacak olan paylaşımlarda çalışanların mevcut çevre içerisindeki yemek tercihleri ile kendi iradeleri ile tercih imkânları olması durumundaki tercihleri karşılaştırılarak hipotezlerin doğruluğu test edilecektir.

Mevcut çevresel koşul ve çalışma şartları altında, çalışanların yarısından biraz fazlasının (yaklaşık %57) ilk tercihi ev yemeği türevi gıdalar olmaktadır. Geriye kalan

çalışanlarda %17'lik kesimin ilk tercihi hamburger türevi, sonrasında %15'lik kesimin kebab ve pide türevi ile son %11'lük kesim balık ve deniz ürünleri ile salata şeklinde ilk tercihlerini ifade etmişlerdir. Son tercih sıralamasına bakıldığında çalışanların üçte biri hamburger ve türevi, yaklaşık %30'luk kesimi salata ve türevi, yaklaşık %27'lik kesimi ise balık ve deniz ürünlerini son sırada tercih etmiştir. Ev yemeği ve türevini son sırada tercih edenlerin oranı sadece %1,29'dur. Cinsiyet yönünden erkeklerin yaklaşık %60'ı ev yemeği ve türevini ilk tercihinine koyar iken kadın çalışanların yaklaşık %53'ü ev yemeği tercihinin ilk sırada ifade etmektedir. Bu grup dışında, ikinci sırada ilk tercihinin yansıtan erkek çalışanları %16 ile kebab ve pide türevini ifade ederken, kadın çalışanların %24'ü hamburger ve türevini ilk tercih olarak belirtmektedir. Erkek çalışanlarda hamburger ve türevi ürünleri ilk tercih olarak belirten çalışan oranı %12'dir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında, mevcut şartlar altında en çok ev yemeği ve türevlerinin tercih edildiği, sonrasında cinsiyet yönünden %12'lik bir ayrışma olduğu ve kadınlarda hamburger ve türevleri ile erkeklerde kebab ve türevlerinin ilk sırada tercih edildiği gözlenmiştir. Bu da bize kadın çalışanların erkeklere göre nispeten hızlı yemek tüketimine daha eğilimli olduğunu göstermektedir. Bir diğer değerlendirilebilecek husus, çalışanların salata ve deniz ürünlerine her iki cinsiyet grubunda da rağbet göstermediği yönündedir. Bunun arkasında yatan gerekçeler, İç Anadolu kültürünün daha çok tahıl ve et ağırlıklı olması (çalışanların İç Anadolu'da yetişip çalışmaya başladıkları varsayımı altında), salata ve deniz ürünlerinin gerek hijyen gerekse uygun fiyata tüketiciye sunulamaması ve son olarak doyuruculuk açısından yeterli porsiyon ya da lezzet açısından tatmin edici olamaması gibi gerekçelere dayandırılabilir.

Çalışanların tercih imkanlarının tamamen kendilerine ait olması durumunda yemek eğilimleri nasıl şekillenirdi? Bu soru çalışanlara açık uçlu sorulmuş ve tercihleri kategorize edilerek değerlendirme yapılmıştır. Bu çerçevede, çalışanların %71'inin ilk tercihi ev yemeği ve türevi olmaktadır. Onu sırasıyla, yaklaşık %13 ile kebab ve türevi, %6 ile balık ve türevi, %4 ile hızlı yemek ve türevi, yaklaşık %4 ile salata türevi ve son sırada yaklaşık %3 ile diğer (Sakatat, meze vs.) yiyecek türleri yer almaktadır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, çalışanların çoğunluğu ev yemeği ve türevi tüketmek istemekte, ancak buna erişimleri kısıtlanmaktadır. Bir diğer sonuç ise, kadınlarda ikinci ilk sırada çıkan hızlı yemek tercihinin gerçek iradenin yansıması durumunda, ancak düşük bir oranla (%7) üçüncü sırada yer aldığıdır. Bu sonuç, erkeklerde %2 ve dördüncü tercih sırasıdır. Şu noktanın da

altını vurgulamak gerekmektedir; çalışanların kendi tercihleri ortaya konduğunda bile kadın çalışanların erkek çalışanlara nazaran (%5) hızlı yemek tüketimine eğilimleri yüksek çıkmaktadır. Cinsiyete yönelik bir diğer sonuçta erkeklerin ev yemeği ve türevi tercihinden sonra ikinci sırada kadın çalışanlara nazaran (%7) daha yüksek oranda kebab ve pide türevini gıda olarak tercih etmeleridir. Bu da yine yukarıda ifade edilen gerekçelere paralel olarak gerek kültürel gerekse cinsiyete dayalı fizyolojik ihtiyaçlardan kaynaklanıyor olabilir.

Üçüncü bölümde detaylıca anlatıldığı üzere, insan sağlığını etkileyen birçok farklı etken mevcuttur. Buradan hareketle, çalışanların beslenmeye ilişkin tercihlerini etkileyebilecek önemli bir göstergede gerek yazılı ve görsel medyadır. Buna ilişkin değerlendirmede, beslenmeye ilişkin bilgi kaynaklarında kadınlarda ve erkeklerde ilk sırayı ilk tercih edenlerde %65 ile internet, ikinci sırayı kadınlarda yaklaşık %17, erkeklerde %22 ile televizyon, kadınlarda üçüncü sırayı %13, erkeklerde %8 ile afiş/broşür, kadınlarda dördüncü sırayı %2 ile gazete/dergi/kitap ve kamu spotları, erkeklerde %4 ile gazete/dergi/kitap almaktadır. Hiçbir kadın ve erkek katılımcı ilk tercihini radyo olarak belirtmemiştir. Ayrıca erkeklerde kamu spotları da ilk tercih olarak belirtilmemiştir. Katılımcıların geneli değerlendirildiğinde ilk bilgi kaynağının büyük oranda internet, ikincisinin televizyon ve üçüncüsünün gazete/dergi/kitap olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçta bize, çalışanların davranışlarının yönlendirilmesine ilişkin bir politika gerçekleştirilmek istendiğinde, hangi kanalların daha etkili olabileceğine ilişkin ipuçlarını vermektedir.

Nihayetinde, çalışmanın temel amacına uygun olarak 248 kişi üzerinde yapılan anket sonuçlarına göre AVM’de çalışanların yeme alışkanlıkları tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak ortaya konan “çalışanların yeme alışkanlıklarını pozitif yönde düzenleyen bir altyapının olmadığı” hipotezi, çalışanların arzu ettikleri gıdalar ile mevcut durumdaki tükettikleri gıdalar arasındaki tercih farklılıklarına bağlı olarak doğrulanmıştır. Yine ilgili hipotez, çalışanların tercihlerinin bir kısmının işveren tarafından şekillendirilmesi, diğerlerinin ise yemek arası için ayrılan zaman diliminde erişebilecekleri gıdalar ile sınırlandırılmıştır. Araştırma esnasında çalışanlar ile yapılan görüşmelerde de bu durum teyit edilmiştir. Bu bilgiler alt hipotezlerden:

1. “Çalışanların restoran, büfe vs. gibi yemek mekanlarında seçme imkanları kısıtlıdır.” hipotezi, gerek süre gerekse iktisadi ve işveren tercihleri doğrultusunda baştan kısıtlanmaktadır ve doğrulanmıştır.
2. “Çalışanların gıda tüketimine yönelik işyerlerinin herhangi bir sağlık içerikli politikası bulunmamaktadır.” hipotezi, ankete katılan çalışanların geri bildirimleri doğrultusunda doğrulanmıştır. Çalışanların sağlıklı gıdaya erişimine yönelik işverenleri ya da AVM yönetimini bağlayıcı herhangi bir kısıtlama ya da mevzuat bulunmamaktadır.
3. “Çalışanların gıda tüketim alışkanlıkları uygulanan ulusal sağlık politikaları ile çelişmektedir.” hipotezi, ulusal düzeyde uygulanan politikaların bütüncül olmamasından kaynaklı çelişkili sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Mevcut durumda, hareketli yaşam teşvik edilmekte, obezite ve kronik hastalıklar ile mücadele edilmekte iken, çalışanların sağlığını koruyucu ya da önleyici politikalar geliştirilmemesinden dolayı işgücü piyasası yeni sorunlar üretmektedir.
4. “Çalışanlara sunulan gıdaların besin değeri düşüktür.” hipotezi, çalışanların tüketim biçimlerinin belirli bir süre izlenme zorunluluğuna bağlı olarak anket yoluyla tam olarak test edilememiştir. Ancak, ankete katılan çalışanların tercihleri ve sözel geri bildirimleri dikkate alındığında gıda tercihlerini istem dışı yaptıkları ifade edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir ülkenin hem sosyal hem de iktisadi açıdan kalkınmasında demografik özellikleri başat rol oynamaktadır. Bu kapsamda Türkiye, çoğunluğu genç yaş grubunda olan yaklaşık 81 milyon nüfusu ile büyük potansiyele sahip gelişmekte olan ülke kategorisindedir. Bu potansiyelin etkin ve verimli kullanılabilmesi adına sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan toplumun dinamiklerinin açığa çıkarılması gerekmektedir. Bunun da en temel dayanağı önce bedenen sonra zihinsel açıdan bireylerin maddi ve manevi zenginleştirilmesiyle mümkün olabilir.

Çalışmada, yukarıda ifade edilen temel amaca ulaşma adına konunun hem sosyal politika hem de sağlık açısından örtüşen noktaları ele alınmış ve bu kapsamda saha çalışması yapılarak ortaya konan hipotezlerin doğruluğu test edilmiştir. Gerek literatürde konunun bilimsel boyutu gerekse uygulamada ortaya konan eksiklikler ve/veya yanlışlıklar irdelenmiş ve bu sayede konuya çeşitli öneriler getirilmesinin yolu açılmıştır.

Bu minvalde, Türkiye’de sağlık politikasının ve sosyal politikanın ortak hareket edeceği belirli bir çerçeve olmadığı tespit edilmiştir. Bireylerin sağlığı, önleyici politika olarak sadece “koruyucu sağlık hizmetleri” çerçevesinde ele alınmakta ve bireylerin geçmişte ölüm düzeyi yüksek hastalıklara karşı korunması, salgın niteliği taşıyacak hastalıklara karşı korunması ve bilgilendirilmesi çerçevesinde uygulandığı, gerek Kalkınma Planları (6., 7., 8., 9. ve 10.) çerçevesinde konan hedefler gerekse kurumların görev tanımlarına bağlı uyguladıkları politikalar çerçevesinde ortaya konmuştur. Halbuki, 10. Kalkınma Planında sorun olarak ortaya konan ve çözüm önerileri getirilmeye çalışılan “Obezite” konusunun çok boyutluluğu maalesef dikkate alınmamaktadır. Bireylere, hareketli bir yaşam sürmeleri, dengeli ve kaliteli beslenmeleri önerilirken gerek çevresel gerekse iktisadi koşullar göz önüne alınmamaktadır. Bunun sonucu uygulanan politikalar ya cılız bir kitleye hitap etmekte ya da etki düzeyi sınırlı kalmaktadır. Yaşanılan bu durum kök sorunların ortaya konamamasından ya da farkındalığının bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Keza, ülkenin sosyal güvenliğe bakış açısının da yukarıda bahsedilen noktalardan farklı olmadığını ifade etmek gerekmektedir. Özellikle sağlık sigortacılığı alanında önleyici politikalar geliştirilmesi bir yana sadece sağlık hizmetinin finanse edilmesi üzerine odaklı bir sigortacılık mantığı ile hareket edilmektedir. Bunun en iyi gözlemlendiği noktalar kurumların tuttuğu istatistiklerde kendini göstermektedir. Bilanço esaslı gelir ve

gider arasındaki negatif farkın denkleştirilmeye çalışılmasına dayalı tutulan istatistiklerin geleceğe dönük kestirim yapmanın önünde engel olduğu düşünülmektedir. Peter Drucker'in ifadesi ile ölçülemeyen şeylerin/değerlerin/kurumların vs. yönetilmesi de mümkün görünmemektedir. Buradan hareketle mevcut koşullarda sorun olan hususlardan ziyade gelecekte potansiyel sorun teşkil edecek konular üzerinde politikalar geliştirilmesi gerekliliği bulunmaktadır.

Gerek uluslararası istatistiklerde gerekse yürütülen çalışmada tespit edilen en önemli iki nokta uzun süreli çalışma ve sağlıklı gıdaya erişim sorunudur. Türkiye'nin uluslararası alanda rekabet etme zorunluluğu ve işsizlik baskısı, çalışanları hem uzun süreli çalışmaya hem de düşük ücrete katlanmaya zorlamaktadır. Bu ikili açmaz, potansiyel olarak çalışanların ilerleyen yaşlarda muhtemel karşılaşacakları sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır. Düşük ücret beraberinde düşük sosyal hakları getirmekte ya da hiç getirmemektedir. İktisadi yönden bireylerin ihtiyaçlarını doğru karşılayamaması, zaman açısından yeterli vakit ayırmamadan kaynaklı sosyal gelişiminin sağlanamaması toplumsal gelişime de zarar vermektedir. Diğer yandan, modern toplumun, yüksek miktarda kalorili yiyecek tüketimi, düşük miktarda posalı gıda ve mineral yönünden içeriği zayıf gıdaların tüketim biçimi ortaya konulmuş ve bunun doğru bir beslenme biçimi olmadığı vurgulanmıştır. Dolayısıyla bireyler, sosyo-ekonomik koşullarında iyileşme olmamasından kaynaklı sağlıkları ile ilgili rasyonel karar verememektedirler. Yürütülen anket çalışması da daha önce ifade edilen hususlara paralel olarak, çalışanların yemek tercihlerini istedikleri gibi yansıtamadıklarını, çevresel kısıtlardan ötürü sağlık açısından fayda düzeyi düşük ya da zararlı gıdaları tercih ettiklerini ortaya koymaktadır. Bu tercihlerin, etkisinin kısa sürede görülmemesine karşın uzun vadede kronik hastalıkların artmasında etkisi olacağı tezde paylaşılan akademik çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu tespitlere yönelik politikaların gerçekleştirilmemesi halinde nüfusu yaşlanma eğiliminde olan Türkiye'nin halihazırdaki 29 milyonluk işgücü yapısının, bozulması muhtemel gözükmemektedir. Olası senaryo sonucunda Türkiye'nin hem sosyal sigorta sisteminin çökmesi, hem sağlık sigortası sisteminin sürdürülemez hale gelmesi hem de toplumun üretkenliğini kaybetmesi boyutlarıyla ciddi finansal riskler ile karşılaşması olasıdır.

Yukarıda ifade edilen risk ve tespitlere dayanarak, Türkiye'nin risk önleyici sosyal politikalara ağırlık vermesi, konunun paydaşları olan bakanlık, kurum ve kuruluşları, Ekonomi Koordinasyon Kuruluna benzer şekilde bir organizasyona dönüştürmesi faydalı

olacaktır. Ayrıca, ilgili kurum ve kuruluşlarda da reorganizasyona giderek nitelikli personelini matris organizasyon yapısına uygun üretken şekilde değerlendirmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yine, kurum ve kuruluşların ortak çalışmaları ile mevcut işgücü yapısının ve çalışma ortamlarının yakından incelenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, gerek sektörel gerekse işletme boyutunda çalışanların hangi zaman dilimlerinde çalıştıkları ve verimliliklerinin düşük olduğu zaman dilimleri ortaya konmalıdır. Mevzuat, mevcut duruma uygun şekilde yeniden yazılmalı, verimi düşük olan zaman dilimlerinde ilgili sektörlerin çalışma saatleri yeniden düzenlenmelidir.

Dengeli beslenme, uygun barınma olanakları, iş güvencesi, mesleki tatmin gibi bireyin uzun ve kaliteli yaşam sürmesinde ayrı ayrı öneme sahip çeşitli unsurlar bulunmaktadır. Uluslararası rekabet nedeniyle Türkiye’de çalışanların uzun süreli çalışmaları ve işsizlik baskısına bağlı iş güvencesinin kısıtlı olması, düşük maliyetli ve kısa sürede hazırlanan enerji yoğun gıdalara olan talebi artırma riskini beraberinde getirmektedir. Bu risk, eğitim seviyesi düştükçe yoksulluk riskinin arttığı gerçeği ile birlikte değerlendirildiğinde gelecek kuşakların iktisadi ve eğitim yönüyle desteklenmemesi halinde arzu edilen dönüşümün sağlanamayacağına işaret etmektedir. Değişen teknoloji ve değişen çalışma şartları ile birlikte Türkiye’nin üretim yapısını nitelikli işgücüne dayandırması ve yaratılacak katma değerden çalışanların gelir yoluyla desteklenmesi toplumsal dönüşüm için zorunluluk göstermektedir.

Çalışanların sağlıklı gıdalara erişiminin sağlanabilmesi açısından AVM örneğinde olduğu gibi kaliteli gıda üretimi yapan firmalar teşvik edilmeli, çalışanların bu işletmelerden gıda temin edebilmesi adına KDV indirimi uygulanmalıdır. Bunun dışında AVM’lerin bünyesinde çalışanlara tabldot yemek verilebilecek hizmet alanları oluşturulması zorunluluğu getirilmelidir. Buna ek olarak, çalışanların dinlenme zamanlarını kullanmaları ve kapalı alanda çalışmadan kaynaklı oluşabilecek negatif etkilerin minimize edilmesi adına AVM’lerin çalışma saatleri yeniden düzenlenmelidir. Müşteri yoğunluğunun minimum olduğu zaman dilimlerinde AVM’lerin çalıştırılması yasalar ile sınırlandırılmalıdır. Bu sayede çalışan bireylerin kendilerine daha çok zaman ayırabilme imkanın olacağı düşünülmektedir. Yukarıdaki önermeye dayanarak ortaya atılabilecek “istihdam fazlası

çalışanların işten çıkarılması gerekliliği” eleştirisine karşılık hali hazırda bir kısım çalışanın 45 saatlik üst sınıırın üstünde çalıştırıldığı yönündeki tespitler cevap olarak verilebilir.

Gıda hukukunun tüketicilerin sağlıklı gıdaya erişimindeki önem düzeyi dikkate alındığında, bu alanda yukarıda ifade edilen organizasyon önermesi çerçevesinde kurumlar arası teknik düzeyde birincil ve ikincil mevzuat çalışmalarının yapılarak muhtemel boşlukların doldurulması sağlanmalıdır. Bu noktada, gıdaların fiyatları ile VKE arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya²⁵⁹ dayanarak, yine gıdaların vergileme ya da girdi maliyetlerinde yapılacak düzenlemeler yoluyla bireylerin sağlıklı gıdaları tercih etmesi sağlanabilir. Diğer yandan, başka bir çalışmaya göre²⁶⁰ dışarıda yemek imkanı sunan işletmelerin menülerine talep edilecek gıdaların tüketimi ile ne kadar enerji sağladığı, bu enerjinin ne kadar süre ya da mesafe kat edilerek yürünmesi sonucunda yakılabileceğine ilişkin düzenleme getirilmesinin bireylerin gıda tercihlerine olumlu yansıyabileceği değerlendirilmektedir.

Mevcut sorunsalda kronik hastalıklar nedeniyle uzun süreli ve yüksek tutarda sağlık harcamaları yapılması ihtimalinin gün geçtikçe arttığı düşünüldüğünde çalışanların sağlığının korunmasına yönelik her türlü önleyici sosyal politikanın maliyetinin bu harcamalardan daha uygun sonuçlar doğuracağı aşikardır. Ayrıca, sağlıklı beslenmenin genel refahın ve verimliliğin artması ile yaşam kalitesinin yükselmesine doğrudan katkı sağlayacağı göz önüne alındığında önleyici sosyal politikalar sonucu elde edilecek sosyal faydanın iktisadi faydadan çok daha fazla olacağı düşünülebilir. Yine, BM’in sürdürülebilir gelişme için ortaya koyduğu 17 bileşenden birisi olan “sağlık ve sağlığın korunması” başlığı ve Türkiye’nin iktisadi kalkınma hedefleri birlikte ele alındığında, yukarıda ifade edilen önermelerin ihtiyari olmaktan ziyade uygulama zorunluluğu bulunan önleyici sosyal politikalar olduğu değerlendirilmektedir.

²⁵⁹ Han, E. ve Powell, L.M. (2012). Fast Food Prices And Adult Body Weight Outcomes: Evidence Based On Longitudinal Quantile Regression Models. *Contemporary Economic Policy*. 31 (3), 528-536.

²⁶⁰ Antonelli, R. ve Viera, A.J. (2015). Potential Effect Of Physical Activity Calorie Equivalent (PACE) Labeling on Adult Fast Food Ordering and Exercise. *Plos One*, 10 (7), 1-11.

KAYNAKLAR

- Abelin, T., Brzezinski, Z.J. ve Carstairs, V.D.L. (1987). *Measurement in health promotion and protection*. WHO Regional Publications: European Series No. 22, 32.
- Akdur, R. (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. (Üçüncü Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 5.
- Albritton, R. (2014). "Obezite ile Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi". Panitch, L. ve Leys, C. (Editörler). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İkinci Baskı. İstanbul: Yordam Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 205.
- Antonelli, R. ve Viera, A.J. (2015). "Potential Effect Of Physical Activity Calorie Equivalent (PACE) Labeling on Adult Fast Food Ordering and Exercise". *Plos One*, 10(7), 1-11.
- Applegate, L. (2011). *Beslenme ve Diyet*. (çeviri editörü: H. Özpinar). İstanbul: İstanbul Medikal Yayınevi. (Eserin orijinali 2011 yılında yayımlandı), 3.
- Bartley, M., Ferrie, J. ve Montgomery, M. S. (2009). "Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği". Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 99-100.
- Baysal, A. (2011). *Beslenme*. (On üçüncü baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 9.
- Berkan, İ. (2015, 7 Mart). "Üç kişiden biri şişman, bir obez ülke...". *Hürriyet*, 8.
- Bhushan, A. ve Blouin C. (2011). "Liberalleşme "Şokları" ve Sosyal Koruma Politikaları". Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreç, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 146-147.
- Briffa, J. (2008). *Sağlık için Yemek*. (çev. D. Kayadelen). Ankara: Arkadaş Yayınevi, 30.
- Brunner, E. ve Marmot, M. (2009). "Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık". Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 22.
- Cornia, A.G., Rosignoli, S., Tiberti, L. (2011). "Küreselleşme ve Sağlık İlişkisi Üzerine Ampirik Bir İnceleme". Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreç, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2009'da yayımlandı), 46.
- Derin, Ö. D. ve Keskin S. (2013). "Gıda Mühendisliği Öğrencilerinin Probiyotik Ürün Tüketim Durumlarının Belirlenmesi: Ege Üniversitesi Örneği". *GIDA Dergisi*, 38(4), 215-222.
- Ekonomi Bölümü. (2017, 28 Ağustos). *Cumhuriyet*, 9.

Filiz M. ve Fenkli, M. (2013). “Batı Akdeniz Bölgesi Sera Yapılarının Yapısal Karakteristiklerinin İncelenmesi”. *SDU International Technologic Science*, 5(2), 114-121.

Ford, M. (2015). *Rise of The Robots, technology and the threat of a jobless future*. NewYork: Basic Books, introduction.

Gearhardt, N.A., Grilo, C.M., Dileone, R.J., Brownell, K.D. ve Potenza, M.N. (2010). “Can be food addictive? Public health and policy implications”. *Addiction for Debate*, 106, 1208-1212.

Gülmez, M. (2011). *Uluslararası Sosyal Politika*. (Üçüncü Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 5.

Han, E. ve Powell, L.M. (2012). “Fast Food Prices And Adult Body Weight Outcomes: Evidence Based On Longitudinal Quantile Regression Models”. *Contemporary Economic Policy*, 31(3), 528-536.

Hauber-Schwenk, G., Schwenk, M. (2006). *Beslenme Atlası*. (çev. G. Alav). Ankara: ODTÜ Yayıncılık, 11.

Hawkes, C., Chopra, M. ve Friel, S. (2011). “Küreselleşme, Ticaret ve Beslenme Dönüşümü”. Labonté, R., Schrecker, T., Packer, C. ve Runnels, V. (Editörler). *Küreselleşme ve Sağlık Süreç, Kanıtlar ve Politika*. Birinci Baskı. İstanbul. İnsev Yayınları, (Eserin orijinali 2009’da yayımlandı), 263.

İnternet: Dünya Sağlık Örgütü. Web: http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf adresinden 18 Haziran 2018’de alınmıştır.

İnternet: A Haber Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.ahaber.com.tr/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Alışveriş Merkezleri ve Yatırımcıları Derneği İnternet Sitesi. Web: <http://www.ayd.org.tr/TR/AVMindex.aspx> adresinden 18 Şubat 2018’de alınmıştır.

İnternet: ATV Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <https://www.atv.com.tr/webtv/saglikli-mutlu-huzurlu/bolum> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: CNN Türk Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.cnnturk.com/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Cumhuriyet Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.cumhuriyet.com.tr/bolum/12/saglik.html> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) İnternet Sitesi. Web: <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/> adresinden 3 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Güneş, İ. (2004), “Sivil Toplum Kuruluşları”, *Son Baskı Sanal Dergi*, 1(5).
<http://www.sonbaski.com/sayi7siviltoplum.html> adresinden 14 Mart 2017’de alınmıştır.

İnternet: Habertürk Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.haberturk.com/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Hürriyet Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.hurriyet.com.tr/saglik/> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Kanal D Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <https://www.kanald.com.tr/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Memurlar.net İnternet Sitesi. Web: <http://www.memurlar.net/haber/534911/> adresinden 4 Eylül 2015’de alınmıştır.

İnternet: Mevzuat Bilgi Sistemi. Web: <http://mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=19.5.1&MevzuatIliski=0&sourceXMLSearch=&Tur=19&Tertip=5&No=1> adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

İnternet: NTV Haber Kanalı İnternet Sitesi. Web: <https://www.ntv.com.tr/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Sabah Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <https://www.sabah.com.tr/saglik> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Web: <http://www.sggm.saglik.gov.tr/TR,12537/diyabete-goz-yumma.html> adresinden 11 Şubat 2018’de alınmıştır.

İnternet: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Web: http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015_Haber_Bulteni.pdf adresinden 17 Şubat 2018’de alınmıştır.

İnternet: Show TV Ulusal Kanal İnternet Sitesi. Web: <http://www.showtv.com.tr/programlar/tanitim/zahide-yetisle/1551> adreslerinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: Sözcü Gazetesi İnternet Sitesi. Web: <http://www.sozcu.com.tr/kategori/saglik/> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü. Web: <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/koruyucu-hekimlik/14> adresinden 23 Ağustos 2018’de alınmıştır.

İnternet: T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Web: <http://www.sbb.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> adresinden 14 Eylül 2018’de alınmıştır.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Web: <http://ailehekimligi.gov.tr/kronik-hastalklar.html> adresinden 23 Ocak 2018’de alınmıştır.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Buluşma Noktası. Web: <https://www.sbn.gov.tr/BKindeksi.aspx> adresinden 19 Ekim 2017’de alınmıştır.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı. Web: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> adresinden 4 Mart 2018’de alınmıştır.

İnternet: The National Women’s Council of Ireland İnternet Sitesi. Web: https://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf adresinden 12 Eylül 2018’de alınmıştır.

İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development. Web: <http://stats.oecd.org/#> adresinden 18 Şubat 2017’de alınmıştır.

İnternet: The Organisation for Economic Co-operation and Development İnternet Sitesi. Web: <https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm> adresinden 22 Ocak 2018’de alınmıştır.

İnternet: Türk Dil Kurumu İnternet Sitesi. Web: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a68ce773c50a9.34202308 adresinden 24 Ocak 2018’de alınmıştır.

İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu. Web: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden 17 Şubat 2018’de alınmıştır.

İnternet: World Health Organization İnternet Sitesi. Web: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> adresinden 3 Mart 2018’de alınmıştır.

Jenkins, R. (2004). “Globalization, Production, Employment and Poverty: Debates and Evidence”. *Journal of International Development*, 16, 1.

Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Türkiye: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, 26.

Koray, M. (2008). *Sosyal Politika*. (Üçüncü Baskı). Ankara: İmge Kitapevi, 27.

Levenstein, H. (2013). *Gıda Korkusu*. (çev. A. Öztekin). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları. (Eserin orijinali 2012 yılında yayımlandı), Giriş.

Leys, C. (2014). “Sağlık ve Kapitalizm”. Panitch, L. ve Leys, C. (Editörler). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İkinci Baskı. İstanbul. Yordam Yayınları, (Eserin orijinali 2009’da yayımlandı), 16.

Marmot, M. (2009). “Giriş”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 14-15.

Marmot, M. (2009). “Türkçe baskıya önsöz”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 5.

- Marmot, M., Siegrist, J. ve Theorell, T. (2009). “Sağlık ve İşyerindeki Psiko-Sosyal Ortam”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 119.
- Marmot, M., Siegrist, J. ve Theorell, T. (2009). “Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 231.
- Monteiro, C.A., Moura, E.C., Conde, W.L. ve Popkin, B.M. (2004). “Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review”. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 940-946.
- Müftüoğlu, O. (2017, 16 Kasım). “Obezite tehdidi büyümeye devam ediyor”. *Hürriyet*, 16.
- Özer, K. (2011). *Şeytan Ye Diyor!*. (Birinci baskı). İstanbul: Hayykitap Yayınevi, 93-95.
- Robertson, A., Brunner, E. ve Sheiham, A. (2009). “Gıda Politik Bir Meseledir”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 200.
- Robertson, A., Tirado, C., Lobstein, T., Jermini, M., Knai, C., Jensen, J.H., Ferro-Luzzi, A. ve James, W.P.T. (2004). *Food and Health in Europe: a new basis for action*. WHO Regional Publications: European Series, No:96, 8.
- Şenkal, A. (2005). *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika*. (Birinci Baskı). İstanbul: Alfa Yayıncılık, 4.
- Taylor, AR. (1999). “Public policy frameworks for improving population health”. *Annals New York Academy of Sciences*, 896, 281-293.
- The World Health Report (2002). *Reducing Risk, Promoting Healthy Life*. WHO Publications: Geneva, 86.
- Thomas W.H., Andrew W.H., Bethane J.P., Kenneth H.P. ve Christopher J.S. (2013). “Haphazard Sampling: Selection Biases and the Estimation Consequences of These Biases”, *Current Issues in Auditing, American Accounting Association*, 7(2), 16-22.
- Thomas W.H., Andrew W.H., Bethane J.P., Kenneth H.P. ve Christopher J.S. (2012). “Haphazard Sampling: Selection Biases Induced by Control Listing Properties and the Estimation consequences of these Biases”, *Behavioral Research In Accounting* (American Accounting Association), 24(2), 102.
- Tuna, O. ve Yalçıntaş, N. (2011). *Sosyal Siyaset*. İstanbul: Filiz Kitabevi, 33.
- Wadsworth, M. ve Butterworth, S. (2009). “Erken Yaşam”. Marmot, M. ve Wilkinson, R. G. (Editörler). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (çev. editörleri: İ. Kayı ve Y. Yasin). Birinci Baskı. İstanbul. İncev Yayınları, (Eserin orijinali 2006’da yayımlandı), 65.
- WHO Technical Report Series (2003). *Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases*. WHO Publications: Geneva, 916, 56.

World Health Organization. (2013). *Research for Universal Health Coverage*, 5.

Yaşar, H., Melek, S. (2014). *Beslenme ve Besinler*. (Birinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 16.

Yılmaz, T. (2018, 20 Ocak). “Obezitenin sınırları yeniden çiziliyor”. *Habertürk*, 20.





EK-1. Anket Formu

AVM'DE ÇALIŞANLARIN YEME ALIŞKANLIKLARI ANKETİ

Demografik Özellikler

CİNSİYET	<input type="radio"/> Erkek	YAŞ		BOY		KİLO	
	<input type="radio"/> Kadın						

Çalışma ve Dinlenme Süreleri

Haftanın kaç günü çalışıyorsunuz?	<input type="radio"/> 3 ve altı <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
Yarı zamanlı mı yoksa tam zamanlı mı çalışıyorsunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
Haftada çalıştığınız zaman dilimi değişiyor mu?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
Çalıştığınız zaman aralığında yemek arası veriyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir

İşyerindeki Yeme Alışkanlıkları

Çalıştığınız zaman aralığında gün içerisinde kaç defa yemek arası veriyor musunuz?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 2'den fazla
İşyeriniz yemek temin ediyor mu? (Yanıtınız hayırsa sonraki soruyu atlayınız)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
İşyeriniz ev yemeği mi yoksa hızlı yemek (Fast Food) türevi yemekler mi sunuyor?	<input type="radio"/> Ev Yemeği <input type="radio"/> Hızlı Yemek <input type="radio"/> Her İki Türde <input type="radio"/> Diğer
Yemek için ticket, sodekso gibi yemek kartları kullanıyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
İşyerinde öncelikli olarak aşağıdaki yemek türlerinden hangilerini tercih ediyorsunuz? İlk tercihiniz 1 olmak üzere sırasıyla 2,3,4,5 şeklinde sıralayınız.	Hamburger ve Hazır Tavuk Türevi
	Ev Yemeği Türevi (Sıcak/Soğuk/Sulu Yemek)
	Kebap ve Pide Türevi
	Bahk ve Deniz Ürünleri Türevi
	Salata Türevi

EK-1. (devam) Anket Formu

Haftada kaç öğün yemek yeme esnasında şeker (tatlı ve/veya içecek) tüketiyor musunuz?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 ve üzeri
Şekerli ve/veya gazlı içecek tüketiyor musunuz? (Yanıtınız hayırsa sonraki soruyu atlayınız)	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
Çay, Kahve vb. içeceklere şeker atıyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayir
Haftada kaç öğün yemek yeme esnasında patates kızartması tüketiyorsunuz?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 ve üzeri
Tercih imkanınız olsa hangi yemeği öğün olarak yemek istersiniz? (Açık uçlu soru)	
Beslenme ile ilgili ilk üç bilgi kaynağınızı nedir? İlk tercihiniz 1 olmak üzere sırasıyla 2,3 şeklinde sıralayınız.	Televizyon
	İnternet
	Radyo
	Gazete/Dergi/Kitap
	Afiş/Broşür
	Kamu Spotları

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Akkoyun, Yılmaz
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 03.07.1983 ve Ankara
 Medeni hali : Evli
 e-mail : yilmaz21akkoyun@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Lisans	Anadolu Üniversitesi	2006
Lise	Ankara Anadolu Lisesi	2001

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2008	Sosyal Güvenlik Kurumu	Sosyal Güvenlik Uzmanı

Yabancı Dil

İngilizce

Yayımlar

Kitaplar

Akkoyun, Y. (2016). Tüm Yönleriyle Malulen Emeklilik, 2016, (ISBN 978-605-9618-01-4)

Akkoyun, Y. (2016). 200 Soruda Engellilik Rehberi, 2016, (ISBN 978-605-83421-0-1)- 2. Baskı

Makaleler

Akkoyun, Y. (2014). "Lifelong Learning Case Study from Turkish Public Sector: Business Process Management in Social Security Operations". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116, 1154-1159

Tezler

Akkoyun, Y. (2012). *Sosyal Güvenlik Kurumu'nda İş Süreçlerinin Tasarlanması ve Maluliyet Aylığı Süreci üzerine bir uygulama*. Uzmanlık Tezi, Sosyal Güvenlik, Ankara.

Akkoyun, Y. (2018). *Sağlıklı Yaşam ile Sosyal Güvenlik Arasındaki İlişkinin Risk Önleyici Sosyal Politikalar ile Yönlendirilmesi ve AVM'de Çalışanlar Üzerine Bir Alan Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Hobiler

Maket, Puzzle, Yüzme, Bisiklet.





GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

