



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Programı

**ANKARA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNDE OBEZİTE VERGİSİNE YÖNELİK
GÖRÜŞLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Zeliha ASILKAN

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

ANKARA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI
MERKEZİNDE OBEZİTE VERGİSİNE YÖNELİK
GÖRÜŞLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeliha ASILKAN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Programı

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Zeliha ASILKAN tarafından hazırlanan “Ankara’da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Obezite Vergisine Yönelik Görüşlerin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, 07.06.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT (Başkan)

Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK (Danışman)

Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN (Üye)

Doç. Dr. Nesrin AKCA (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

01/07/2021

Zeliha ASILKAN

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Doç. Dr. Pınar Yalçın BALÇIK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Zeliha ASILKAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, destekleyen ve hazırlamış olduğum tez çalışmasında önerileri, tavsiyeleri ve bilgileri ile beni yönlendiren değerli danışman hocam Pınar YALÇIN BALÇIK'a, tüm bilgi birikimleri ile bana ve öğrencilerinin eğitimime katkı sağlayan Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyeleri ve görevlilerine ve saygıdeğer jüri üyesi hocalarıma teşekkür ederim.

Eğitim hayatımın yanı sıra tüm yaşamım boyunca benden desteğini esirgememiş olan ve zor zamanlarımda olduğu gibi başarılarımda da beni destekleyen sevgili arkadaşlarıma, aileme ve özellikle de tüm hayatını çocuklarının başarı ve mutluluğuna adayan annem Asiye ÖZKARA'ya şükranlarımı sunarım.

ÖZET

ASILKAN, Zeliha, Ankara’da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Obezite Vergisine Yönelik Görüşlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Günümüzde hızla yayılan ve zamanla daha ciddi bir sorun haline gelen obezite için çözüm yolları aranmaktadır. Bireysel çözüm arayışlarının yanında devlet müdahaleleri de obezite oranlarını düşürme yönündedir. Obezite vergisi, başvurulan bu çözüm yollarından biridir ve kalorisi yüksek ancak besleyici değeri düşük gıdaların fiyatını yükselterek tüketiminin azalmasını sağlamak ana amaçtır. Obezite vergisi birçok ülkede farklı şekillerde kullanılmaktadır ve Türkiye’de uygulanması, son dönemlerde tartışılan bir konudur.

Bu tez çalışmasında öncelikle obezitenin tanımı, nedenleri ve prevalansı açıklanmış ardından sağlıklı gıdaları vergilendiren ülkelerin verilerine ve politikalarına yer verilmiş ve daha önce yapılmış araştırmalarla obezite vergisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, obezite vergisinin Türkiye’de uygulanmasına yönelik görüşleri değerlendirmektir. Araştırma Ankara’da bir aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri hastaları kapsamaktadır. Ölçüm aracı olarak Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından hazırlanan anket kullanılmıştır ve elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçüm aracının yapı geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilmiştir. Hipotezleri değerlendirmek için T-testi ve ANOVA testinin yanı sıra lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların obeziteye ve obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların cinsiyetinin obezite vergisini destekleme ihtimalleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların obezite vergisini destekleme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu obezite vergisini desteklememektedir ancak vergi dışında araçlar ve politikalarla obezite ile mücadeleyi gerekli gördükleri ve destekledikleri görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Obezite, Obezite vergisi, Obezite ile mücadele politikaları.

ABSTRACT

ASILKAN, Zeliha, Investigation of Opinions towards Obesity Tax in a Family Health Center in Ankara, Master's Thesis, Ankara, 2021.

Nowadays solutions are sought for obesity, which is spreading rapidly and has become a more serious problem over time. Besides personal solution searches government interventions also aim to reduce obesity rates. Obesity tax is one of these solutions and the main aim is to reduce the consumption of foods with high calories but low nutritional value by increasing the price. Obesity tax is applied in different ways in many countries and its implementation in Turkey is a topic that has been discussed recently.

In the present thesis, first of all, the definition of obesity, its causes and prevalence are given, then the data and policies of countries taxing unhealthy foods are included and obesity tax is evaluated with previous researches. The aim of this study is to evaluate the opinions for the implementation of the obesity tax in Turkey. The study includes patients aged 18 and over who applied to a family health center selected in Ankara. The questionnaire prepared by Ayyıldız and Demirli (2015) was used as a measurement tool and the obtained data were analyzed by the SPSS program. The construct validity of the measurement tool used in the research was evaluated with exploratory and confirmatory factor analysis. T-test and ANOVA test as well as logistic regression analysis were used to evaluate the hypotheses. As a result of the research, opinions of the participants on obesity and obesity tax were evaluated. It was concluded that the gender of the participants had an impact on their probability of supporting the obesity tax, and it was seen that women were more likely to support the obesity tax. The majority of the participants do not support the obesity tax, but it was seen that they support the anti obesity policies other than tax.

Keywords: Obesity, Obesity tax, Anti-obesity policies

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	I
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	II
ETİK BEYAN.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ.....	IX
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM: OBEZİTE.....	3
1.1. OBEZİTENİN ÖLÇÜLMESİ.....	4
1.2. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ.....	6
1.2.1. Genetik.....	7
1.2.2. Cinsiyet.....	8
1.2.3. Yaş.....	8
1.2.4. Psikolojik faktörler.....	9
1.2.5. Yanlış Beslenme.....	10
1.2.6. Yetersiz Fiziksel Aktivite.....	10
1.2.7. Sigara-Alkol ve İlaç Tüketimi.....	11
1.2.8. Gelir Düzeyi.....	13
1.2.9. Teknolojik Gelişmeler ve Şehirleşme.....	14
1.2.10. Eğitim Düzeyi.....	15
1.2.11. Değişen Gıda Sektörü.....	16
1.2.12. Asimetrik Bilgi.....	17
1.3. OBEZİTE PREVALANSI.....	18
1.3.1. Dünyada Obezite Prevalansı.....	18
1.3.2. Türkiye’de Obezite Prevalansı.....	23
1.4. OBEZİTE MALİYETLERİ.....	29
1.4.1. Obezitenin Doğrudan Maliyetleri.....	31

1.4.2. Obezitenin Dolaylı Maliyetleri.....	33
2. BÖLÜM: OBEZİTE İLE MÜCADELEDE UYGULANAN KAMU POLİTİKALARI.....	40
0	
2.1. DEVLETİN OBEZİTEYE MÜDAHALE NEDENLERİ.....	40
2.1.1. Asimetrik Bilgi.....	41
2.1.2. Dışsallık.....	42
2.1.3. Erdemsiz Mallar.....	44
2.1.4. Zaman Tutarsız Tercihler.....	44
2.2. OBEZİTE İLE MÜCADELEDE UYGULANAN YÖNTEMLER.....	45
2.2.1. Eğitim ve Bilgilendirme Politikaları.....	45
2.2.2. Kısıtlama ve Yasaklar.....	47
2.2.3. Obezite Vergisi.....	49
3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	63
3.1. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE ÖNEMİ.....	63
3.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER.....	64
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	66
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	67
3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI.....	68
3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	68
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKETİN GÜVENİRLİLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ.....	69
3.8.1. Anketin Güvenirlilik Analizi.....	69
3.8.2. Anketin Geçerlilik Analizleri.....	69
4. BÖLÜM: BULGULAR.....	72
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR.....	72
4.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	78
4.2.1. Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular.....	83
TARTIŞMA.....	86
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	91
KAYNAKÇA.....	95
EKLER.....	109

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. BKİ'ye Göre Yetişkinlerin Zayıf, Fazla kilolu ve Obez Olarak Uluslararası Sınıflandırması.....	4
Tablo 2. Bel Çevresi Ölçümü ile Risk Sınıflandırılması.....	6
Tablo 3. 15 ve Üzeri Yaş Bireylerde Obezite Görülme Sıklığı (%).....	24
Tablo 4. Beden Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı 2008-2016 (15+).....	25
Tablo 5. Obezite Vergisine Yönelik Görüşleri Değerlendiren İfadelere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	71
Tablo 6. Obezite Vergisine Yönelik Görüşleri Değerlendiren İfadelere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	71
Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	73
Tablo 8. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	74
Tablo 9. Katılımcıların Obeziteye Yönelik Düşünceleri.....	75
Tablo 10. Obezite Vergisi ile İlgili Genel Değerlendirmeler.....	75
Tablo 11. Obezite Vergisine Yönelik Görüşlerin Frekans Dağılımları ve Ortalamaları	77
Tablo 12. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Analizi.....	78
Tablo 13. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Analizi.....	79
Tablo 14. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Diyet Uygulama Durumlarına Göre Analizi.....	79
Tablo 15. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Yaşlarına Göre Analizi.....	80

Tablo 16. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin BKİ Gruplarına Göre Analizi.....	81
Tablo 17. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Analizi.....	81
Tablo 18. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Gelir Düzeylerine Göre Analizi.....	82
Tablo 19. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Beden Algılarına Göre Analiz.....	83
Tablo 20. Obezite Vergisini Destekleme Durumu ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	84

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. OECD Ülkeleri Obezite Oranları.....	19
Grafik 2. Bölgelere Göre Yetişkinlerde Obezite Prevalansı.....	21
Grafik 3. Türkiye’de Yıllara Göre Fazla Kilolu ve Obez Oranları.....	23
Grafik 4. TURDEP-I ve TURDEP-II Verilerine Göre Bireylerin BKİ Sınıflandırılması.....	27
Grafik 5. Türkiye’de 5-19 Yaş Arası Çocuklarda Obezite ve Fazla Kilo Sıklığı.....	28

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Obezite Maliyetinin Kategorileri.....	30
Şekil 2. Optimal Obezite Vergisi.....	52
Şekil 3. Araştırma Modeli.....	64

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CM	Santimetre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KDV	Katma Değer Vergisi
Kg	Kilogram
Kj	Kilojul
KMO	Kaise-Meyer-Olkin
M	Metre
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for the Social Sciences)
S.S.	Standart Sapma
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TL	Türk Lirası
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Projesi
USD	Amerikan Doları

GİRİŞ

Teknolojik gelişmeler, küreselleşme ve değişen yaşam tarzları ile insanların beslenme şekilleri de değişime uğramıştır. Böylece karşılaşılan sağlık sorunları da değişmiştir. Günümüzde, geçmişte tedavi edilemeyen hastalıkların birçoğuna çözüm bulunmuştur ancak tüm dünyayı etkisi altına almış olan obezite bir salgın halinde yayılmaktadır ve tam bir çözüm getirilememektedir.

Obezite, vücuttaki yağ dokusunun anormal düzeyde artmasıdır. Sağlıksız beslenme, hareketsizlik, psikolojik ve çevresel etmenler sonucu obezite oranları hızla yükselmektedir. Bireysel bir sağlık sorununun ötesine geçen bu hastalık için evrensel kuruluşlar ve devletler harekete geçmiştir. Geliştirilen birçok politika ile insanları sağlıklı beslenmeye teşvik etmek ve obezite oranlarını düşürmek amaçlanmaktadır. Devletler, bilinç düzeyini arttırmak için eğitim politikaları, sağlıksız besinlere ulaşımı kısıtlama, reklam, promosyon düzenlemeleri ve vergiler yoluyla obezite ile mücadele etmektedir.

Vergiler, son dönemlerde sosyal refahı arttırmak için mali olmayan amaçlar doğrultusunda kullanılmaktadır. Obezite vergisi, besleyici değeri düşük ve yüksek oranda yağ, şeker ve kalori içeren gıdaların belirli bir oranda vergiye tabi tutulmasıdır. Fiyatı artan gıdaların tüketiminin azalması ve bu ürünlerin yerine daha sağlıklı gıdaların tercih edilmesi beklenmektedir. Böylece, obezite oranlarının düşmesi amaçlanmaktadır. Obezite vergisi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Fransa, Meksika gibi birçok ülke tarafından farklı şekillerde uygulanmaktadır. Bu vergiyi uygulamak isteyen ülkeler vergi oranını ve hangi gıdaların vergiye tabi olacağını kendileri belirlemektedir. Bu nedenle, her ülke için sonuçlar ve halk tepkisi farklı olmuştur.

Türkiye’de obezite ile mücadele politikaları çeşitli şekillerde yürütülmektedir. Türkiye’de obezite vergisi adı altında henüz bir vergi uygulaması bulunmamaktadır ancak uygulanması dönem dönem gündeme gelmektedir. Haziran 2021’de TBMM Obezite Alt Komisyonu, obezite oranlarının Kovid-19 salgınında arttığını açıklamış ve

bu nedenle besleyici değeri düşük gıdalara ek vergi uygulanmasını önermiştir (<https://sptnkne.ws/GxqX>). Nisan 2019’da Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği’nin hazırladığı obezite raporu TBMM’ye sunulmuş ve raporda obezite ile mücadele için vergilerin kullanılması önerilmiştir (www.milliyet.com.tr).

Bu çalışmada, Ankara’da seçilen bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların obezite vergisine yönelik görüşleri incelenmiştir. Bu kapsamda birinci bölümde obezitenin tanımı, ölçüm yöntemleri, etiyolojisi, prevalansı ve maliyetleri açıklanmıştır. İkinci bölümde ise devletin obeziteye müdahale nedenleri ve uyguladığı politikalar incelenmiş, obezite vergisinin tanımına ve ülke uygulamalarına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde, çalışmanın amacı, gereç ve yöntemi açıklanmıştır. Analiz sonuçları ve bulgular çalışmanın dördüncü bölümünde yer almaktadır. Tartışma ve sonuç kısımlarında çalışmadan elde edilen veriler ile daha önce bu alanda yapılmış çalışmaların sonuçlarını karşılaştırılmış ve elde edilen veriler ışığında yorumlanmıştır.

1. BÖLÜM

OBEZİTE

Obezite, geçmişten bugüne her dönemin kendi şartlarına uygun bir şekilde tanımlanmış ve açıklanmıştır. Bazı dönemlerde kilolu olmak güç, kudret, bereket, zenginlik ve doğurganlık olarak görülmüştür öyle ki şişmanlık, ilk çağ tanrılarında gücü ve hayatın sürekliliğini sembolize etmiştir. Sanayi devrimi ile hızlı, aktif ve çalışma temposuna ayak uydurabilecek kişiler aranmaya başlanmış ve bu anlayış değişmiştir. Şişmanlık sorunu yaşayanlar, toplumda sağlıksız, yavaş ve daha az üretken kişiler olarak görülmeye başlanmıştır. Günümüzde ise obezite, topluma ve sağlığa olan etkileri ile birlikte değerlendirilmektedir ve kronik olarak ilerleyen, farklı hastalıklara sebep olabilen, ölüm oranı yüksek bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (Gürkan, 2012).

Neredeyse her ülkenin ortak sağlık sorunu olarak kabul edilen obezite, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre; kişinin vücudunda yağ birikiminin zarar verecek düzeyde, anormal ve aşırı olmasıdır (WHO, 2019). Sağlık Bakanlığı ise obeziteyi gıda yoluyla alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması sonucu vücutta bulunan yağ oranının yağsız vücut kitlesine göre artması şeklinde tanımlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Obezite, bilimsel olarak yağ dokusunun artması olarak tanımlanmakta ve birincil sebebi olarak harcanılan enerjiye oranla fazla miktarda kalori alınması kabul edilmektedir. Fazladan alınan her 9,3 kalori için 1 gram yağ depolanmaktadır (Tekdemir, 2013). Vücutta abartılı şekilde yağ kütlesinin oluşması olarak açıklanan obezite, önlenebilen ve tedavi edilebilen biyolojik bir hastalıktır. Amerikan Klinik Endokrinologlar Birliğine göre aşırı kilo ve obezitenin sebebi kişinin kendi hatası, kişilik problemleri veya zayıf iradesi değildir. Obezite genetik faktörler, çevre, psikolojik etmenler gibi birçok etkene bağlı olarak gelişen çok yönlü bir hastalıktır (Empoweryourhealth.org, 2019).

1.1. OBEZİTENİN ÖLÇÜLMESİ

Obezite ölçümünde kullanılan yöntemlerin her biri kendi içinde avantajlar ve dezavantajlar taşımaktadır. Kişiyeye ve duruma göre uygulanacak ölçüm yöntemi seçilmektedir. Obezite ölçümünde kullanılan birkaç yöntem bulunsa da en sık kullanılan ve kabul gören ölçüm yöntemi DSÖ'nün kullandığı Beden Kitle İndeksi (BKİ) yöntemidir. Kişinin vücudundaki yağ oranını hesaplamayı hedefleyen bu yöntem ilk olarak 1800'lü yılların ortasında kullanılmıştır. Dolaylı bir ölçüm aracı olmasına karşın su altı tartımı (dansitometri) ve dual-enerji x-ışını absorpsiyometri (DEXA) gibi doğrudan ölçüm yöntemleri ile eşleşen sonuçlar vermektedir (Lusk, 2017).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), kişinin vücut ağırlığının (kg), boyunun uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilmektedir ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$). Elde edilen verilere göre yetişkin kişiler Tablo 1'de gösterilen sınıflandırmaya göre zayıf, normal kilolu, kilolu ve obez olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 1. BKİ'ye Göre Yetişkinlerin Zayıf, Fazla kilolu ve Obez Olarak Uluslararası Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ Değeri	Komorbidite Riski
Zayıf (düşük ağırlık)	<18,50	Düşük risk (Fakat diğer klinik problemler artar)
Normal kilo	18,50-24,99	Normal
Hafif şişman, fazla kilolu	>25,00	
Pre-obez, obezite öncesi	25,00-29,99	Artan risk
Şişman, obez	>30	
I. Derece obez	30,00-34,99	Orta dereceli risk
II. Derece obez	35,00-39,99	Ciddi risk
III. Derece obez	>40,00	Çok ciddi risk

Kaynak: WHO, 2000

BKİ değeri yükseldikçe kişinin vücudunda bulunan yağ oranı artmaktadır. Kişinin BKİ değeri arttıkça kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, kireçlenme, bazı kanserler ve diyabet gibi hastalıklara yakalanma riski artmaktadır (WHO, 2000).

Doğrudan ölçüm yöntemleri ile paralellik göstermesine rağmen BKİ ölçümünün belirgin kusurlarının olduğu ifade edilmektedir. Ölçüm yapılırken kişinin yaşı, cinsiyeti, kemik yapısı, yağ dağılımı ve kas kütlesi dikkate alınmamaktadır. Bu nedenle BKİ kullanılırken üç ana konu göz önünde bulundurulmalıdır: BKİ dolaylı bir obezite ölçüm aracıdır, kişinin bildirdiği verilerde hata bulunabilir ve BKİ duyarlılık ve özgüllük konusunda yetersiz kalabilir (Lusk, 2017).

Son yıllarda kullanılan bir diğer ölçüm yöntemi ise bel çevresi/ kalça çevresi ölçümüdür. Bu yöntem ile vücutta bulunan yağ miktarından çok, yağın vücutta dağılımı ve yoğun olarak bulunduğu bölge üzerinde durulmaktadır. Bölgesel yağ dağılımı, vücudun üst bölgelerinde yani bel, üst karın ve göğüs bölgesinde yoğunlaşıyorsa halk arasında elma tipi beden olarak bilinen erkek tipi obezite olarak adlandırılır. Kadın tipi obezite veya halk dilinde bilinen adı ile armut tipi beden ise fazla yağın genellikle vücudun alt kısımlarında kalça, uyluk ve bacaklarda toplanmasıdır. Vücuttaki fazla yağın nerede yoğunlaştığı ve dağılımı hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Bel/kalça ölçümünden elde edilen değer erkeklerde 1,0'dan ve kadınlarda 0,9'dan yüksek ise karın bölgesinde yağlanma olduğu anlamına gelmektedir ve kişi için risk oluşturmaktadır. Her iki cinsiyet için ortalama değer ise 0,85'tir. Bu veriler karın yağ birikiminin tanımlanmasını sağlamaktadır (Dedeli, 2010).

Yalnızca bel çevresinin ölçümü de obezite belirleyicisi olarak kullanılmaktadır. DSÖ 2008 raporuna göre bel çevresinin ölçümü ile risk sınıflandırılması Tablo 2'de gösterilmektedir. Bel çevresi değerleri yüksek olan insanların, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi gibi metabolik hastalıklara yakalanma riski daha yüksektir. Aynı zamanda nefes darlığı ve yaşam kalitesinde düşüş daha sık görülmektedir. Bel çevresi geniş olan fakat BKİ ölçümlerinde sağlıklı grupta bulunan kişilerin de bu hastalıklara yakalanma riski yüksektir. Bu nedenle BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin beraber değerlendirilmesinin daha doğru olacağı ifade edilmektedir (Han, 2006).

Tablo 2. Bel Çevresi Ölçümü İle Risk Sınıflandırılması

Bel çevresi (cm)	Sağlık Riski
Erkek: <94 Kadın: <80	Vücut ağırlığının sebep olduğu sağlık riski düşük
Erkek: 94-102 Kadın: 80-88	Vücut ağırlığının sebep olduğu sağlık riski yüksek
Erkek: >102 Kadın: >88	Vücut ağırlığının sebep olduğu sağlık riski çok yüksek

Kaynak: WHO, 2008

Doğrudan vücut yağının ölçümü obezite ölçümünde kullanılan bir diğer yöntemdir. Vücut yağ oranının direkt ölçümü ile oldukça doğru sonuçlara ulaşılmaktadır. Fakat bu ölçüm zahmetli ve pahalı bir yöntemdir. BKİ ile elde edilen veriler direkt yağ ölçümü ile paralel sonuçlar verdiği ve daha zahmetsiz olduğu için daha sık tercih edilmektedir (Dedeli, 2010).

1.2. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ

En basit tanımı ile obezitenin temel sebebi enerji dengesizliğidir. Uzun süre boyunca alınan enerjinin harcanan enerjiyi aşması sonucu şişmanlık oluşmaktadır. Birçok farklı ve karmaşık nedenden dolayı fazladan enerji alımı ve dengesizlik söz konusu olabilmektedir. Fakat tek bir faktörün bu hastalığa sebep olduğu düşüncesi doğru değildir. Bu faktörlerin birkaçı arasındaki etkileşim sonucu şişmanlık oluşmaktadır (WHO, 2000).

Harcanandan daha fazla kalori alınması sonucu oluşan obeziteye eksojen obezite denir. Şişmanların büyük bir kısmı eksojen obezite grubuna girmektedir. Her ne kadar ana sebebi yüksek miktarda kalori alımı olsa da eksojen obezite etiyojisinde çeşitli faktörler etkili olmaktadır (Tekdemir, 2013). Çok sayıda epidemiyolojik çalışma fazla kilo ve obezitenin oluşumunda yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyal-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet,

sigara, alkol tüketimi, fiziksel aktivite) gibi faktörlerin etkili olduğunu göstermiştir (Yücel, 2008). Genetik eğilim ve çevresel faktörler obezite gelişiminde etkili olmaktadır. Kalıtımın %35 ve modifiye edici genlerin %15 rol oynadığı düşünüldüğünde geri kalan %50 oranında çevresel faktörler ve yaşam tarzının etkili olduğu ortaya çıkmaktadır (Doğan, 2012).

Aşağıda obezitenin etiolojisinde yer alan genetik, cinsiyet, yaş, psikolojik faktör, yanlış beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, sigara-alkol-ilaç tüketimi, sosyoekonomik faktörler incelenmektedir.

1.2.1. Genetik

Genetik faktörler ile şişmanlık arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Kalıtsal olarak aktarıldığı düşünülen obezite psikolojik ve davranışsal olarak ebeveynlerin BKİ'si ile bağlantılıdır. Yapılan araştırmalar ile fetüsün anne karnında insülin direnci geliştirmesi nedeniyle annenin BKİ'sinin yüksek olmasının çocuğunun yetişkinliğinde fazla kilolu veya obez olmasında etkili olduğunu ortaya koymuştur (Ayas, 2016).

Anne ve babanın normal kiloda olması durumunda çocuklarda görülen şişmanlık oranı %8-9 iken, ebeveynlerden birinin şişman olması ile çocuklarda görülen şişmanlık sıklığı %40'a yükselmektedir. Hem annenin hem de babanın şişman olması durumunda ise çocuğun şişman olma ihtimali %80'e ulaşmaktadır. Bu oranlar obezite ve şişmanlıkta kalıtımın etkisini ortaya koymaktadır ancak aile içi beslenme düzeninin de etkisi göz önünde bulundurulmalıdır (Memiş, 2004).

Obezitenin genetik yönü ile ilgili yapılan çalışmalar sadece diyabete yatkınlığı değil aynı zamanda kilo alma eğilimine neden olduğu düşünülen obezite genini de tanımlamıştır. Araştırmalar, bu gene sahip olmayan farelerin şişmanlık ve yüksek yağ içerikli diyetle yakından bağlantılı olan tip 2 diyabet belirtileri göstererek şişmanladıklarını ve ne kadar yerlerse yerler doymadıklarını göstermiştir (Altunkaynak ve Özbek, 2006).

Bazı tek gen mutasyonlarının hayvanlarda obeziteye neden olduğu gösterilmiş olsa da insanlarda durum oldukça karmaşıktır. İnsanlarda obezitenin oluşumu genlerin yanı sıra çevresel faktörlere ve davranışlara bağlı olarak gelişir ve bu karmaşık etiyojoloji, obezite genlerinin araştırılmasını zorlaştırmaktadır (Comuzzie ve Allison, 1998). Tekli veya çoklu gen etkilerinin doğrudan şişmanlığa neden olması muhtemel olsa da, şu an dünyada mevcut olan ve hızla artan obez popülasyonunu açıklamak için yeterli değildir. Bu nedenle kilo alımında rol oynayan genlerin, olumsuz bir ortama maruz kaldıklarında bireyin kilo alma riskini ve duyarlılığını arttırdığı düşünülmektedir (WHO, 2000).

1.2.2. Cinsiyet

Cinsiyetin, vücut yağı üzerine etkisi fetal aşamada bile belirgindir, ancak ergenlik döneminde daha da belirgin hale gelir. Boy farkı göz önünde bulundurularak yapılan incelemelerde, erkeklerin toplam yağsız kütlelerinin ve kemik ağırlığının kadınlara göre daha fazla olduğu ve yağ oranlarının daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Kadınlar erkeklerden daha fazla toplam yağ dokusuna sahiptir. Bu farklılıklar yetişkin yaşamı boyunca devam etmektedir (WHO, 2008).

Şişmanlık her iki cinsiyette de görülebilir ancak kadınlarda obezite prevalansı erkeklere oranla daha yüksektir. 18 yaşındaki erkeklerin vücut ağırlığının %15-18'i, kadınların ise %20-25'i yağ kütlelidir (Hamurcu, 2014). Menopoz öncesi ve sonrası dönemlerde, birçok kadın vücut ağırlığında, yağ oranında ve yağ dağılımında değişiklikler yaşar. Menopoz öncesi dönemde 42-50 yaş arası kadınların 3 yıl içinde ortalama 2,25 kg aldığı görülmüştür. Bu kadınların %20'si en az 4,5 kg almıştır (Racette ve diğerleri, 2003).

1.2.3. Yaş

Yaş ve obezite arasında doğru orantı bulunmaktadır. ABD'de yaşayan kadın ve erkeklerin 25 ila 55 yaş arasında vücut ağırlıkları ortalama 9,1 kg artmaktadır. Bu artış yaşlanma sonucu hormonlardaki değişimlerle ve azalmalarla açıklanmaktadır (Racette ve diğerleri, 2003).

Finlandiya’da bir çalışmada 25-64 yaş arası 9.025 erkek ve 9.950 kadının bel çevresindeki farklılıklar incelenmiştir. 15 yıllık bir süre zarfında bel çevresinin ortalama olarak erkeklerde 2,7 cm, kadınlarda 4,3 cm arttığı gözlemlenmiştir. Kişilerin beden kitle indeksleri de zaman içerisinde artmıştır. En küçük yaş grubu (25-34) dışında değişim oldukça yavaş olsa da kilo artışı her yaş grubunda görülmüştür (WHO, 2008).

1.2.4. Psikolojik faktörler

Obezite, fiziksel olduğu kadar psikolojik sorunlardan da kaynaklanan bir hastalıktır. Psikolojik sorunlar yalnızca obezitenin gelişimi sırasında değil, aynı zamanda kilo kontrolü için mücadele sürecinde de devam edebilir. Obezitenin psikolojik yönleri çok önemli olduğu için, psikolojik değerlendirmeler ve müdahaleler, obezitenin tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın ayrılmaz bir parçası olmuştur (Collins ve Bentz, 2009).

Obez bireylerin psikolojik durumları ile kilo almaları arasında güçlü bir ilişki vardır. Stres, anksiyete, depresyon gibi çeşitli psikiyatrik davranış değişiklikleri hipotalamik merkezleri etkileyerek yeme alışkanlıklarını etkilemekte ve obeziteye sebep olabilmektedir (Doğan, 2012). Kişinin ruh durumu ile yeme davranışları arasında karşılıklı etkileşim olmaktadır. Fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız şekilde, kişinin psikolojik durumu besin seçimini, miktarını ve beslenme sıklığını etkilemektedir. Bireylerde yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre farklılık gösterdiği genel olarak kabul görmektedir. Duygulara bağlı olarak değişen yemek yeme davranışları emosyonel yeme olarak adlandırılmaktadır. Emosyonel yeme ile vücut ağırlığının ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Ganley, 1989).

Obezite hastalığı aslında genetik, fiziksel aktivite, beslenme şekli, yaşam tarzı ve psikolojik faktörlerin kombinasyonu sonucunda meydana gelmektedir. Bu nedenle obeziteye sebep olan psikolojik faktörleri incelemek, bu hastalığın oluşum sürecinde ve sonrasında büyük önem taşımaktadır (Sandalcı, 2018).

1.2.5. Yanlış Beslenme

Gıdalardan elde edilen enerji “kalori” olarak adlandırılmaktadır. Fiziksel olarak aktif sağlıklı bir erkeğin ideal kilosunu korumak için günde yaklaşık 2.500 kalori alması gerekmektedir. Fiziksel olarak aktif sağlıklı bir kadının ise günlük kalori ihtiyacı 2.000’dir. Obezite, kişinin sürekli şekilde bu değerlerden yüksek kalori alması ve fiziksel olarak aktif olmaması sonucu oluşmaktadır (nhs.uk, 2019).

Beslenme alışkanlıkları ile fazla kilo ve obezite arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Düzensiz beslenmek, atıştırmak, aşırı yemek, sık sık paketli gıdalar tüketmek obezite ihtimalini arttırmaktadır. Tüketilen gıdaların içinde bulunan karbonhidrat tipi, glisemik indeksi, yağ ve lif oranları kalorinin yanı sıra etkileyici unsurlardır (WHO, 2003).

Türkiye’nin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, temel besin maddesinin ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden oluştuğu görülmektedir. Günlük enerjinin ortalama %44’ü sadece ekmekten, %58’i ise ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğiliminde ki değişim incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et ve et ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagiller, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Toplam yağ tüketiminde önemli bir farklılık görülmemiştir fakat bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağ tüketimine oranla arttığı gözlemlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Hızla artan obezitenin başlıca sebebi beslenme alışkanlıkları olsa da yüksek kalorili yiyeceklerin uygun fiyatlı ve kolay ulaşılabilir olması günlük kalori alımının artmasına sebep olmaktadır. Paketli, işlenmiş ve yüksek kalorili ürünler obezitenin artışını etkilemektedir (Wright ve Arrone, 2012).

1.2.6. Yetersiz Fiziksel Aktivite

Obezitenin oluşumunda yanlış beslenmenin ardından en önemli etkenlerden biri ise yetersiz fiziksel aktivite ve hareketsizliktir. Brock ve arkadaşlarının ABD’nin 50

eyaletini kapsayanı araştırması, obezite oranlarının yüksek olduğu bölgelerde fiziksel aktivite oranlarının oldukça düşük olduğunu ve hareketsiz bir yaşam tarzı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Brock vd., 2009).

Fiziksel aktivitenin, besin ve oksijeni enerjiye çeviren mitokondrilerin verimliliğini ciddi oranda arttırdığı belirlenmiştir ve mitokondri sayısının artışı metabolizma hızının da artması anlamına gelmektedir. Metabolizma hızı ne kadar yüksekse kişi o kadar çok kalori harcamaktadır (Tomer, 2011).

Alınan enerjinin kullanımını, bazal metabolizma hızı, fiziksel aktivite ve beslenmenin termik etkisi belirlemektedir. 24 saatlik enerji harcamasının, %73'ünü bazal metabolizma, %15'ini termik etki, %12'sini fiziksel aktivite sağlar. Bazal metabolizma hızı yaşın ilerlemesiyle azalmaktadır (Kokino vd., 2006). Modern ve gelişmiş toplumlarda, enerji tasarrufu sağlayan cihazların artışı ile kişilerin enerji harcama oranları azalmakta ve bu durum vücutta yağlanma eğilimini arttırmaktadır. Klinik bir araştırma hastaların %67'sinde obezite başlangıcının hareketsizlikle bağlantılı olduğunu göstermiştir (Bray, 1989).

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2017 raporunda 23 ülkenin 2014 yılı verilerinin ortalaması değerlendirilmiş ve erkeklerin %70,5'i ve kadınların %63'ü olmak üzere OECD ülkelerinde ortalama olarak erişkinlerin %66,5'inin haftalık olarak toplam 150 dakika ve orta derecede fiziksel aktivite yaptığı açıklanmıştır. Danimarka dışında diğer ülkelerin tümünde erkeklerin kadınlara göre daha aktif olduğu görülmüştür. Türkiye ise %62,5 ile ortalamanın altında kalmıştır (OECD, 2017).

1.2.7. Sigara-Alkol ve İlaç Tüketimi

Kişinin düzenli olarak kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol tıpkı sürekli devam ettirdiği beslenme düzeni gibi sağlığına ve vücuduna etki etmektedir. Bu etmenler, kişinin aldığı kalori miktarında ve BKİ değerinde değişikliklere neden olabilmektedir.

Sigara içmek bazal metabolizmayı artırmaktadır. Dolayısıyla sigara tüketiminin azaltılması veya tamamen bırakılması durumunda ağırlık artışı olacaktır. Sigaranın bırakılması ile iştah da artmaktadır. Sigara, Tiroit Stimulan Hormonunu (TSH) aktif hale getirir ve bu hormonun metabolizmayı hızlandırdığı bilinmektedir. Böylece sigara içenlerde tiroit aktivitesinin artması ile yakılan enerji de artmakta ve kişinin kilo almasını engellemektedir (Sims,1989).

Çoğu çalışmada sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bir ortalama BKİ'ye sahip olduğu görülmüştür. Bakhshi (2008)'nin araştırması da sigara içme ve şişmanlık arasında ters bir ilişki olduğunu doğrulamıştır (Bakhshi vd., 2008). Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın ve erkek her iki popülasyonda da sigara içenlerin BKİ'sinin içmeyenlere göre 2-3 kat daha az olduğu tespit edilmiştir (Yücel, 2008). Fakat sigara içme ve obezite arasında görülen bu ters ilişki kilo vermek veya kilo almamak için kullanılmamalıdır.

Sigaranın aksine alkol, kilo alımını tetikleyici bir bağımlılık çeşididir. 1 gram alkol 7,1 kalori içermektedir ve bu yüksek kalori değeri kişinin günlük enerji alımını ve beslenme dengesini etkilemektedir (Traversy ve Chaput, 2015). Alkol, vücuda alındığında hızla yakılarak enerjiye dönüştürülmekte ve bu özelliği ile şekere benzemektedir. Enerji ihtiyacını alkol yakarak karşılayan vücudun, tükettiği diğer besinlerde bulunan karbonhidrat ve yağları yakarak enerji üretmesine ihtiyacı kalmamaktadır. Sonuç olarak alınan fazla enerji yağ olarak depolanmaya başlamaktadır (Sandalcı, 2018).

Bazı ilaçların doğrudan veya dolaylı olarak kilo almaya neden olduğu bilinmektedir. Kilo artışı, yaygın olarak kullanılan birçok ilacın sık sık karşılaşılan fakat genellikle gözden kaçırılan bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Duyarlı kişilerde kilo artışı klinik olarak anlamlı obeziteyle ve ilişkili komorbiditeleri ile sonuçlanabilir (Tekdemir, 2013).

1.2.8. Gelir Düzeyi

Son otuz yılda obezite oranları çarpıcı biçimde artış göstermiştir. Bu artış ile obezite, önemli ekonomik ve sosyal sonuçları olan, dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorununa dönüşmüştür. Çok yönlü etkileri nedeniyle obezite, ekonomik bir araştırma konusu haline gelmiştir (Rosin, 2008). Beslenme, fiziksel aktivite ve gen aktarımı gibi etmenlerin yanı sıra sosyoekonomik faktörlerin obezite üzerine etkisi, son yıllarda çokça konuşulmakta ve incelenmektedir. Sosyoekonomik faktörlerin, farklı popülasyonlarda obezite ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, bu ilişki karmaşıktır çünkü sosyo-ekonomik durum obeziteyi etkileyebilir öte yandan obezite sosyo-ekonomik durumu etkiliyor olabilir veya ortak faktörler hem obeziteye hem de sosyo-ekonomik duruma etki edebilir (Paeratakul, 2002).

Vücut ağırlığı ve gelir düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğunu ifade eden çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulgu için üç açıklama getirilmiştir. İlk açıklama, obezitenin geliri düşürdüğüdür; örneğin, obez kişilerin verimliliği azalmaktadır veya iş yerinde ayrımcılık nedeniyle daha az ücret alabilmektedirler. İkinci açıklama, düşük ücretlerin obeziteye neden olduğu yönündedir. Daha düşük gelirliler daha ucuz, daha az besleyici ve daha kalorili besinler tüketiyorlarsa, bu açıklama doğru olacaktır. Üçüncü açıklama ise, gözlemlenmemiş değişkenlerin hem obeziteye hem de düşük gelire neden olduğu şeklindedir (Cawley, 2004).

Makro düzeydeki ülke çalışmaları, bireylerin beslenme düzenindeki değişimin, çoğu zaman ülkenin ekonomik düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bir ülkenin ekonomik düzeyinin ve bireylerin, sosyoekonomik durumunun obezite oranları ile bağlantılı olduğu gözlemlenmiştir (Monteiro vd., 2005). Genel olarak, ekonomik anlamda gelişmemiş ülkelerde beslenme düzeni yeterince gelişmemiştir ve sosyal ekonomik düzey ile obezite değerleri arasında pozitif bir ilişki vardır. Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde, bireylerin gelir düzeyleri arttıkça beden kitle indekslerinde de artış görülmektedir. Daha gelişmiş ülkelerde ise gelir düzeyi ve obezite arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Mowafi vd., 2013).

Gelir düzeyi arttıkça obezite oranları düşmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalar da bu sonucu doğrular niteliktedir. Obezite sıklığı, sosyal ekonomik düzeyi çok düşük bölgelerde %22,6 iken sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bölgelerde %17,9 olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Türkiye’de yapılan ve 19.129 kişinin katıldığı bir çalışmada toplam obez bireylerin oranı %21,6 olarak, fazla kilolu oranı ise %34,7 olarak belirlenmiştir. Alt gelir grubunda obez bireylerin oranı %11,5 ve fazla kilolu bireylerin oranı %17,1 iken, üst gelir grubu için obez oranı %3,1 ve fazla kilolu oranı %5,7 olarak tespit edilmiştir (ukur ve Erdem, 2017).

1.2.9. Teknolojik Gelişmeler ve şehirleşme

Yaşanan teknolojik gelişmelerle beraber yüksek fiziksel enerji harcanan işler yerini daha az enerji gerektiren işlere bırakmıştır. Bu değişim, gıdaların gerçek fiyatını ve üretimde çalışma saati başına düşen kalori yakımını düşürmüştür. Teknolojinin getirdiği bu dengesizlik obezite oranlarının artmasında etkili olmaktadır (Philipson ve Posner, 2003). Mavromaras, artan obezite oranlarını eř zamanlı iki gelişme ile açıklamaktadır. Birincisi, sürekli ekonomik büyüme sonucu bireysel gelirlerde artış oluşmasıdır. Gelirin artması ile daha fazla gıda tüketimi görölmüştür ve bu durum gelir etkisi olarak adlandırılmaktadır. İkinci etmen ise gıda üretimi ve hazırlama alanlarında yaşanan teknolojik gelişimdir. Bu durum, gıdaların maliyetini düşürerek tüketimi pozitif yönde etkilemiştir. Bu etki ise ikame etkisi olarak tanımlanmaktadır (Mavromaras, 2008).

Az gelişmiş veya gelişmekte olan ölkelerde şişmanlık, genellikle bireylerin doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak düzensiz beslenmesi yani karbonhidrat ağırlıklı besinleri aşırı tüketmesi, öğün atlaması ve bazı öğünlerde çok yemesi gibi nedenler sonucu oluşmaktadır. Gelişmiş ölkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin henüz oluşmadığı düşük sosyoekonomik gruplarda çok ve yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmeler ile hayatımıza giren makinelerin sunduğu hareketsiz yaşam tarzı da şişmanlığın oluşmasında önemli bir etkendir (Memiş, 2004).

Teknolojik gelişmeler, iş yaşamında hareketliliği azalttığı gibi boş zamanlarda yapılan bedensel faaliyet oranlarını da oldukça azaltmaktadır. Teknolojinin hayatı kolaylaştırması ile eğlence ve aktivite için ayrılan saatlerin sayısı yükselmiştir. Öte yandan bu saatlerde bilgisayar ve televizyon gibi kalori yakımının az olduğu aktivitelerin tercih edilmesi, giderek büyüyen çocuk obezitesinin nedenlerinden biri olarak görülmektedir (Lakdawalla, 2009).

Şehirleşmenin getirdiği hızlı yaşam tarzı kişilerin beslenme düzenini ve beden ağırlığını etkilemektedir. Kronik stres, hızlı yeme alışkanlığı ve yetersiz uykunun, beyinde doyma sinyalleri oluşturan ve kortizol adı verilen hormonun salınımını yavaşlattığı görülmüştür. Aktif olarak şehir hayatında bulunanların ve iş yaşamının bir parçası olan çoğu kişinin bu gibi sorunlar yaşaması olasıdır. Bu durum, kentleşmenin obeziteyi tetikleyen etkilerinden sadece biri olarak görülmektedir (Tomer, 2011).

Ewing ve arkadaşları (2003), kentsel dağılım ile fiziksel aktivite obezitesi ve sık görülen kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi incelemiş ve şehirleşmenin kilo artışına sebep olduğunu bulmuştur. Loureiro ve Nayga (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, OECD ülkeleri arasında obezite oranlarındaki farklılıkların sebebinin belirlemek için ülkelerin kentleşme süreçleri, beslenme alışkanlıkları ve iş gücü piyasası değişiklikleri incelenmiştir. Sonuçlar, şehirleşme ile obezite oranları arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (Loureiro ve Nayga, 2004).

1.2.10. Eğitim Düzeyi

Eğitimli bireylerin oluşturduğu toplumlarda sağlık politikalarının yürütülmesi her zaman daha verimli şekilde gerçekleştirilmektedir. Eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar, eğitimin sağlık üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermektedir (Wolfe ve Haveman, 2002). Eğitim düzeyi, kişi üzerinde hem genel anlamda hem de sağlık, kilo ve fiziksel görünüm anlamında bazı beklentiler ve baskılar oluşturabilmektedir. Çalışmalar eğitim düzeyi ile vücut memnuniyetsizliğinin doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Yüksek eğitimli kadınların zayıf ve sağlıklı olmak konusunda daha dikkatli oldukları belirlenmiştir (McLaren, 2007).

Toplumsal bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen obezitenin yaygınlığı incelendiğinde eğitim d¼zeyi ile ters y¼nl¼ bir ilişki içinde olduğu g¼r¼lmektedir. Buna g¼re bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe obezite prevalansının d¼řt¼đ¼ g¼r¼lmektedir (WHO, 2016). D¼ř¼k eğitim d¼zeyi, sıklıkla yoksulluğu ve d¼ř¼k sağlık bilgi d¼zeyini beraberinde getirmektedir. Bu kesim için pahalı fakat yüksek besin değerli gıdaların alımı zorlaşacaktır ve daha az boş zamanları olduğu için egzersiz yapmak için vakit ve fırsat bulmakta zorluk yaşayacaklardır. Ayrıca, yüksek eğitimi ve sosyoekonomik stat¼l¼ insanlar, artan obezitenin ortamlara direnebilecek tek pop¼lasyon olabilirler ç¼nk¼ diyet ve aktivite modellerinde d¼ř¼k eğitimi gruplara g¼re daha fazla esnekliğe sahip olmaları daha olasıdır (Monteiro vd., 2005).

ABD’de yapılan bir çalışma; kişinin eğitiminin, gelir d¼zeyinin ve mesleğinin kardiyovask¼ler hastalıklarında risk oranını nasıl etkilediğini incelemiştir. Araştırma sonucunda bu üç g¼stergenin de risk fakt¼r¼yle önemli bir ilişkiye sahip olduğu g¼r¼lm¼ř olsa da eğitimin çok değerlikenli analizlerde en tutarlı öng¼r¼c¼ olduğu tespit edilmiştir (Winkleby vd., 1992).

1.2.11. Değerlen Gıda Sekt¼r¼

1960’lı yıllardan bu yana, yiyeceklerin toplu hazırlanmasında teknolojik bir devrim yaşanmaktadır. Vakumlu paketleme, derin dondurma ve mikrodalgaların yaygın kullanımı gibi gelişmeler, yiyeceklerin etiket fiyatında ve hazırlamak için harcanan zamanın değerinde bir azalmaya yol açmıştır (Skinner vd., 2005).

Gıdaların daha kolay ve daha az maliyetle hazırlanması porsiyon boyutlarında b¼y¼meye yol açmıştır. Amerika’da, dışarıda servis edilen birçok yiyeceğin porsiyon boyutlarının geçen yıllara oranla arttığı anlaşılmıştır. Porsiyonlarında k¼ç¼lmeye giden markalar ise t¼keticisi sayısında ciddi bir d¼ř¼ř ve b¼y¼k eleştirilerle karşılaşmıştır (Finkelstein ve Zuckerman, 2008). ABD Tarım Bakanlığı’nın gıda alım anketi, ev dışından edinilen hazır gıdalardan kaynaklı kalori miktarının g¼nl¼k alınan toplam kalorideki oranının 1970 yıllarında %18’iken, 1990’lı yıllarda %32’ye yükseldiğini açıklamıştır (Christian ve Rashad, 2009). Gıda fiyatları ve porsiyon boyutları arasındaki

dengesizlik, insanların daha fazla tüketmesine ve böylece kilo almasına neden olmaktadır.

Amerikalılar, 1960'lı yıllarda gelirlerinin %18'ini gıda harcamalarına ayırırken, 2011 yılında bu oran %10'a gerilemiştir. Göreceli gıda fiyatları 1980 ile 2000 yılları arasında %14 düşmüştür. Öte yandan, aynı süre zarfında obezite oranları neredeyse iki katına ulaşmıştır (Saruç, 2015). Kessler'e göre, günümüz gıdalarının özellikleri; ucuz, pratik, hızlı, lezzetli, dış görünüşü (paketlemeleri) ilgi çekici, porsiyonları geniş, yüksek kalorili, alışkanlık oluşturan, yeme isteğini arttıran, kolay tüketilen ve yapay tatlandırıcılar içeren gıdalar olmalarıdır (Kessler, 2009).

1.2.12. Asimetrik Bilgi

Tüketiciler ve üreticiler, ancak piyasada üretilen tüm mal ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarında en doğru kararı verebilmektedir. Fakat tüketicilerin, tüm ürünler hakkında gerekli bilgiye ulaşım, tercih yapması oldukça zordur. Bu nedenle, devletin yasal düzenlemeler ve standardizasyonlar ile gerekli bilgiyi tüketiciye sağlaması gerekmektedir (Şenatalar vd., 2007).

Kişilerin beslenme ve gıdalar konusunda yetersiz bilgiye sahip olması obezitenin ve özellikle çocuk obezitesinin nedenlerinden biridir. Tüketicilerin, gıdaların içerikleri hakkında bilgi eksikliği yaşaması, sağlıksız gıdaları daha çok tüketmesi demektir ve bu durum devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır. Birçok ülkede gıdaların etiketlenmesi zorunlu hale gelmiştir. Böylece tüketiciyi bilgilendirmek ve daha sağlıklı tercihler yapmasını sağlamak amaçlanmaktadır. Fakat restoran, kantin ve yemekhane gibi alanlarda bu uygulamanın yapılması ve gıdaların besinsel değerleri hakkında bilgi alınması oldukça zordur (Saruç, 2015).

Gıda üreticileri, genellikle ürünlerin kalitesi ve içeriği hakkında tüketicilerden daha fazla bilgiye sahiptir ve bu durum asimetrik bir bilgi dağılımı oluşturmaktadır. Tüketiciler, gıdaların tam içeriğini öğrenmekte zorluk çekebilmekte ve firmalar,

yönlendirici olabilmektedir. Zararlı içerikler gösterilmeyebilir veya sadece belirli içeriklere dikkat çekerek, sağlıklı olduğu algısı oluşturulabilir. Asimetrik bilgi dağılımı sonucunda kişiler, aldıkları kalori ve besin değerlerinden, gıdaların kalitesinden habersiz biçimde tüketim yapmaktadır ve bu durum kişinin kilo almasında rol oynamaktadır (Kiesel vd., 2011).

1.3. OBEZİTE PREVALANSI

Sağlıksız beslenme ve hareketsizlik sonucunda oluşan obezite, günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ancak yeterince ciddiye alınmayan ve yeterli müdahalede bulunulmayan bu epidemik hastalık gün geçtikçe yayılmakta ve daha büyük bir sorun haline gelmektedir. DSÖ bu küreselleşen salgın durumunu “Globesity” olarak adlandırmaktadır (www.who.int/nutrition/topics/obesity). Bu başlık altında Dünyadaki ve Türkiye’deki obezite prevalansına yönelik veriler sunulmaktadır.

1.3.1. Dünyada Obezite Prevalansı

OECD 2017 raporuna göre, OECD ülkelerinde yaşayan her iki yetişkin kişiden birden fazlası ve altı çocuktan biri aşırı kilolu veya obezdir. Obezitenin son beş yıl içinde salgın hızı azalsa da artmaya ve yayılmaya devam etmektedir (OECD, 2017).

DSÖ tarafından yayınlanan, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporuna göre, dünya genelinde obezite prevalansı hızla artmaktadır. 2014 yılı verilerine göre erkeklerin %11’inin, kadınların ise %15’inin obez olduğu tespit edilmiştir. Yine kadınlarda %40 ve erkeklerde %38 olmak üzere yetişkinlerin %39’u fazla kiloludur. Tüm dünyada, obezite prevalansı 1980 yılından 2014 yılına kadar neredeyse iki katına çıkmış ve 2014 yılı için yarım milyardan fazla yetişkinin obez olduğu görülmüştür (WHO, 2014).

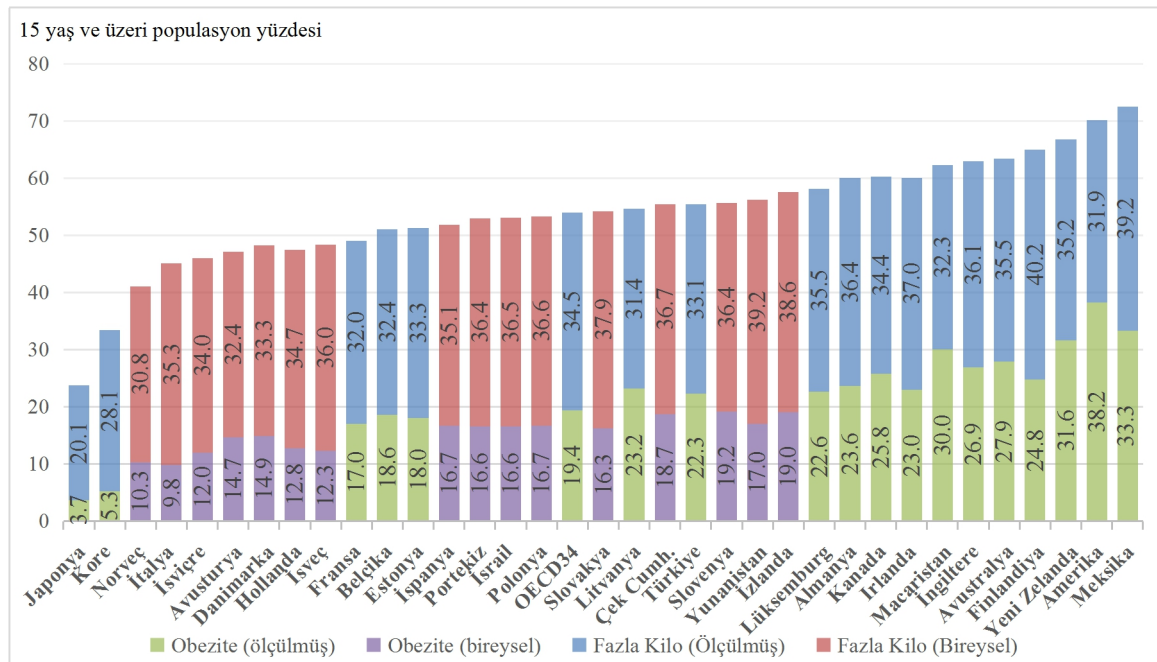
Obezitenin en hızlı artışı 1990’ların sonlarından bu yana gerçekleşmiştir. Birçok OECD ülkesinde hızla yükselen obezite prevalansı, en düşük oranlara sahip Güney Kore ve

Norveç'de bile iki katını aşmıştır. Bugün OECD ülkelerinde yetişkinlerin %54'ü aşırı kilolu, %19'u obezdir. Macaristan, Meksika, Yeni Zelanda ve ABD'de obezite oranları %30'u aşmış durumdadır (OECD, 2017).

Dünya çapında, 1975'den beri obezite oranı neredeyse üç katına yükselmiştir. 2016 yılı verilerine göre, dünya yetişkin nüfusunun 1,9 milyonu fazla kilolu ve bunların 650 milyondan fazlası ise obez sınıfına girmektedir. Bu da yetişkinlerin %39'unun fazla kilolu, %13'ünün ise obez olduğunu göstermektedir (WHO, 2018).

OECD 2014 verilerine göre üye ülkelerin tamamının ortalama obezite oranı %19,4 iken nüfusun yarısından fazlasının (%53,8) fazla kiloludur. Japonya, Kore ve İtalya, obezite oranları en düşük olan ülkelerdir. Öte yandan, Meksika, Amerika ve Yeni Zelanda ise %30'dan yüksek obezite oranları ile fazla kilolu nüfusun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Japonya %3,7 obez ve %23,8 fazla kilolu olmak üzere obez ve fazla kilolu oranı en düşük olan ülkedir. Meksika ise %72,5 ile fazla kilolu oranı en yüksek ülkedir. Yalnızca obezite değerleri dikkate alındığında, %38,2 ile en yüksek oran Amerika'da görülmektedir (OECD, 2014).

Grafik 1. OECD Ülkeleri Obezite Oranları (2015 veya Erişilen En Yakın Tarih)



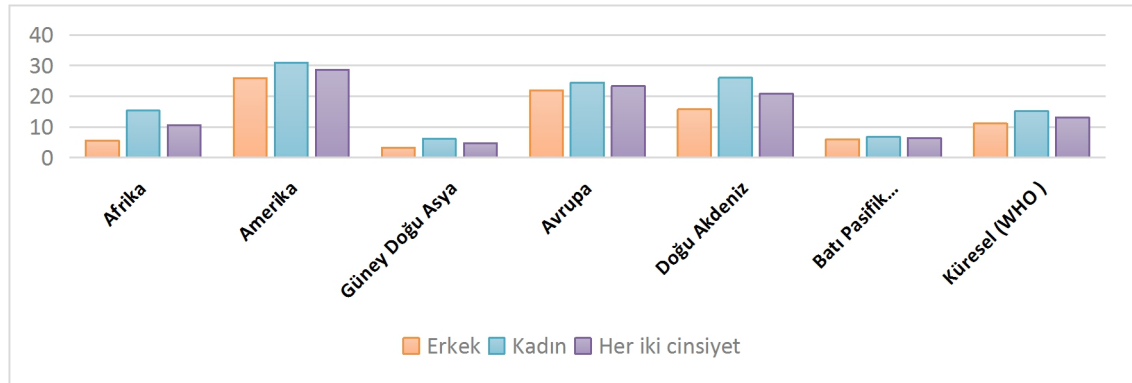
Kaynak: OECD, 2017

OECD 2017 verilerine göre; çoğu ülkede kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklere göre daha yüksektir. Ortalama verilerde bu fark oldukça azdır ve kadınların %20'sinin, erkeklerin %19'unun obez olduğu tespit edilmiştir. Kanada, Fransa, Almanya, İzlanda, Slovakya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık'ta iki cinsiyet arasındaki bu fark 1 puandan daha azdır. Meksika, Türkiye ve Kolombiya'da ise kadınlarda obezite oranı, erkeklerin 10 puan ve üstü değerlerinde seyrederken, Güney Afrika'da bu fark 22 puana ulaşmaktadır. Avustralya, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Kore, İrlanda ve Slovenya gibi ülkelerde erkeklerde obezite oranları daha yüksektir fakat kadınların değerleri ile aralarında ciddi bir fark görülmemiştir.

OECD'nin obezite güncel veriler raporunun 2030 yılı için tahmini obezite oranlarına göre, dünya geneline kıyasla obezite değerleri yüksek olan ABD, Meksika ve İngiltere için değerlerin sırasıyla %47, %39 ve %35 olması beklenmektedir. Öte yandan, her zaman obezite değerleri düşük olan Kore ve İsviçre için de artış yaşanması öngörülmektedir. 2030 yılında, İtalya'nın %13'ünün ve Kore'nin %9'unun obez olacağı tahmin edilmektedir. Fransa ve İspanya için ise tahmini değerler %21 olarak belirlenmiştir (OECD, 2017).

Grafik 2'de bölgelere göre yetişkinlerde obezite prevalansı gösterilmektedir. 18 yaş üstü bireylerin beden kitle indekslerinin bölgelere göre oranları verildiği grafik incelendiğinde, bölgeler arasında büyük farklar olduğu görülmektedir. Obezitenin en yaygın olduğu bölge Amerikadır ve onu Avrupa takip etmektedir. Tüm bölgeler arasında obezite prevalansının en düşük olduğu bölge Güneydoğu Asya olarak belirlenmiştir. Sanayileşme ve kentleşme sonucu refah seviyesi yükselmiş bölgelerde obezite prevalansının daha yüksek olduğu ve henüz gelişmemiş, geri kalmış bölgelerde ise bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir. Dünya geneli için ortalama obezite değeri %12,9 olarak belirlenmiştir. Amerika, Avrupa ve Doğu Akdeniz'de oranlar ortalamanın üstündedir. Öte yandan, Afrika, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik Bölgesi'nde obezite oranları ortalamanın altında kalmaktadır.

Grafik 2. Bölgelere Göre Yetişkinlerde Obezite Prevalansı



Kaynak: apps.who.int/gho/data, (2016 yılı verileri baz alınmıştır)

Bölgelere göre obezite yaygınlığına bakıldığında, en yüksek değerler toplam fazla kilolu ve obez oranının %61 ve sadece obez oranının %27 olduğu Amerika'da görülmektedir. Obezite prevalansı en düşük bölge ise, fazla kilolu ve obez oranı %22, sadece obez oranı %5 olan Güney-Doğu Asya Bölgesidir. Avrupa, Doğu Akdeniz ve Amerika'da kadınların yarısından fazlası fazla kiloludur ve bu bölgelerde görülen obezite oranları ise sırasıyla %25, %24 ve %30'dur (WHO, 2014).

Grafiğin detaylı incelenmesi ile elde edilecek bir diğer sonuç ise kadınlarda obezite prevalansının erkeklere göre daha yüksek olduğudur. Özellikle Doğu Akdeniz ve Afrika'da kadın ve erkek oranları arasında büyük bir fark görülmektedir. Kadınlarda ortalama obezite oranı %15,2, erkeklerde %10,7'dir. Dünya ortalaması ile karşılaştırıldığında kadınların ortalamasının üstünde olduğu ve erkeklerde ise değerlerin ortalamasının altında kaldığı görülmüştür.

Avrupa Birliği'nin (2006) beslenme ve obeziteyi önleme konulu raporuna göre; Tüm dünyada yetişkinlerin bir milyonundan fazlası fazla kiloludur ve bunların 300 milyonu obezdir. Avrupa Birliği içinde ise yetişkin nüfusun yarısından fazlasının yani 200 milyon kişinin fazla kilolu ya da obez olduğu tahmin edilmektedir (European Commission, 2006).

Yetişkin nüfusta, obezite oranları hızla yükselirken çocuk ve ergenlerde de durum farklı değildir. Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Davranışları araştırmasına göre, OECD

ülkelerinde uygulanan tüm önleyici politikalara rağmen, 15 yaş ve altındakilerde obezite değerleri 2000 yılından bu yana istikrarlı şekilde artış göstermektedir. ABD’de 15 yaşında fazla kilolu ve obez çocukların oranı %31’e ulaşmıştır (OECD, 2017).

Avrupa Birliği’nde çocukların dörtte biri fazla kilolu veya obez sınıfındadır ve her yıl bu sayıya 400.000 çocuk eklenmektedir. Obez çocukların sayısı ise 3 milyon olarak belirlenmiştir ve bu sayıda yıllık 85.000 artış yaşanmaktadır. Yetişkinlik öncesi dönemde, bu çocukların kronik hastalıklara yakalanma ihtimalleri oldukça yüksektir ve bu durum Avrupa Birliği için ciddi bir endişe kaynağı olmaktadır (European Commission, 2006).

Çocuklarda ve ergenlerde obezitenin artışı, büyük bir sorun haline gelmiştir. 5-19 yaş arası popülasyonda görülen obezite sıklığı 1975 yılında sadece %4 iken, 2016 yılında bu oran %18’e yükselmiştir ve 5-19 yaş arası çocuk ve ergenlerde obezite sayısı 340 milyondan fazla olarak belirlenmiştir. Kız ve erkek çocuklarında oranlar ciddi bir farklılık göstermemiştir; 2016 yılı için kız çocuklarının %18’i, erkek çocukların %19’u fazla kilolu veya obez sınıfındadır. 2016 verilerine göre, 5 yaş altı çocuklardan 41 milyonuna fazla kilolu veya obez teşhisi konulmuştur (WHO, 2018).

Daha önce hiçbir dönemde çocuklarda obezite oranları bu denli yükselmemiştir. Günümüzde çocuk obezitesi her ülkede hızla yayılan bir salgındır. Okul öncesi dönemde obez olan çocukların üçte biri, ilkokulda obez olan çocuklarınsa yarısı yetişkinlik çağlarında da obezdir. Çocukluklarında obez olanların, yetişkinliklerinde obez olma ihtimalleri obez olmayanlara göre iki kat fazladır. Bu durum, obezite ile mücadelede çocuk obezitesini önlemenin ne kadar büyük rol oynayacağını göstergesidir (Saruç, 2015).

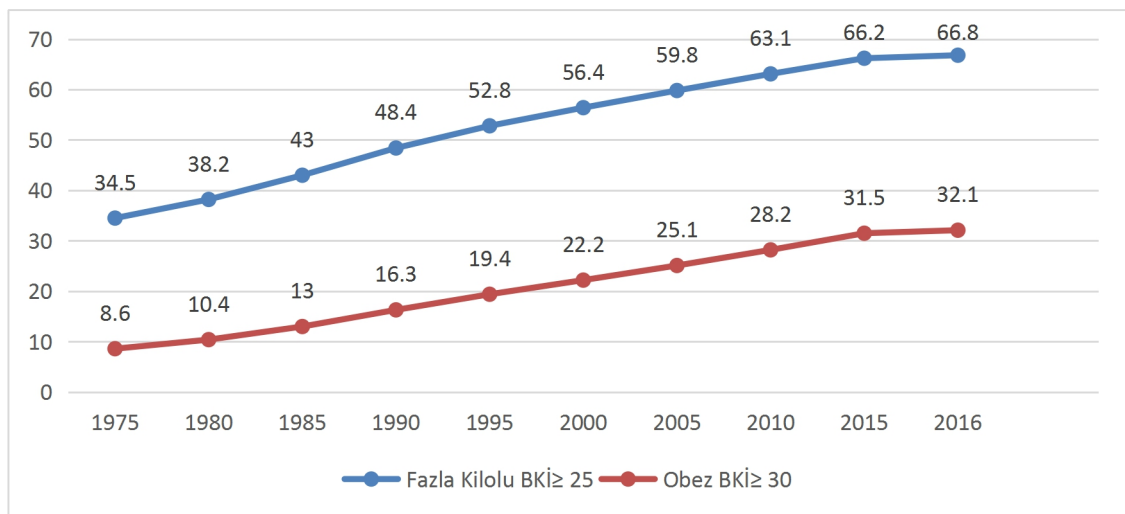
Obezite ile mücadele eden kişilerin sayısı açlıkla mücadele edenlerden daha fazladır ve fazla kiloları nedeniyle ölen kişi sayısı açlık nedeniyle ölen kişi sayısından daha yüksektir (WHO, 2018). Yüksek vücut kitle indeksinin neden olduğu ölümler, 2005 yılından 2015’e dünya genelinde %19,5 artış göstermiştir ve 2015 yılında yaklaşık 4 milyon kişinin hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Obezite, kaybedilen sağlıklı

yaşam yılları açısından Türkiye'de birincil risk faktörüdür. Diğer altı OECD ülkesinde ikincil risk faktörü ve 24 diğer üye ülke için üçüncül risk faktörüdür (OECD, 2017).

1.3.2. Türkiye’de Obezite Prevalansı

DSÖ’nün 1975-2016 Türkiye verilerine göre hazırlanan Grafik 3, Türkiye’de yıllara göre yetişkinlerde fazla kilolu ve obez (BKİ \geq 25) oranlarını göstermektedir. 1975 yılında toplumun sadece %34,5’i fazla kilolu ve %8,6’sı obez iken 2016 yılında bu oranlar sırasıyla %66,8 ve %32,1’e ulaşmıştır. Geçen süre zarfında, kadınlarda fazla kilo oranı %38,1’den %69,3’e, erkeklerde %30,4’ten %64’e yükselmiştir. Obezite oranlarıysa kadınlarda %12,9’dan %39,2’ye, erkeklerde %3,9’dan %24,4’e yükselmiştir. Toplumun yarısından fazlasının fazla kilolu ve %32,1’inin obez olduğu görülmektedir. Grafiğin incelenmesi ile obezitenin sürekli olarak artış eğiliminde olduğu ortaya çıkmaktadır. Yıllar içinde neredeyse iki katına ulaşan şişmanlık, Türkiye için büyük bir sorun haline gelmektedir. Ortalama BKİ değeri ise 2016 yılında 23,6’dan 27,9’a yükselmiştir. Her iki cinsiyet için ayrı ayrı ele alındığında ise 1975 yılında ortalama BKİ erkeklerde 22,6 kadınlarda 24,5 iken 2016’da bu değerler sırasıyla 27,1 ve 28,6’ya yükselmiştir (www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight).

Grafik 3. Türkiye’de Yıllara Göre Fazla Kilolu ve Obez Oranları



Kaynak: www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults

Sağlık Bakanlığı'nın 2019 yılında gerçekleştirdiği, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri kişilerin %34'ü fazla kilolu olarak değerlendirilen BKİ değeri aralığında iken, katılımcıların %31,5'inin obez sınıfına girdiği görülmüştür. Bu değerler göz önüne alındığında toplumun %65,5'inin ya fazla kilolu ya da obez olduğu anlaşılmaktadır. Kadınlarda obezite oranlarının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır ancak erkeklerin fazla kilolu olma sıklığı daha yüksektir (TBSA, 2019).

Tablo 3. 15 ve Üzeri Yaş Bireylerde Obezite Görülme Sıklığı (%)

	Fazla Kilolu (BKİ: 25,0-29,9)	Obez (BKİ≥ 30)
Erkek	39,9	24,6
Kadın	27,6	39,1
TOPLAM	34,0	31,5

Kaynak: TBSA, 2019

Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılı Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Raporu sonuçlarına göre; Türkiye'de 15 yaş ve üzeri nüfusun ortalama BKİ değeri erkekler için 26,6 kg/m², kadınlar için 28,3 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Her üç kişiden ikisi fazla kilolu (BKİ≥25 kg/m²), her 10 kişiden 3'ü (BKİ≥30 kg/m²) obezdir. Obezite prevalansı, erkeklerde %21,6, kadınlarda %35,9 ortalama olarak %28,8'dir. Kadınlarda obeziteye, erkeklere göre 1,6 kat daha sık rastlanmaktadır. Kadınlarda ortalama bel çevresi 87,9 cm ve kalça çevresi 102,5 cm olarak belirlenmiştir, erkeklerde bu değerler sırasıyla 91,3 cm ve 98,7 cm'dir (DSÖ, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2008- 2019 yılları arasında yapılan Türkiye Sağlık Araştırmaları, 15 yaş ve üstü bireylerde fazla kilo ve obezite oranlarını incelemiştir. Sonuçlara göre obezite oranı, 2008 yılında %15,2 iken 2016 yılında %19,6'ya ulaşmıştır ve 2019'da bu oran %21,1 olarak hesaplanmıştır. Tablo 4'deki değerler genel olarak incelendiğinde, düşük kilolu ve obez sınıfında kadınların, normal ve fazla kilolu sınıfında ise erkeklerin oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık, 2019 yılında fazla kilolu ve obez oranının toplamı kadınlarda %55,2 ve erkeklerde %57 olarak bulunmuştur. 2008 yılından fazla kilolu ve obez bireyler katılımcıların yüzde

47,6'sını oluştururken 2019 yılı için bu oran yüzde 56,1'e yükselmiştir. Bir önceki araştırma yılı olan 2016'ya göre obezite oranında %7,6 oranında bir artış görülmüştür. (Türkiye Sağlık Araştırması, 2019).

Tablo 4. Beden Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı 2008-2019 (15 Yaş ve Üzeri)

Yıl	Cinsiyet	Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
2008	Erkek	2,7	48,1	36,9	12,3
	Kadın	5,9	48,2	27,4	18,5
	Toplam	4,2	48,2	32,4	15,2
2010	Erkek	3,5	46,1	37,3	13,2
	Kadın	5,9	44,7	28,4	21,0
	Toplam	4,7	45,5	33,0	16,9
2012	Erkek	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın	5,1	43,6	30,4	20,9
	Toplam	3,9	44,2	34,8	17,2
2014	Erkek	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	5,5	40,7	29,3	24,5
	Toplam	4,2	42,2	33,7	19,9
2016	Erkek	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	5,6	40,4	30,1	23,9
	Toplam	4,0	42,1	34,3	19,6
2019	Erkek	2,7	40,3	39,7	17,3
	Kadın	4,9	40,0	30,4	24,8
	Toplam	3,8	40,1	35,0	21,1

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, 2015, Türkiye Sağlık Araştırması, 2016 ve Türkiye Sağlık Araştırması, 2019

Türkiye’de yetişkinlerde obezite prevalansını geniş kapsamda ölçen ve değerlendiren, belirli çalışmalar bulunmaktadır. Türkiye’nin obezite araştırmalarına oldukça katkı sağlayan bu çalışmaların başlıcaları; Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması

(TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması ve (TOAD) Türkiye Obezite Profili Çalışmasıdır (DSÖ, 2018).

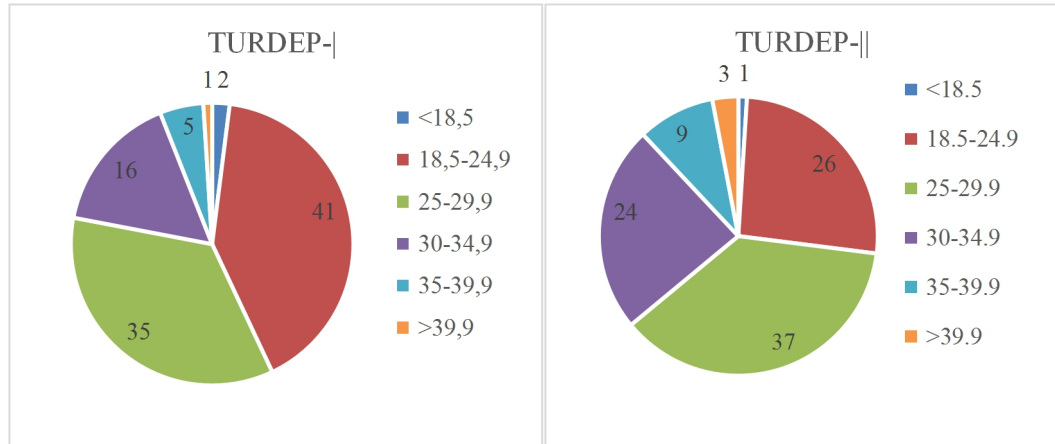
1990-2000 yılları arasında 8.764 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmaya göre; fazla kilo oranları erkeklerde %17,4, kadınlarda %20,4 ve ortalama olarak %19 olarak belirlenmiştir. Obezite prevalansı ise, erkeklerde %7,8, kadınlarda %22,1 ve ortalama %15,6'dır. Fazla kilolu ve obez nüfusu, toplumun %34,6'sını oluşturmaktadır. Kırsal kesim ve kent arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir fakat eğitim düzeyi düştükçe obezite oranlarının arttığı belirlenmiştir. Fazla kilo ve obezitenin, kadınlarda daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Delibaşı vd., 2007).

TOHTA, 1999-2000 yılları arasında yapılmış bir çalışmadır. Araştırma sonucu, kadınlarda obezite oranının %36, erkeklerde %21,5, ortalama değer ise %25 olduğunu göstermiştir (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2014). Ayrıca kadınlarda obezite görülme riskinin erkeklere oranla 1,8 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Türkiye'de obeziteye yönelik yapılan önemli araştırmalardan biri olan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP-I), 20 yaş ve üzeri 24.788 bireyle yapılmıştır. Şişmanlık prevalansı, erkeklerde %12,9, kadınlarda %29,9 ve ortalama değer %22,3 olarak hesaplanmıştır. Kentlerde obezite oranları %23,8'e ulaşırken, kırsal kesimde %19,6 olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017).

TURDEP-I Çalışması'nın 12 yıl ardından TURDEP-II Çalışması, Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 20 yaş ve üzeri 26.499 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. İlk çalışma ile kıyaslandığında sonuçlar, Türkiye'de diyabet sıklığının %90, obezite sıklığının %44 arttığı yönündedir. Kent ve kırsal kesim arasındaki obezite oranlarında bu defa anlamlı bir fark görülmemiştir. TURDEP-II sonuçlarına göre, Türkiye erişkin nüfusunun 2/3'ü kilolu veya obezdir (Satman vd., 2010). TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmalarından elde edilen BKİ verilerine göre bireylerin sınıflandırılması Grafik 4'de görülmektedir.

Grafik 4. TURDEP-I ve TURDEP-II Verilerine Göre Bireylerin BKİ Sınıflandırılması.



Kaynak: Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2014.

Bir diğer çalışma ise, ülke genelinde her beş yılda bir yapılan ve kadınlara yönelik bir araştırma olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasıdır (TNSA). 15-49 yaş grubundaki kadınlarla gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre 1998, 2003, 2008 ve 2018 yıllarında fazla kilo oranları sırasıyla %33,4, %34,2, %34,4 ve %29 olarak, obezite değerleri ise %18,8, %22,7, %23,9 ve %30 olarak ölçülmüştür. Geçen 20 yıl içinde kadınlarda obezite oranları %37,3 artmıştır. 2018 araştırmasına göre kadınlarda ortalama BKİ değeri 27,3 olarak bulunmuştur (TNSA 2014 ve TNSA 2018).

Türkiye’de, özellikle kadınlarda görülen obezite değerleri dünya ortalamalarının üstünde seyretmektedir. Türk kadınlarında genellikle görülen; fiziksel aktivite düşüklüğü, yüksek doğum sayısı, uzun laktasyon dönemleri, eşlik eden diyabet ve hipertansiyon, düşük gelir ve düşük eğitim düzeyi gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda bu sonuç şaşırtıcı olmamaktadır (Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2014).

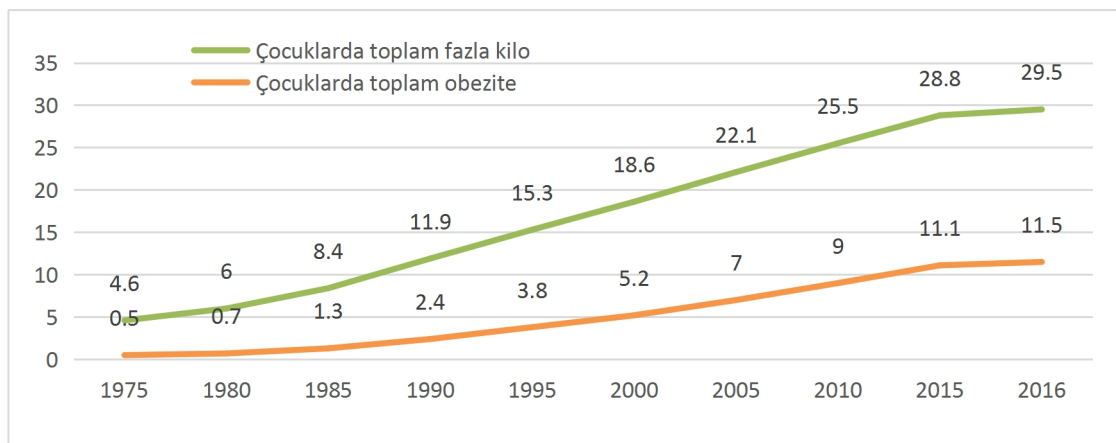
Türkiye’de Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre, Türkiye’de erkeklerin %37’si, kadınların %29’u fazla kilolu, erkeklerin %15’i, kadınların %29’u obezdir. Bel çevresi ölçümünde ise kadınların bel çevresinin ortalama değerlerden daha geniş olması durumu %44 iken, erkeklerde %21’dir. Kadınlarda geniş bel çevresi, erkeklere oranla neredeyse iki kat daha fazla görülmüştür. Öte yandan, bel

kalça oranı riskli olan erkeklerin yüzdesi, kadınlardan daha yüksektir. BKİ riskli düzeyde olan otuz yaş üstü erkeklerin oranı %38, kadınların ise %30,4'tür. (Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Türkiye'de obezitenin yetişkinlerde ölçümünün yanı sıra çocuk ve adolesanlarda da obezite prevalansına yönelik belirli araştırmalar yapılmıştır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 ile 0-5 yaş arası 2.567 çocuğun kilo ve boyları değerlendirilmiştir. Bu yaş grubunda erkeklerin %10,1'inde ve kız çocuklarının %6,8'inde obezite görülmüştür. Erkek çocuklarının %17,8'i, kız çocuklarının %18,0'i fazla kilolu/hafif şişmandır. Çocuklarda zayıflık oranı %10,3, çok zayıflık ise %5,6 olarak belirlenmiştir. Yetişkinlerin aksine, çocuklarda obezite görülme sıklığı erkeklerde daha yüksektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

DSÖ'nün Türkiye'de 5-19 yaş arası çocuk ve ergenlerde yıllara göre obezite ve fazla kilo görülme sıklığı Grafik 5'de gösterilmektedir. Grafiğin incelenmesi ile 1975 yılında 0,5 olan obezite oranının neredeyse 20 katına çıktığı ve %11,5'e yükseldiği görülmektedir. Fazla kilo oranı ise %4,6'dan %29,5'e yükselmiştir. Çocuklarda ve ergenlerde obezite ve fazla kilo görülme sıklığı hızla artmaktadır.

Grafik 5. Türkiye'de 5-19 Yaş Arası Çocuklarda Obezite ve Fazla Kilo Sıklığı



Kaynak: www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity

Türkiye’de çocuk ve ergenlerde obeziteyi oluşturan en önemli risk faktörleri: düşük fiziksel aktivite, yüksek aile geliri, ebeveynlerin eğitim durumu, sosyoekonomik durumun yüksek olması, uyku süresinde azalma, büyük şehirde yaşama, obez ebeveynlere sahip olma (anne ve babanın BKİ düzeyleri), yüksek kiloda doğma, televizyon seyredirken yemek yeme, abur-cubur ve şeker yeme, kahvaltı öğününü atlama, şekerli içecekler tüketme ve televizyon ve bilgisayar karşısında uzun zaman geçirme olarak belirlenmiştir (Erem, 2015).

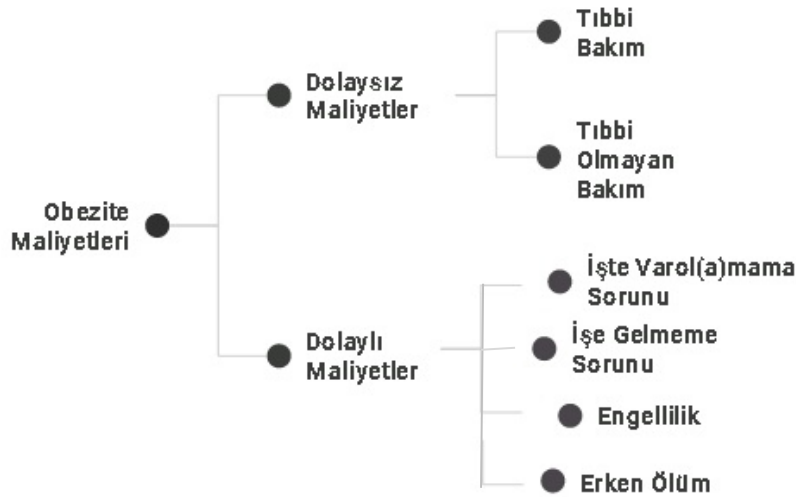
1.4. OBEZİTENİN MALİYETLERİ

Obezite, hızla artan bir hastalık olarak birçok kötü sonucu da beraberinde getirmektedir. Psikolojik ve bedensel hastalıkların tetikleyicisi olarak bilinmektedir. Obezitenin; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabet, beyin damar hastalıkları ve romatizma gibi birçok önemli kronik hastalığa sebep olduğu görülmüştür. Aynı zamanda bazı kanser türleri için büyük risk faktörü olarak belirlenmiştir. Böylece, oluşan hastalıkların doğurduğu sağlık harcamaları ve kişinin üretkenliğinin düşmesi gibi yaşamını etkileyen sonuçları ile obezite, oldukça büyük bir ekonomik yük haline gelmiştir (Wolf, 2002).

Obezitenin kişisel, sosyal ve ekonomik maliyetleri bulunmaktadır. Lipgene Projesinde (2002), Avrupa Birliği'ne üye olan on beş ülkede aşırı kilo ve obezite sonucu oluşan doğrudan ve dolaylı maliyetlerin toplam 32,8 milyar euro olduğu tahmin edilmiştir (Badilas, 2011). Obezite, tüm küresel ölümlerin yaklaşık yüzde 5'inin nedenidir. Obezitenin küresel ekonomiye etkisi, yaklaşık olarak 2,0 trilyon dolardır ve küresel GSYİH'nin %2,8'ini oluşturmaktadır. Bu verilerin, sigara veya silahlı şiddet, savaş ve terörden kaynaklanan küresel maliyetlere eşit olduğu ifade edilmektedir (McKinsey Global Institute, 2014).

Şekil 1’de gösterildiği üzere, obezite sonucu oluşan maliyetler, dolaysız ve dolaylı maliyetler olarak iki başlık altında incelenmektedir. Dolaysız (doğrudan) maliyetler, obezite ile mücadelede kaynakların direkt olarak kullanılmasıyla oluşan maliyetleri ifade etmektedir. Tıbbi hizmetler, tedavi ücretleri bu sınıfta değerlendirilmektedir.

Dolaylı maliyetler ise kişinin fazla kilosu sonucu bedeninde ve psikolojisinde oluşan etkilerin üretkenliğinde azalmaya yol açması ile oluşan maliyetlerdir. İşe gelememe, işte yeterince verimli olamama gibi sonuçlar dolaylı maliyetlere örnek gösterilebilir (Saruç, 2015).



Kaynak: Lehnert vd., 2013.

Şekil 1. Obezite Maliyetlerinin Kategorileri

Dolaylı ve dolaysız maliyetleri hesaplamak için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde, tüketilen tüm kaynaklar, bu maliyetleri kimin karşıladığına bakılmaksızın, toplumsal fırsat maliyetlerini yansıtan piyasa fiyatları tarafından dikkate alınmalı ve parasal olarak değerlendirilmelidir. Ancak, obezitenin neden olduğu mali yükü ödeyen kişi ve kurumların (örneğin sigorta şirketleri) perspektifine göre, maliyetler yalnızca sağlık hizmetleri için ödenen ücretleri, nakit yardımlarını veya iş kaybı günlerinin tazminatını içermektedir. Maliyetlerin belirlenmesinde hasta düzeyinde veri toplanması veya rutin istatistiklerden elde edilen toplam maliyet verilerinin kullanılması olarak iki yol izlenilebilmektedir. Hasta düzeyinde veri toplamaya aynı zamanda alttan tabana çalışma denilmektedir ve obez olan bireylerin obez olmayanlara oranla neden olduğu ek harcamaların hesaplanması ile belirlenmektedir. Toplam maliyet verileri ile yapılan çalışmalar ise yukarıdan aşağıya çalışmalar olarak adlandırılmaktadır ve obezite prevalansı ve obezite sonucu oluşan

spesifik hastalıkların risklerini birleştirerek obezitenin neden olduğu maliyetler hesaplanmaktadır (Lehnert vd., 2013).

1.4.1. Obezitenin Doğrudan Maliyetleri

Birçok epidemiyolojik çalışma, bazı spesifik hastalıkların oluşma riski ile aşırı vücut ağırlığı arasındaki ilişkiyi incelemiştir ve bu çalışmalar kişinin BKİ değeri ile hipertansiyon, inme, diyabet, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi, meme kanseri ve kolon kanseri de dahil olmak üzere birçok kanser türü arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (WHO, 2000). Tüm bu hastalıkların kişinin sağlığı ve yaşam kalitesi için maliyeti olduğu gibi hem bireysel hem de ülkesel belirli ekonomik maliyetleri bulunmaktadır.

Dolaysız maliyetler, obezitenin teşhisi, tedavisi ve korunması için sunulan hizmetlerin maliyetlerini içermektedir. Hastane tedavisi, tıbbi hizmetler için ayrılan bütçe, doktor ve muayene ücretleri, ilaç harcamaları, ulusal sağlık sigortasından talep edilen tıbbi bakım, obezite sonucu oluşan hastalıkların tedavisi için harcanan kaynaklar dolaysız maliyetler kapsamında değerlendirilmektedir (Ayas, 2016).

Danimarka'da 2008 yılında yapılan bir çalışmada, 31.840 kişinin bel çevresi ölçüm değerleri ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve 50-64 yaş grubu arası bireylerin 7 yıl boyunca sağlık harcamaları takip edilmiştir. Elde edilen verilere göre normal bel çevresi ölçülerinin üzerindeki her 1 cm, erkeklerde %2,08, kadınlarda %1,25 oranında sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Bel ölçüsü 95 cm olan bir kadının normal değerlerde olan bir kadına göre %22 daha fazla sağlık harcaması yaptığı görülmüştür (Højgaard, 2008). 25-65 yaş arası 2.581 kişi ile yapılan bir diğer araştırmaya göre, yıllık kişi başı ortalama sağlık harcamaları, sağlıklı kilodakiler için 1.029 euro iken, fazla kilolu olanlar için 1.093 euro olarak hesaplanmıştır (Wolfenstetter, 2012).

ABD ekonomisi için obezitenin maliyeti oldukça yüksektir ve gün geçtikçe yükselmektedir. Sağlık harcamalarında yaşanan artışın %36'sı obezite ile ilişkilidir ve

bu oran sigara ve alkolün sebep olduğu artıştan yüksektir (Klonoff, 2009). Avrupa Komisyonu, Avrupa Birliği'nin 2006 yılı toplam sağlık harcamalarının %7'sinin obeziteye ayrıldığını bildirmiştir. Bu oran, 2012'de yılda yaklaşık 81 milyar euroya eşittir. DSÖ, Avrupa bölgesindeki 53 ülkede sağlık harcamalarının %2-8'ini obezitenin oluşturduğunu öngörmektedir (Alistair ve Ferguson, 2014).

Gelişmiş ekonomilerin çoğunda, obezite insan kaynaklı ilk üç ekonomik yükten biridir. Birleşik Krallık'ta obezite, ekonomik yük olarak sigaranın ardından gelmektedir ve 2012'de GSYİH'nin yüzde 3'ü yani 70 milyar dolardan fazla bir ekonomik kaynak obezite için harcanmıştır. ABD'de askeri harcamalar ilk sırada yer alırken ikinci sırada obezite harcamaları bulunmaktadır. ABD'de 2012 yılında 663 milyar dolar yani GSYİH'nin yüzde 4,1'i obezite maliyetlerine ayrılmıştır (McKinsey Global Institute, 2014).

İngiltere, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin 2007 yılında toplam sağlık harcaması 7,4 milyon sterlidir ve 4,2 milyon sterlin, fazla kilo ve obezite sonucu oluşan hastalıklara ayrılmıştır. Bu veriler ile öngörülen aşırı kilo ve şişmanlık prevalansının, 2050 yılına kadar Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin yıllık toplam maliyetlerine, 5,5 milyar sterlin ekleyeceği tahmin edilmektedir (Garde, 2010).

Ulusal Tıp Akademisi'ne göre, obezite prevalansının ABD'den sonra en sık görüldüğü ülke olan ve fazla kilolu oranlarında dünya genelinde ilk sırada yer alan Meksika için obezite, 2008 yılında 3,2 milyar ABD dolarına mal olmuştur. 2017 yılı için bu maliyetin 5,3 milyar dolar olacağı tahmin edilmiştir (Haskins, 2013).

2002 yılı verilerine göre, Avrupa Birliği'nde obezite oranları en düşük ikinci ülke olan Fransa için bile obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetleri toplam 4,3 milyar euroya ulaşmıştır. İngiltere'deki obezite maliyetlerinin 5,4 milyar euro olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetleri toplam 92,6 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (Badilas, 2011). 2010 yılında ABD'de yapılan bir araştırma obezitenin yıllık toplam maliyetinin obez bir kadın için 4.879 dolar ve obez bir erkek

için 2.646 dolar olarak belirlemiştir. Her iki cinsiyet için de kilo durumu ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Dor vd., 2010).

Türkiye için obezite ve neden olduğu hastalıkların maliyetlerine yönelik bir araştırmaya göre, 2004 yılında obezite maliyeti 4,5 milyar dolar ve GSYİH'nin %1,6'sı olarak belirlemiştir. Ancak, obezite maliyeti 2012 yılında 13,5 milyar dolara yükselmiştir ve GSYİH'nin %1,73'üne denk gelmektedir. Obez hastalar için cerrahi müdahaleler dışı tedavi maliyetleri ise 2.035 ABD doları olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçları, obezitenin Türkiye için büyük bir ekonomik yük olduğunu ortaya koymaktadır (Koçkaya vd., 2013).

Obezitenin neden olduğu sağlık hizmeti maliyetlerinin büyük kısmı, obezite ve neden olduğu hastalıklar sonucu uzun süreli bakım gerektiren kronik rahatsızlıklardan oluşmaktadır. Cerrahi müdahale, ilaç ve rehabilitasyon tedavisi bu maliyetlere örnektir. Tedavi maliyetlerinin yanı sıra kilo verme ilaçları ve hizmetleri için yıllık 33 milyar dolar harcama yapılmaktadır (Gordes, 2014).

Obezite, bazı gelişmiş ülkelerde toplam sağlık bakım maliyetlerinin %2-6'sını oluşturmaktadır. Bazı tahminlere göre bu oran %7'ye kadar yükselmektedir. Obezite maliyetleri hesaplanırken tüm koşullar hesaplamalara dahil edilemediğinden gerçek maliyetlerin çok daha fazla olması kaçınılmazdır (WHO, 2003).

1.4.2. Obezitenin Dolaylı Maliyetleri

Obezite, neden olduğu sağlık harcamalarının yanı sıra oluşturduğu psikolojik ve bedensel etkiler ile kişide verimlilik kaybı oluşturmaktadır. Bu açıdan da ekonomik kayıplara ve maliyetlere sebep olmaktadır. Dolaylı maliyetler, obezitenin neden olduğu verimlilik kaybını ele almaktadır ve dolaysız maliyetlere göre hesaplanması daha zor maliyetlerdir. İşe gelmeme (absenteeism), işte var olamama durumu (presenteeism) ve engellilik gibi nedenlerden dolayı kaliteye uyarlanmış yaşam yıllarının kaybı (QALY)

olarak açıklanmaktadır. Ölüm maliyetleri ise erken ölümler sonucu oluşan verimlilik kaybını içermektedir (Hammond ve Levine, 2010).

Pek çok sağlık ekonomisti, erken emeklilik, iş yerinde verimlilik kaybı ve işe gelmeme gibi şişmanlığın toplumsal maliyetlerine odaklanmaktadır. Bu dolaylı maliyetlerin, fazla kilo ve obezitenin, toplam maliyetinin %60'ını oluşturduğu tahmin edilmektedir (James ve McPherson, 2017).

Obez olmayan çalışanlara kıyasla, obez olanlar hastalık, yaralanma veya sakatlık nedeniyle daha fazla iş günü kaybı yaşamaktadırlar (Trogdon vd. , 2008). BKİ yükseldikçe kişinin sağlık giderleri de yükselmektedir. Fakat obezite sonucu yaşanan verimlilik kaybının mali değeri, doğrudan maliyetlerden daha yüksektir ve ülke ekonomileri için daha büyük bir yük haline gelmiştir (Dee vd., 2014). Obezitenin dolaylı maliyetlerini daha iyi açıklamak için absenteeism, presenteesim, engellilik ve erken ölüm ayrı başlıklarda ele alınmaktadır.

1.4.2.1. Absenteeism

Absenteeism, kişinin sağlık sorunları nedeniyle işe gelememesi ve işten uzak geçirdiği süre olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sorunları nedeniyle, kişinin izinli geçirdiği günlerin değerlendirilmesi ile hesaplanmaktadır ve diğer dolaylı maliyetlere göre ölçümü daha kolay olduğu için daha sık kullanılmaktadır. Çoğu araştırma, fazla kilolu ve obez çalışanların normal kilodaki çalışanlara göre daha fazla sağlık izni kullandığını göstermiştir. İşe gelmeme durumu sonucu fazla kilolu çalışanların kişi başı yıllık maliyeti 1.738 dolar, obez çalışanların ise 1.857 dolar olarak tahmin edilmiştir (Goettler vd., 2017).

İsveç'te yapılan bir çalışma, uzun süreli (6 ay ve daha uzun) hastalık izni kullanma sıklığının normal kilodaki çalışanlara göre, obez erkeklerde 1,4 kat, obez kadınlarda ise 2,4 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. İsveç'te hastalık ve sakatlık nedeniyle yaşanan

toplam üretkenlik kaybının yaklaşık %7'sinin şişmanlık sonucu üretkenlik kaybindan olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2000).

İrlanda'da yapılan çalışmalar hastalık izni kullanma sıklığının obezite ile pozitif bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. 2009 yılında, fazla kilo ve obezite sonucu verimlilik kaybının İrlanda için 865 milyon euro olduğu tahmin edilmiştir. Bu maliyetin ana sebebi olarak, fazla kilolu ve obez çalışanlarda absenteeism oranlarının daha yüksek olması belirlenmiştir (Fitzgerald vd., 2016).

Obeziteye bağlı işe gelmeme durumunun, Fransa'da her obez çalışan için 45 dolar olmak üzere toplam 155 milyon dolar maliyet oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu değer, Çin'de obez çalışan başı 364 dolar olmak üzere toplam 44,8 milyar dolar değerindedir. Amerika'da yaşayan her bir obez çalışanın absenteeism maliyeti 79 ile 132 dolar arasında hesaplanmıştır, toplam maliyetinin ise 3,38 milyar ile 6,38 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Trogdon vd., 2008).

ABD'de 10.825 kişinin değerlendirilmesi ile yapılan bir araştırma obez çalışanların, normal çalışanlara göre 1,74 kat daha fazla işe gelmeme durumu yaşadıklarını göstermiştir. Yüksek seviyede absenteeism (son 6 ay içinde 7 veya daha fazla sağlık izni kullanma), obez çalışanlarda normal çalışanların iki katı sıklıkta görülmüştür (Tucker ve Friedman, 1998).

Absenteeism, kişinin sağlık sorunları nedeniyle işten uzaklaşmasıdır ve obezite ile absenteeism arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Fazla kilolu çalışanlar için güçlü kanıtlar bulunmamıştır ancak obez çalışanların sonuçları göz önüne alındığında fazla kilolu çalışanlarda da absenteeism sonucu verimlilik kaybı yaşanması muhtemeldir (Janssens vd., 2012).

1.4.2.2. Presenteeism

Obezitenin oluşturduğu sağlık problemleri nedeniyle işe gelememe sorunu ölçümü kolay bir maliyettir. Öte yandan iş yerinde bulunan fakat fazla kiloları nedeniyle yeterli performans sergileyemeyen çalışanların neden olduğu maliyetler bulunmaktadır ve bu maliyetlerin ölçülmesi daha zordur. İşte var olamama durumu veya presenteeism, çalışmakta olan ancak artan sağlık problemleri veya diğer nedenlerden dolayı tam kapasitesi ile performans gösteremeyen çalışanların üretkenlik kaybı olarak tanımlanmaktadır (Trogdon vd., 2008).

Presenteeism, bir çalışanın kendisini hasta, yorgun ve yetersiz hissetmesine rağmen işine devam etmesi sonucunda oluşur ve sıklıkla ihmal edilen bir sorundur. Konsantre olamamak, bir işi tekrarlamak, her zamankinden daha yavaş çalışmak, işte yorgun hissetmek ve işte hiçbir şey yapmamak gibi beş ana davranış ile kendini göstermektedir (Finkelstein vd., 2010). İşte var olamama durumunun maliyetinin, diğer etkenlere göre çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir ancak bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Bazı çalışmalar obez çalışanların daha yüksek değerlerde presenteeism yaşadığını göstermektedir (Janssens vd., 2012).

ABD’de obezitenin neden olduğu en önemli iş gücü kaybı çalışanların iş yerinde yeterince verimli olmamaları ve beklenen performansı gösterememelerinden kaynaklanmaktadır (Seçilmiş, 2014). Finkelstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, işte var olamama durumunun obezite ile pozitif bir ilişkisi bulunmaktadır ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Obez erkek çalışanların presenteeism sonucu neden oldukları maliyet obezite derecelerine göre kişi başı 391 dolar ile 3.792 dolar arasında değişmektedir. Erkeklerin obezite sonucu iş yerinde oluşturduğu toplam maliyet 33,8 milyar dolardır ve bunun %44’ü presenteeismden kaynaklanmaktadır. Kadın çalışanların obezite sonucu iş gücü kaybı 39,3 milyar dolar olarak hesaplanmıştır ve presenteeism bu maliyetin %38’ini oluşturmaktadır (Finkelstein vd., 2010).

2008 yılında çalışanlar üzerinde yapılan bir araştırma, normal kiloda olan işçilerin presenteeism maliyetlerini 1.277 dolar olarak belirlemiştir. Orta veya ileri derecede

obez olan işçilerin presenteeism maliyetlerinin ise 1.783 dolar olduğu görülmüştür (Gates vd., 2008). Bazı araştırmalar, obez çalışanların işte var olamaması sonucu oluşan maliyetin, aldıkları tıbbi bakım hizmetlerinin maliyetlerinden daha yüksek olduğunu tahmin etmektedirler (Borak, 2011).

1.4.2.3. Engellilik Durumu

Engellilik durumu, fiziksel ya da zihinsel yetersizlik nedeniyle, mesleki talepleri karşılayamamak ve iş piyasasından kısa veya uzun süreli olarak uzaklaşmak olarak tanımlanmaktadır. Engellilik durumu nedeniyle işlerine ara veren veya ayrılan işçiler için devlet ve özel sigorta şirketleri tarafından ödeme yapılmaktadır. Ayrıca yaşanan verimlilik kaybı da göz önünde bulundurulduğunda yüklü bir maliyete yol açmaktadır. Literatürdeki araştırmalar, obez çalışanlarda kısa ve uzun vadeli engellilik riskinin normal kilodaki çalışanlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (Lehnert vd., 2013).

Obezite, ağır sağlık sorunları oluşturmaktadır ve çalışanları iş yaşamında kısıtlamaktadır. Obezite sonucu erken emeklilik ve engellilik durumu görülmektedir ve bu durum ülke ekonomisi için mali yük oluşturmaktadır. ABD’de obez çalışanların işe devam edememe ve sağlık harcamaları nedeniyle 45 milyar dolar maliyet oluşmaktadır (Klonoff, 2009). 2002 yılında, Almanya’da obeziteye bağlı gerçekleşen erken emekliliklerin maliyeti 594 milyon euro olarak tahmin edilmiştir (Lehnert vd., 2013). Engellilik nedeniyle erken emeklilik görülme riski, düşük kilolular için 1,3 iken, normal kilolular için 1,9, fazla kilolu ve obezler içinse 2,8’dir (Mansson vd., 1996).

1.4.2.4. Erken ölüm

DSÖ, obezite ve fazla kilo nedeniyle her yıl dünya çapında 2,8 milyon kişinin hayatını kaybettiğini belirtmektedir. ABD’de bu nedenle hayatını kaybeden kişi sayısı yılda 365 bindir. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına göre obezitenin önlenmesi ile 57.143 ölümün de önüne geçilebilecektir ve bu sayı Türkiye’deki tüm ölümlerin %13,3’ünü ifade etmektedir (Saruç, 2015).

Erken ölüm, obeziteye bağlı ölümlerden kaynaklanan verimlilik maliyetlerini ifade etmektedir. Erken ölümlerin maliyetini ölçen çalışmalar, obezitenin dolaylı maliyetleri arasında en büyük payın obezite sonucu ölümlerden kaynaklandığını açıklamaktadır. ABD’de, obezitenin neden olduğu erken ölümlerin obez kişi başına maliyeti 625 USD’dir, ulusal düzeyde 30,15 milyar USD olarak hesaplanmıştır (Lehnert vd., 2013).

Obezitenin yaşam süresine etkisi erkeklerde daha belirgindir. Morbid obez sınıfında bir erkeğin normal kilodaki bir erkeğe göre yaşam süresinin 5,2 yıl daha kısa olması beklenmektedir. Morbid obez bir kadında ise bu süre 4,3 yıldır. Obezite seviyesi ile yaşam süresi bağlantılıdır. Obezite derecesi ilerledikçe kişinin kaybedeceği yaşam yıllarının artması olasıdır. 40 yaşında obez bir erkeğin, aynı yaşta normal kiloda bir erkeğe göre 0,2 yıl daha az yaşaması beklenir fakat 40 yaşında ağır obez bir erkeğin yaşam süresinin 6 yıl azalacağı ön görülmektedir (George Washington Üniversitesi, 2010).

Di Angelantonio ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, obeziteye bağlı ölüm oranlarını Amerika’da %19, Avustralya ve Yeni Zelanda’da %16, Avrupa’da %14 ve Doğu Asya’da %5 olarak tespit etmişlerdir. BKİ değerinin 25 ve üzeri olması ile erken ölümler arasında, Güney Asya hariç her bölgede güçlü bir ilişki görülmüştür. Yüksek BKİ; kronik kalp hastalığı, felç, solunum yolu hastalıkları ve kanser riskini arttırmaktadır ve bu hastalıklar sonucu gerçekleşen ölümlerle şişmanlık arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Angelantonio vd., 2016).

Normal kilodaki insanlara göre, 2. derece ve 3. derece obez olan bireylerde erken ölüm görülme riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. 1. derece obez kişiler ile erken ölüm arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da artan BKİ değeri ile bu riskin yükseldiği anlaşılmaktadır (Abdelaal vd., 2017).

Yukarıda verilen bilgiler ışığında obezitenin, toplum sağlığını etkilediği, sağlık harcamalarını artırdığı, erken ölüme, engellilik durumuna, iş gücü kaybına ve iş yerinde performans kaybına neden olduğu görülmektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı hem bireysel hem de toplumsal olarak obezite ile mücadele etmek gerekmektedir. İkinci

bölümde obezite ile toplumsal mücadele kapsamında devlet politikalarının nedenleri ve yöntemleri anlatılmaktadır.

2. BÖLÜM

OBEZİTE İLE MÜCADELEDE UYGULANAN KAMU POLİTİKALARI

Obezite toplumsal bir sorun haline geldiğinde devlet müdahalesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Çalışmanın bu bölümünde devletin obeziteye müdahale nedenleri açıklanmaktadır. Asimetrik bilgi, dışsallık, erdemsiz mallar ve zaman tutarsız tercihler olarak gösterilen bu nedenler sonucu devlet kaynaklı düzenleme ve politikaların obeziteye çözüm getirmek için kullanılabileceği belirtilmektedir. Obezite ile mücadelede uygulanan politikalar eğitim ve bilgilendirme, kısıtlama ve yasaklama ve obezite vergisi olarak gruplandırılmaktadır. Bu bölümde, uygulanan politikaların etkililiği, olumlu ve olumsuz yönleri açıklanmış ayrıca diğer ülkelerde uygulanma şekilleri ve karşılaşılan tepkilere yer verilmiştir.

2.1. DEVLETİN OBEZİTEYE MÜDAHALE NEDENLERİ

Obezitenin bireysel ve toplumsal anlamda yıkıcı etkileri bireyler tarafından tam olarak anlaşılammamaktadır ve obezite kendiliğinden çözülen bir sorun olmaktan çıkmıştır. Bireyler kendi davranışlarının uzun vadeli etkilerini fark edemedikleri için bu durumda “miyop” olarak adlandırılmaktadır. Devlet müdahalesi, bu farkındalığı oluşturmak ve obezite sorununun önüne geçmek için zorunlu hale gelmektedir. Eğitim programları ve teşvikler gibi araçların kullanımı ile devlet, obezite ile mücadelede önemli rol oynamaktadır (Leifert ve Lucinda, 2015).

Devlet müdahalesi, sağlık hizmeti sunumunda veya iş piyasasında eşitliği sağlayabilmektedir. Kanunların etkisi ile düzenleyici olabilmekte ve piyasa başarısızlıklarını iyileştirebilmektedir. Devlet müdahalesini haklı kılan, obeziteye sebep olan piyasa başarısızlıkları dört ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar; asimetrik bilgi, dışsallıklar, erdemsiz mallar, tutarsız zaman tercihleri şeklinde sıralanmaktadır (McCormick ve Stone, 2007).

2.1.1. Asimetrik Bilgi

İnsanların bilgi düzeyi, davranışlarını ve kararlarını doğrudan etkilemektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında, piyasada yatırım, tüketim, üretim ve tasarruf konularında alınan kararlar, bireylerin bilgi düzeyine göre şekillenmektedir (Ercoşkun, 2017). Gıdaların tüketiminde de bilgi düzeyi etkili rol oynamaktadır ve yeterli bilgiye sahip olmadan gıda tercihlerinde bulunan bireylerin obezite riski oldukça yüksektir. Bu nedenle, devletin bireyleri beslenme konusunda bilgilendirmesi gerekli bir müdahaledir.

Gıda seçiminde, uzun süreli sağlık ve zindelik gibi sonuçlardan çok kısa vadeli duygusal haz ve kolaylık etkili olmaktadır. Tüketiciler, seçtikleri gıdaların sağlıklarını nasıl etkileyeceği konusunda yeterli bilgiye sahip değildir ve genellikle daha sağlıklı gıdalar yerine lezzetli gıdaları tercih etmektedirler. Beslenme davranışlarını etkilemek için pazarlamacıların sık sık sağlık mesajları vermeleri gerekmektedir (Just ve Payne, 2009).

Beslenme, egzersiz ve kilo konusundaki bireysel seçimlerin taşıdığı riskleri ve sonuçları yeterince bilmemek yanlış kararlar alınmasına yol açmaktadır. Eksik bilgi, tüketilen gıdaların kalorisini veya aktivitelerle harcanan kalori miktarı hakkında yeterli bilgiye sahip olmamak, kalori ve BKİ arasındaki ilişkiye hakim olmamak ve fazla kilo ve obezitenin getirdiği sağlık sorunları hakkında bilgisiz olmak gibi farklı şekillerde görülebilmektedir. Devlet, asimetrik bilgiye karşı politikalar geliştirerek obeziteye müdahale edebilmektedir (McCormick ve Stone, 2007).

Besin Etiketleme ve Eğitim Kanunu 1990 yılında ABD’de kabul edilmiştir ve paketli gıdaların kalori ve besin değerlerini içermesi zorunlu hale getirilmiştir. Bazı çalışmalar, bu kanunun ardından demir ve lif tüketiminin arttığını fakat yağ tüketimini etkilemediği sonucuna varırken, diğer araştırmalar, gıdaların etiketlenmesi ve tüketicilerin bilgilendirilmesi ile yağ oranı daha düşük gıdaların daha çok tercih edildiğini göstermiştir. Besin bilgilerinin zorunlu hale gelmesi ile kadınlarda obezite oranlarının 2,36 değerinde azaldığı tahmin edilmektedir (Cawley ve Cawley, 2011).

Asimetrik veya eksik bilgi, piyasaların kaynakları doğru bir şekilde tahsis etmemesine neden olmaktadır. Gıda tüketicileri ve üreticileri aynı düzeyde bilgilere sahip değildir. Tüketiciler gıdaların besin değerleri ve içeriği hakkında üreticilerden çok daha az bilgiye sahiptir. Bu bilgi dengesizliği sonucunda insanlar daha fazla kalori, yağ ve şeker tüketmektedirler (Finkelstein ve Strombotne, 2010).

Gıdaların tüketim miktarları ve içeriği ile sağlık sorunları arasındaki ilişki hakkında insanların bilgilendirilmesi, sadece kamu ekonomisine fayda sağlayacaktır fakat üreticiler için istenilen bir durum değildir. Tüketicinin bilinçlenmesi ile üretici, sağlıksız ve ucuz içerikli ürünlerden daha az kar elde edecektir bu nedenle piyasa güçlerinin gıda bilgilerini kısıtlı tutması kaçınılmazdır. Uygulanabilecek en iyi çözüm aşırı veya sağlıksız gıda tüketiminin neden olduğu sağlık sorunları hakkında devlet müdahalesi ile bilgilendirme yapılmasıdır. Devlet beslenme eğitimleri, sağlık koruma programları, reklam ve tanıtımlar ile bilgi sağlayabilmektedir (Freebairn, 2010).

2.1.2. Dışsallık

Bir üretim veya tüketim faaliyeti sonucunda fiyat mekanizması haricinde üçüncü kişilerin olumsuz etkilenmesi dışsal maliyetler olarak adlandırılır. Obezitenin oluşturduğu maliyetlerin bir kısmı bireyin kendisi tarafından karşılanırken bir kısmı toplumun geri kalanı tarafından dolaylı biçimde karşılanmaktadır. Obez bireylerin sağlık harcamalarının sigorta tarafından karşılanması ve sigorta giderlerinin diğer bireylerin vergileriyle sağlanması dışsal maliyetler için en iyi örnektir (Saruç, 2015).

Obezitenin neden olduğu maliyetler önceki bölümlerde açıklanmıştır ve büyük bir mali yük oluşturduğu belirtilmiştir. Obezitenin oluşturduğu hastalıkların maliyeti genellikle vergilendirme veya sigorta gibi yollarla üçüncü şahıslar tarafından ödenmektedir. 2005 yılında Amerika'da obezitenin sağlık bakım maliyetlerinin %88,2'si sağlık sigorta kurumları tarafından karşılanmıştır. Grup sağlık sigortalarında ödenen miktar kişinin kilosundan bağımsızdır ve sağlıklı kilodaki bireyler, obez kişilerin sağlık harcamalarını sübvansede etmektedir. Kamu sağlık sigortalarında da aynı durum görülmektedir (Cawley, 2015).

Bir bireyin gıda tüketim tercihlerinin sonuçları toplumun geri kalanını etkilemektedir ve bu durum devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır. Gıda tüketiminde kişi, kendi faydasını maksimize edecek tercihi yapacaktır fakat seçiminin diğer insanlar için maliyetlerini göz önünde bulundurmaz. Sonuç olarak tüketimin bireysel marjinal faydası, sosyal marjinal maliyetten daha düşük olacaktır (Griffith ve O'Connell, 2010).

Amerika hükümeti, obezitenin yıllık toplam tıbbi maliyetlerinin yaklaşık yarısını finanse etmektedir. Sonuç olarak, ortalama bir vergi mükellefi obezite ile ilgili tıbbi harcamaları finanse etmek için yılda yaklaşık 175 dolar harcamaktadır (Bhattacharya ve Sood, 2005). Bu durumda kişinin aşırı tüketim davranışları toplumsal bir yük oluşturmaktadır ve oluşan dışsallıklar için belirli politikalar izlenmesi gerekmektedir.

Obezitenin oluşturduğu dışsallığın iki şekilde toplumsal refah düzeyini etkilediği düşünülmektedir. İlki, yüksek sağlık harcamalarının kamu sağlık sigortası aracılığıyla yüksek sağlık vergisi ve gelir vergisi olarak alınması ve böylece iş gücü arzında düşüş yaşanmasıdır. İkincisi ise obez bireylerin oluşan maliyeti ödememeleri sonucu caydırıcı bir güç oluşmamaktadır ve bu kişiler sağlıksız alışkanlıklarına devam ederek ahlaki deformasyona neden olmaktadır. Obezitenin sadece bireysel değil toplumsal düzeyde oluşturduğu bu hasarlar dikkate alınmalıdır (Cawley, 2015).

Obezitenin bir diğer negatif dışsallığı, şişmanlığın diğer bireylere sosyal bulaşıcılık yoluyla yayılmasıdır. Daha önce yapılan bir çalışma şişmanlığın sosyal ilişkiler ile özellikle uzun süreli arkadaşlıklar ve aile bireyleri yoluyla yayıldığını göstermiştir. Bulaşıcılığın nedenleri; beslenme kültüründen etkilenmek, örneğin gıda seçimlerinde ve miktarlarında zamanla ortak davranışlar sergilemek ve şişmanlığın toplumsal kabul edilebilirliği ile açıklanmaktadır. Obezite nadir karşılaşılan bir durum olduğunda, kişi için anormal ve istenmeyen bir durum olarak değerlendirilmektedir. Öte yandan obezite prevalansının daha yüksek olduğu toplumlarda, fazla kilo ve obezitenin negatif imajı daha az fark edilmektedir ve böylece obezite oranları yükselmektedir (Karnani vd., 2016).

2.1.3. Erdemsiz Mallar

Erdemsiz mallar, tüketimi toplum tarafından hoş karşılanmayan, sağlıksız ve aşığılayıcı kabul edilen mallardır. Tüketiciye zarar veren hem de toplumsal olarak kabul görmeyen bu malların en büyük örnekleri alkollü içecekler ve uyuşturucu maddelerdir (Thiele ve Roosen, 2018).

Küçük yaştaki çocuklar, yeme bağımlılığı veya tek bir ürüne karşı bağımlılık gösteren bireyler ve kendini kontrol etme sorunları yaşayanlar için devlet müdahalesinin gerektiğı düşünölmektedir. Bu gibi durumlarda, gıdalar bireyler için erdemsiz mallar olarak adlandırılır. Devlet müdahalesinin bir diğér gerekçesi ise rasyonel kararlar veremeyen bireyleri korumak ve yönlendirmek gerektiğidir (McCormick ve Stone, 2007). Bazı bireyler bu erdemsiz mallara karşı korunmalıdır ve belirli önleyici politikalar yürütölmelidir.

2.1.4. Zaman Tutarsız Tercihler

Devletin bireylerin rasyonel kararlar alamadığı gerekçesiyle diyet, egzersiz ve kilo konularında yetişkinlerin kararlarına müdahale etmesi, tartışılan bir meseledir. Kişiler, gıdalara bağımlılık, kendilerini kontrol edememe ve anlık tatmin arzusu gibi sebeplerle daha sonradan pişman olacakları ve uzun vadede onlara zarar verecek beslenme davranışları gösterebilmektedir. Bireyler, beslenme tercihlerinde anlık haz ve tatmin duygusuyla karar vermektedir ve zamanla görölecek olumsuz sonuçları hesaba katmamaktadır. Bu durum zaman tutarsız tercihler olarak adlandırılmaktadır ve rasyonellikten uzak bu tercihleri önlemek devlet müdahalesinin gerekçelerindendir (McCormick ve Stone, 2007).

Zaman tutarsız tercihler, sadece bireyin kendisinden kaynaklanan bir sorun değildir. Wansink ve arkadaşları çevresel etmenlerin yeme davranışlarımızı iki şekilde etkilediğini göstermiştir. Yeme miktarımız, çevremizdeki insanlar ile benzerlik göstermektedir. Bir öğünde porsiyonumuzun büyüklüğü ve içeriğı, tükettiğimiz

gıdaların ne kadarının makul, normal ve uygun olduğunu çevresel etmenler belirlemektedir. İkincisi ise çevresel etmenlerin doygunluk içgüdülerinin göz ardı edilmesine sebep olmasıdır (Wansink, 2010).

Gıda reklamları ve tanıtımları, tüketicilerin davranışlarını değiştirmektedir. Fast food reklamları kişilerin bir fast food markasından diğerine geçmelerine ve fast food tüketiminin artmasına neden olmaktadır. Bu etki çocuklarda olduğu kadar yetişkinlerde de görülmektedir (Zywicki vd., 2004). Üreticiler, tüketicilerin dikkatini çekmek için daha pratik, lezzetli ve uygun gıdalar üretmektedirler ve piyasada abur-cuburların ve fast food ürünlerin bolluğu göz ardı edilemez. Bu nedenle bir kişi gıda seçiminde rasyonel olabilir fakat çevresel faktörlere etkisi çok azdır. Zaman tutarsız tercihlerde çevrenin ve gıda pazarının etkisi yadsınamaz (Anand ve Gray, 2009).

2.2. OBEZİTE İLE MÜCADELEDE UYGULANAN YÖNTEMLER

Açıklanan piyasa başarısızlıkları nedeniyle obezite ile mücadelede devlet müdahalesi kaçınılmaz olmuştur. Bu amaçla çeşitli politikalara ve uygulamalara başvurulmaktadır. Beslenme ve gıda bilincini artırmak için eğitim ve bilgilendirme politikaları, sağlıksız gıdalara reklam, tanıtım ve pazarlama alanlarında uygulanan yasaklar ve kısıtlamalar ve obezite vergisi devletin obezite ile mücadelede kullandığı araçlardır.

2.2.1. Eğitim ve Bilgilendirme Politikaları

Eğitim, obeziteyi kontrol altına almak ve önlemek için en sık önerilen ve uygulanan kamu müdahalesidir. Gıda ürünlerini etiketlendirme ve içeriği hakkında bilgi sağlanması, obezitenin sağlık sonuçlarının kamu spotu gibi yollarla açıklanması, beslenme ve egzersiz eğitimi ve genel eğitim gibi çeşitli şekillerde uygulanabilmektedir. Eğitim politikaları içinde en umut verici olan, hassas popülasyonlar için uzun süreli okullaştırmaya odaklanan genel eğitim programlarıdır. Bireyler böylece kendi sağlıkları için en doğru kararı verebilecek bilgi düzeyine ulaşmaktadır (Ulusal Ekonomik Araştırmalar Bürosu, 2008).

Bir bireyin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları, bilgi düzeyi ve çevresel etmenler ile şekillenmektedir. Hangi gıdayı ne kadar tüketeceğine karar verirken net, tutarlı ve kanıta dayalı bilgilere erişim düzeyi, reklam ve medya kanalları ile değişen, şekillenen bilgi ortamının etkisi belirleyici olmaktadır. AB Komisyonu obezite ile mücadele için kişileri bilgilendirme ve gıdaları etiketleme gibi politikaların üzerinde çalışmaktadır (European Commission, 2007).

Obezite ile mücadelede eğitim yolu ile uygulanan müdahaleler (Sipahi, 2014):

- Gıdaların besin değerleri ve içeriği hakkında etiketlenmesi,
- Beslenme ve egzersiz eğitimleri ve genel eğitim programlarının sağlanması,
- Medya kanalları ile bireylerin bilgilendirilmesi
- Okul müfredatlarında beslenme ve kilo yönetimi konularının eklenmesi ve okullarda sağlıksız gıdaların, kalori, şeker ve yağ değerleri yüksek besinlerin satışının kısıtlanması,
- Diyetisyen destekli beslenme planları oluşturmak ve yol gösterici olmak,
- Okul ve iş yerlerinde yüksek kalorili gıdaların tanıtım ve reklamlarının yasaklanması,
- Temel ve orta eğitim düzeyinde spor programları ve egzersiz eğitimleri sağlamak,
- Sağlık danışmanlığı hizmetleri sunmak gibi çeşitli şekillerde uygulanmaktadır.

Avrupa ve Okyanusya'daki ülkeler gıda etiketleme yöntemini sıkça kullanmaktadır. Norveç, İsveç ve Danimarka da dahil olmak üzere İskandinav ülkeleri 1989'dan beri sağlıklı gıdaların etiketine “anahtar deliği” sembolü ekleyerek sağlıksız gıdalardan ayırmaktadır. Yapılan bir araştırma, İngiltere, Almanya, İtalya ve Hollanda'da uygulanan etiketleme sistemlerini karşılaştırarak bilgilendirici etiketlerin etkisini incelemiştir. Sonuçlara göre, etiketleme sistemleri tüketicilerin daha sağlıklı seçimler yapmasını sağlamaktadır (Zhang vd., 2015).

Amerika'da Halk sağlığı savunucuları ve devlet politikacıları tarafından, obeziteyi azaltmak veya önlemek için devlet düzeyinde eğitim programları uygulanmaktadır. Maryland eyaleti obezitenin önüne geçebilmek için En Sağlıklı Maryland Enstitüsü ile

eğitim programları uygulamıştır. Güney Dakota, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını teşvik etmek ve bilgilendirmek için sosyal paylaşım sitelerini kullanmaktadır (Gordes, 2014).

Eğitim ve bilgilendirme politikalarının obeziteye etkisinin sınırlı olduğu düşünölmektedir. Yapılan bir çalışma ile rastgele iki grup oluşturulmuş ve gruplardan birine gıdaların içeriği ve besinsel değerleri hakkında eğitim programları uygulanırken diğer gruba herhangi bir bilgi sağlanmamıştır. Bireylerin vücut ağırlıkları 5 yıl boyunca ölçölmüştür ancak bilgilendirme ve eğitim sağlanan grupta kilo verme olasılığı düşük sonuçlanmıştır. Sonuçlara göre, bireylerin çoğu mevcut bilgileri ve gıda etiketleri sayesinde kilo almalarına sebep olan yiyeceklerin ve davranışların bilincindedir ve obeziteye eğitim ve bilgilendirmenin etkisi kısıtlı olacaktır (Sandalcı, 2018). Öte yandan, bilgilendirme programlarının dolaylı yoldan da olsa faydalı olabileceğini destekleyen araştırmalar bulunmaktadır. Yiyeceklerin kalorisinin ve içeriğinin etiketlere eklenmesi ile üreticiler ürünlerini yeniden formüle edebilmektedir. Etiketleme uygulamasından 18 ay sonra yapılan incelemeler, tüketilen kalori, tuz, doymuş yağ ve sodyum oranlarında düşüş olduğunu göstermiştir (Bruemmer vd., 2012).

2.2.2. Kısıtlama ve Yasaklar

Devletler, sağlıksız gıdaların tüketimini azaltmak ve obeziteyi önlemek için belirli düzenlemeler ve yasaklamalar uygulayabilirler. Bu yasaklar, bireyin kendi sağlığına veya başkalarının sağlığına zarar verebilecek davranışları hedef almaktadır. Kısıtlayıcı önlemler ise bir malın tüketimini ve satışını azaltmayı amaçlamaktadır. Yasaklarla getirilen düzenlemeler, tüketicileri bilgilendirerek veya daha çok seçenek oluşturarak tercihlerini değiştirmelerini beklemek gibi önlemlerden daha etkili ve daha az maliyetlidir (OECD, 2010).

Obeziteye yönelik yasaklar ve düzenlemeler; okullarda sağlıksız gıda ve paketli yiyeceklere erişimi kolaylaştıran otomatların kaldırılması, okul ve iş yerlerinde yüksek tuz, şeker ve yağ içerikli gıdaların satışlarının yasaklanması veya kısıtlanması, sağlıklı gıdaların erişilebilirliğinin artırılması, sağlıklı beslenme politikalarının uygulanması ve

gıda reklamlarının ve tanıtımlarının düzenlenmesi gibi müdahaleleri içermektedir (Ayas, 2016).

Araştırmalar, insanların yiyecek reklamlarına ne kadar maruz kalırlarsa o kadar çok tüketmek istediklerini göstermiştir. Bireylerin özellikle reklamlarını daha çok izledikleri ürünleri tercih ettikleri görülmüştür. Televizyon izleme oranları ile fast food, şekerli içecekler ve yüksek kalorili atıştırmalıkların tüketimi arasında pozitif bir ilişki görülmüştür. Gıda üreticileri, reklamlarını çocuklara, ergenlere ve gençlere yönelik yapmaktadır ve bu gruplarda satışlarını arttırmasına yardımcı olmaktadır (Boulos vd., 2012).

2013 yılında üniversite öğrencilerinin gıda ürünleri tüketiminde medyanın etkisi araştırılmıştır ve 351 öğrencinin %39,3'ü gıda tercihlerinde reklamların etkili olduğunu belirtmiştir. Kız öğrencilerin, erkeklere göre reklamlardan daha fazla etkilendiği görülmüştür. Reklamların en etkili olduğu ürün grupları; çikolata, şeker, cips, içecekler ve dondurma olarak belirlenmiştir (Dilber ve Dilber, 2013).

Amerika'da, reklamların 6-12 yaş grubu çocuklarda obeziteye etkisi üzerine yapılan çalışmaya göre, reklamların tamamen yasaklanması ile ortalama BKİ değerinde 0,38 kg/m² azalma görülmüştür. Erkeklerde obezite prevalansı %17,8'den %15,2'ye, kızlarda ise %15,9'dan %13,5'e gerilemiştir (Veerman vd., 2009).

1980 yılında Kanada'nın Quebec eyaletinde 13 yaşın altındaki çocuklara yazılı veya elektronik ortamlarda abur-cubur pazarlamaları kısıtlanmıştır. Bölge en düşük çocuk obezitesi oranlarına sahiptir ve yasanın ardından fast food tüketimi %13 azalmıştır. 1991'den bu yana İsveç, 12 yaşın altındaki çocukları hedef alan gıda reklamlarını yasaklamıştır ve 2013 yılında 16 yaşından küçük çocuklara yönelik sağlıksız gıdaların pazarlanması engellenmiştir. Belgrad'da ise çocuklara yönelik televizyon programlarının 5 dakika öncesinde ve sonrasında reklam yayınlamak yasaklanmıştır. Şili'de sağlıksız gıdaların 14 yaşın altındaki çocuklara yönelik olan ve çizgi film, oyuncak gibi tanıtım stratejileri, içeren reklamların televizyon programlarında, web sitelerinde, radyolarda ve dergilerde yayınlanması sınırlandırılmıştır. İrlanda'da 18 yaş

ve altı gruba yönelik TV kanallarında, sağlıksız yiyeceklerin reklamları yasaklanmıştır. Ayrıca, bu gıdaların reklamlarında ünlülerin, lisanslı karakterlerin ve sağlık beyanlarının yer almasına izin verilmemektedir. Tayvan'da Ocak 2016'dan beri 12 yaşın altındaki çocuklar için sağlıksız yiyecek reklamlarına kısıtlamalar uygulanmaktadır ve restoranlarda bedava oyuncak, gibi uygulamalar yasaklanmıştır. Birleşik Krallık da aynı şekilde 18 yaş altındaki çocuklara yönelik sağlıksız gıda tanıtımlarını 2017 yılında yasaklamıştır (www.fooddirectionsllc.com).

2016 yılında Türkiye'de Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yayımlanan 2852893 sayılı genelge ile okul kantinlerine belirli düzenlemeler getirilmiştir. Bu genelge ile okul kantinlerinde şekerli içecekler, kızartmalar, cips, çikolata gibi zararlı ve yüksek kalorili gıdaların satışları yasaklanmıştır. Paketli gıdaların satılması için toplam kalorisinin 200 kalori ve altında olması, yağdan gelen toplam enerjisinin %35 ve altında olması, doymuş yağ kaynaklı enerjisinin en fazla %10 olması gibi şartlar belirlenmiştir (M.E.B., 2016).

Reklam kısıtlaması ise Türkiye'de 2011 yılından beri uygulanmaktadır. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu'nun Çocuklara Yönelik Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen Gıdalar İle İlgili Reklamlar İçin Besin Profil Modeli Kullanım Rehberi'nde geçen "*Yağ, yağa dönüşen asitler, tuz/sodyum ve şeker gibi genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeleri içeren yiyecek ve içeceklerin ticari iletişimine, çocuk programlarıyla birlikte veya bu programların içinde yer verilemez*" maddesi ile sağlıksız gıdaların reklamları çocuklara yönelik yayınlarda yasaklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.2.3. Obezite Vergisi

Bir gıdanın sunumu ve fiyatı kişilerin tercihlerinde önemli rol oynamaktadır. Sağlıksız tercihler geliştirmiş olan bireylerin sağlıklı seçimler yapmakta zorlandıkları bilinmektedir. Normal şartlarda kişinin tüketeceği bir gıdanın fiyatı yükseldiğinde, tüketmekten kaçındığı ve diğer alternatiflere yöneldiği gözlemlenmiştir. Gıda

politikaları ile bireylerin doğru tercihler yapmasını sağlamak mümkündür (Hawkes vd., 2015)

Obezite vergisi, besleyici değeri düşük fakat kalori, yağ, şeker ve doymuş yağ oranları yüksek gıdalara uygulanan vergiler olarak tanımlanabilmektedir. Bu vergilerin amacı obeziteyi ve diğer sağlık sorunlarını tetikleyen gıdaların tüketimini azaltmaktır (Alemanno ve Carreno, 2013). Sağlıksız yiyecek ve içecekler ek vergi uygulaması, Türkiye’de “obezite vergisi” olarak geçmektedir. Dünyada ise fat tax, junk food tax, twinkie tax, sin tax, food tax, Sugar-Sweetened Beverage (SSB) tax gibi isimlerle kendine yer bulmaktadır (Akkaya ve Gergerlioğlu, 2017).

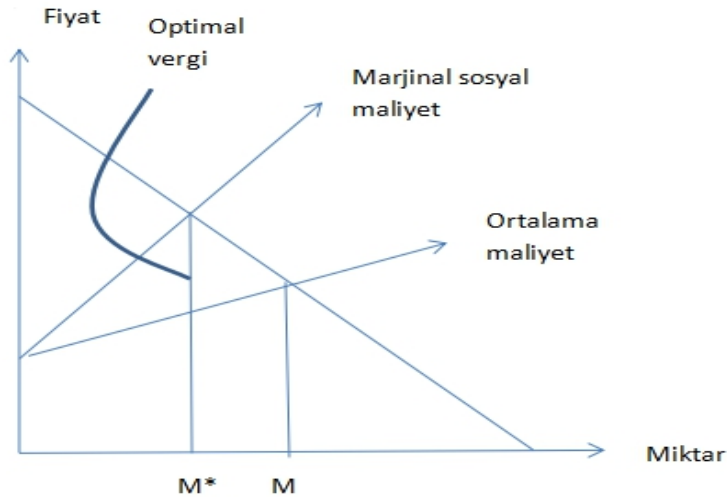
Obezite vergisi, sağlıksız gıdalara uygulanan ve bu gıdaların tüketiminde caydırıcı olması beklenen vergidir. Genellikle, yüksek oranda yağ ve doymuş yağ içeren gıdalara uygulandığı düşünülse de; şeker, şekerli içecekler ve fast food gıdalarını da kapsamaktadır. Verginin asıl amacı, devletin gelir elde etmesi değil zararlı gıdaların tüketimini azaltarak obezitenin önüne geçmektir. Obezite vergisi, negatif dışsallıkların vergilendirilmesi olarak bilinen Pigou tipi vergilerden biridir. Pigou tipi vergilendirme, sigara, alkol, kumar ve çevre kirliliği gibi konularda da uygulanabilmektedir (Thiele ve Roosen, 2018). Bir dışsallığı içselleştirmek için marjinal sosyal maliyet ile marjinal özel maliyet eşitlenmelidir. Kişinin davranışları ve kararları sonucu oluşan negatif sonuçları kendisi karşılamalıdır. Bu bakış açısı ile ele alındığında zararlı gıdaları tüketenlerin vergilendirme ile daha fazla ücret ödemesi gerekmektedir. Sağlıksız gıdalara uygulanan bu vergi “obezite vergisi” olarak adlandırılmaktadır (Skinner vd., 2005).

Fiyat, kişinin gıda ve miktar seçiminde önemli bir etkidir. Ekonomik teorilere göre, bir malın fiyatı yükseldikçe talebi ve tüketimi azalacaktır. Bu teoriye göre, sağlıksız gıdaların vergilendirme ile fiyatları arttığında, tüketim miktarları azalmalıdır. Fakat, gıda tüketiminin fiyat esnekliği diğer ürünlere göre daha düşük belirlenmiştir. Gıda tüketiminde meydana gelen değişim oranı, fiyatta oluşan değişim oranından daha azdır. Bir malın tüketimi azaldığında, tüketiciler o malın yerini alabilecek ikame mallara yönelmektedir. Sağlıksız gıdalara getirilen bir verginin etkililiği ikame mallar ve fiyat esnekliği gibi etkenler çerçevesinde belirlenebilmektedir (Mytton vd., 2012).

Piyasa fiyatları incelendiğinde besin değerleri düşük ancak yağ, şeker ve kalori gibi değerleri yüksek gıdaların sağlıklı gıdalara oranla daha ucuz olduğu görülmektedir. Sağlıksız gıdalar ile sağlıklı gıdalar arasında ki bu fiyat orantısızlığına çözüm olarak vergilendirme yöntemi önerilmektedir. Obezite vergisi, uzun zamandır tartışılan ve eleştirilen bir konu olmuştur. Artan obezite oranları ile son yıllarda bu uygulama daha sık gündeme gelmektedir. 2003 yılında, DSÖ, insanların daha sağlıklı seçimler yapmasında teşvik edici olacağı gerekçesiyle, sağlıksız gıdaların vergilendirilmesini önermiştir (Badilas, 2011). Gün geçtikçe artan obezite oranlarına karşı devletler tarafından birçok önlem alınmıştır fakat izlenen politikalar obezite prevalansının yükselişine engel olamamıştır. 2011 yılında, Birleşmiş Milletler, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Üst Düzey Toplantısı'nda, ülkelere mali önlemler ile caydırıcı politikalar yürüterek obezite ile mücadele etmelerini önermiştir (Thow vd., 2014).

Obezite vergisinin insanların seçimlerinde etkili olması için tüketici tarafından fark edilir olması gerekmektedir. Ürünlerin ne oranda ve neden vergilendirildiği hakkında açıkça bilgilendirme yapılmalıdır. Aynı zamanda vergi oranı, seçimleri etkileyecek miktarda yüksek belirlenmelidir. Çok düşük oranda vergilendirme, sağlıksız gıdaların tüketiminde caydırıcı olmayacaktır. Fiyat değişikliği oranı ile tüketim üzerindeki etki ilişkilidir (Brunner-Brown, 2014).

Obezite vergisinin ne oranda uygulanacağını belirlemek için optimal vergi oranı hesaplanmaktadır. Şekil 2'de görüldüğü gibi sağlıksız gıdaların marjinal sosyal maliyeti, marjinal özel maliyetlerini geçmektedir. Vergi uygulanmaması durumunda, bu ürünlerin talebi M değerinde yani optimum tüketimin üzerindedir. Bu ürünlerin tüketimini, marjinal sosyal maliyet ile marjinal faydanın çakıştığı yer olan optimal seviyeye yani M* seviyesine çekmek için vergi uygulanmaktadır. Optimal vergi değeri; marjinal sosyal maliyetten marjinal özel maliyeti çıkararak bulunmaktadır. Bu vergi ile kişi tükettiği gıdanın tüm maliyetini karşılamış olacaktır ve dışsallıklar içselleştirilecektir (Saruç, 2015).



Kaynak: Saruç, 2015

Şekil 2. Optimal Obezite Vergisi

2.2.3.1. Obezite Vergisinin Avantajları ve Dezavantajları

Birçok ülkede uygulanmaya başlanan veya uygulanması planlanan obezite vergisini destekleyen ve karşı çıkan eleştiriler yapılmaktadır. Obezite vergisi, birçok ekonomist, uzman ve akademisyen tarafından desteklenirken toplumun büyük çoğunluğu tarafından eleştirilmekte ve desteklenmemektedir. Yapılan araştırmalar, obezite vergisinin toplumsal ve politik kabul edilebilirliğinin düşük olduğunu göstermektedir (Saruç, 2015).

Obezite vergisinin uygulanması gerektiğini savunanlara göre avantajları şöyledir;

- Obezite vergisi ile fiyatları yükselen sağlıksız gıdaların tüketimi azalacaktır. Bireyler daha sağlıklı alternatiflere yönelecek ve böylece obezite oranları da düşecektir. Obezite vergisinin sağlık harcamalarını ve obeziteden kaynaklanan hastalıkları azaltacağı öne sürülmektedir (Saruç, 2015).
- Vergilerden elde edilecek gelir ile obeziteyle mücadele faaliyetleri finanse edilebilir. Sağlık eğitimi, fiziksel aktivite ve beslenme programları, tanıtımlar ve kamu spotları gibi kişilerin bilgi düzeyini arttıracak ve daha sağlıklı seçimler yapmasını

kolaylaştıracak uygulamalara obezite vergisi ile maddi kaynak sağlanabilir (Jacobson ve Brownell,2000).

- Literatürdeki çalışmalar, sigara ve alkol vergilerinin sağlık davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Sigaraya getirilen vergiler ile ürünün satışının ve tüketiminin düştüğü görülmüştür. Obezite vergisinin uygulanması gerektiğini savunanlar, sağlıksız gıdalara uygulanacak verginin tıpkı sigara ve alkol tüketiminde olduğu gibi caydırıcı olacağını ve bu ürünlerin tüketiminin azalacağını düşünmektedir (Efrat ve Efrat, 2012).
- Sağlıksız gıdaların tüketimi ile oluşan ve tüm toplumun üstlendiği dışsal maliyetlerin içselleştirilmesi sağlanacaktır. Obez bireyler, beslenme tercihleri ile neden oldukları maliyetlerin tamamını karşılamamaktadır. Obezite vergisi ile kişi tercihlerinin maliyetini karşılamış olacak ve dışsallıklar içselleştirilecektir. Bu sayede sağlıksız gıdaların üretim ve tüketimi sosyal optimum noktaya ulaşacaktır (Sandalcı, 2018).
- Obezite vergisinin en çok düşük gelirli kişileri etkileyeceğini ve bu nedenle regresif olduğunu savunanlara karşı obezite vergisini destekleyenler, sübvansiyonlar ve vergi indirimleri ile sağlıklı gıdaların fiyatlarının düşürülmesinin, regresyonu minimum düzeye indireceğini savunmaktadırlar. Aynı zamanda, beslenme kaynaklı hastalıkların en çok düşük gelirli kişilerde görüldüğü göz önünde bulundurulunca verginin etkileri ile kişilerin daha sağlıklı besinlere yöneleceği ve sağlık harcamalarının düşeceği ileri sürülmektedir (Remler, 2004).
- Obezite vergileri sonucunda bireyler sağlıklı ürünleri tercih edecek ve sağlıksız ürünlerin tüketimi azalacaktır. Bu nedenle üretici firmalar ve restoranlar ürünlerindeki şeker, yağ gibi sağlıksız içeriklerin oranını düşürebilir ve sağlıklı gıda alternatifleri zamanla artabilir (Saruç, 2015).

Obezite vergisine karşı çıkanlara göre dezavantajları şöyledir;

- Obezite vergisinin ekonomik dengeyi bozacağı düşünülmektedir. Tüketimi azalan gıdalar nedeniyle insanların işsiz kalacağı ve ekonomik dengeye hasar vereceği ileri sürülmektedir (Barry vd. 2013).
- Böyle bir verginin bireysel özgürlüklere müdahale olduğu ve kişilerin özgür seçimlerini kısıtlayan uygulamalara izin verilirse müdahale edilen alanların zamanla genişleyeceği düşünülmektedir (Saruç, 2015).
- Yüksek gelirliler ve düşük gelirliler, ortalama olarak aynı miktarda yağ, sodyum ve kolesterol tüketmektedir ve satın aldıkları sağlıksız gıda miktarları çok büyük farklılık göstermemektedir. Gelir eşitsizliği nedeniyle, Yoksul insanlar, gelirlerinin yaklaşık %0,7'sini obezite vergisine ayıracakken, yüksek gelirliler için bu oran %0,1'den azdır. Bu nedenle obezite vergisinin sadece düşük gelirliler için etkileneceği ve regresif olduğu düşünülmektedir (Sipahi, 2014; Institute for Fiscal Studies, 2014).
- Obez bireyler, gıda fiyatlarındaki değişimlere normal kilodaki bireylere göre daha az yanıt vermektedir. Bu nedenle obezite vergisinin gıdalara bağımlı olan bireyler için çözüm olmayacağı ve beklenen etkiyi göstermeyeceği düşünülmektedir. (Alemanno ve Carreno, 2011).
- Bir başka eleştiri ise obezitenin çok yönlü bir hastalık olmasına dairdir. Genetik, çevresel birçok faktör sonucu ortaya çıkan bu hastalığa vergilerin etkisinin düşük olacağı belirtilmiştir (Silva vd., 2016).
- Sigara ve alkol vergileri, zararlı olduğu kanıtlanmış tek bir ürüne yönelik iken, hangi gıdaların vergilendirileceğini belirlemek oldukça karmaşıktır. Obezite vergisine karşı çıkanlar, yaşamsal olarak gerekli ve vazgeçilmez olan gıdaların vergilendirilmesini doğru bulmamaktadırlar (Alemanno ve Carreno, 2013).

2.2.3.2. Dünyada Obezite Vergisi Uygulamaları

Obezite vergisine yönelik tartışmalar devam ederken, tam olarak hangi ürünlerden ve ne oranda alınacağı konusunda fikir birliği oluşturulmamıştır. Sağlıksız gıdaları vergilendiren ülkelerin sayısı azımsanamaz fakat her ülkenin uyguladığı vergi miktarı ve vergi kapsamının farklı olduğu görülmektedir.

ABD’de vergiler, genellikle gıdaların içeriğine değil yiyecek kategorilerine göre uygulanmaktadır. Şekerli içecekler ve atıştırmalıklar üzerinden 18 eyalette vergi alınmaktadır. Arkansas, Washington ve West Virginia eyaletlerinde alkolsüz şekerli içecekler için vergi uygulanmaktadır. Minnesota, şekerleme sakız ve dondurma üzerinden vergi alırken Texas sadece şeker üzerinden vergi almaktadır. Maryland eyaletinde restoranların şekerli içeceklerin yanında şekersiz içecek alternatifi sağlamaması yasaklanmış ve ihlal edenler için 500 dolar para cezası getirilmiştir. California, şekerli veya tatlandırıcı içecekler uyguladığı vergilerle yılda 342 milyon Dolar gelir elde etmiştir ve bu gelir ile obezite ile mücadele programlarını finanse etmektedir. Arkansas eyaleti, şekerli içecekler getirilen 2 cent vergi ile yıllık 40 milyon Dolar kazanmıştır. ABD genelinde obezite vergisinin sağladığı yıllık kar yaklaşık 1 milyar dolardır (Caraher ve Cowburn, 2005).

Danimarka, %13,5 obezite oranı ile Avrupa’da en düşük obezite popülasyonuna sahip ülkelerden biridir. Buna rağmen, çocukların %65’i, yetişkinlerin %35’i sağlıklı kabul edilen şeker tüketim oranını aşmaktadır. Doymuş yağ ise yetişkinlerin ve çocukların %80’i aşırı tüketmektedir (Smed, 2012). Danimarka hükümeti, beslenme kaynaklı hastalıkları ve doymuş yağ tüketimini azaltmak için, içeriğinde doymuş yağ oranı 2,3g/100 değerini aşan ürünlere kg başına 16 Danimarka Kronu (2,5 Euro) vergi uygulamıştır. Et, süt ürünleri, hayvansal yağlar, margarin gibi gıdalar tüketim vergisinden en çok etkilenen ürünler olmuştur (Nicholls vd., 2011; Smed, 2012).

Danimarka, Ekim 2011 tarihinde obezite vergisini uygulamaya başlamıştır. Ekonometrik analizler, verginin ardından yağ tüketim oranlarında %10-15 değerinde düşüş olduğunu göstermiştir (Jensen ve Smed, 2013). Fakat obezite vergisinin etkileri beklenenden çok farklı olmuştur. Yükselen fiyatlar nedeniyle, sınır ötesi ticaret hız kazanmıştır. Tüketiciler, vergi ödemektense zaman, yakıt ve araç kullanımını arttırarak Almanya gibi sınır ülkelerden ürünleri stoklamayı tercih etmişlerdir. Bu durum, iç satış pazarının zayıflamasına neden olmuştur. Obezite vergisinin ardından yaklaşık 1.300 kişi işini kaybetmiştir. Şirketler, yurt içinde satış yapmak yerine yurt dışına ihraç etmeye başlamış ve tüketiciyi de yurt dışından alışveriş yapması için teşvik etmiştir. Danimarkalı tüketiciler 2012 yılında, sadece obezite vergisi için 170 milyon euro ve gıda alışverişleri için toplam bir milyar euro ödemiştir. Danimarka hükümeti, tüm bu ekonomik sorunlar ve halkın tepkisi nedeniyle bir yılın sonunda obezite vergisi uygulamasını sonlandırmıştır (Petkantchin, 2013).

İrlanda, 1980'lerde gelir elde etmek amacıyla şekerli içecekleri vergilendirmiştir. Vergi, doğrudan şekerli içecek üreticilerinden alınmıştır. Fiyatta gerçekleşen her %10'luk artış için tüketimde %11'lik bir düşüş görülmüştür fakat verginin sağlığa etkileri incelenmemiştir. Avrupa Birliğinin vergi sistemine uyum sağlayabilmek için, 1992 yılında bu vergiler kaldırılmıştır (Lavin ve Timpson, 2013).

Fransa, 2012 yılından bu yana şekerli veya suni tatlandırıcı içeceklere litre başına 0,07 euro ve enerji içeceklerine litre başına 0,50 euro vergi uygulamaktadır. Verginin ardından şekerli içecek satışlarında uzun süre sonra ilk defa düşüş görülmüştür. Verginin ilk dört ayında tüketim %3,3 oranında düşmüştür (Lavin ve Timpson, 2013).

Macaristan, Eylül 2011'de sağlıklı alternatifleri olan paketli gıdalara dolaylı bir vergi uygulamıştır. Şekerli alkolsüz içecekler, enerji içecekleri, şekerlemeler, tuzlu atıştırmalıklar vergi kapsamındadır. 2012 yılında, aromalı buralar ve şekerli reçeller de vergilendirilmiştir. Veriler, ilk altı ayda tuzlu atıştırmalıkların tüketiminin %33 düştüğünü göstermiştir. Şekerli içecek satışı, 2011'in son çeyreğinde 117 milyon litre iken 2012'nin ilk çeyreğinde 69 milyon litreye düşmüştür. Tüketimde gerçekleşen bu azalmanın ekonomik kriz veya vergi öncesi stoklama gibi nedenlerden de

kaynaklanabileceği öne sürülmektedir (National Heart Forum, 2012). Vergi sonrasında bu gıdaların tüketiminin azaldığı görülmüştür ve dört yıl içinde vergilerden 219 milyon dolar gelir elde edilmiştir. Bu gelir, obezite ile mücadele çalışmalarında kullanılmıştır. Vergi sonrası, gıda üreticilerinin neredeyse %40'ı ürünlerin içeriklerinde değişiklik yapmıştır. Dört yıl içinde genel sağlık harcamalarının ise 61,3 milyar Macar Forinti (HUF) azaldığı görülmüştür (WHO, 2015).

Norveç; Şekerli içecekleri, tatlandırıcı içeren içecekleri, çikolatayı ve şekerli obezite vergisi kapsamında vergilendirmiştir. 2001 ve 2008 yılları arasında şekerli içecek tüketimi, birçok Avrupa ülkesinde yükselirken Norveç'te düşmüştür (Lavin ve Timpson, 2013).

Doğu Asya ülkelerinde de obezite vergisi uygulamaları görülmektedir. Samoa'da 1984'ten bu yana şekerli içecekler litre başına 0,18 Dolar vergilendirilmektedir. Fransız Polinezya'sı ise 2002 yılında tatlandırılmış ve şekerli içecekler, şekerlemeler ve dondurmalar için obezite vergisini onaylamıştır. Fiji, 2006 yılında ithal şekerli içeceklere %5 vergi uygulamıştır. Nauru Cumhuriyeti ise şeker, şekerleme, gazlı içecekler ve aromalı süt için 2007'den bu yana %30 ithalat vergisi uygulamaktadır (Pan American Health Organization, 2015).

Finlandiya, obezite vergisini uygulayan ilk Avrupa ülkelerinden biridir. 2011 yılından bu yana dondurma, şekerli içecekler ve tatlı abur cuburlar gibi şeker içeren gıdalardan vergi alınmaktadır. Verginin amacı, toplum sağlığını iyileştirmek ve gelir elde etmek olarak açıklanmıştır. Finlandiya'da vergi sonrası dondurma tüketimi %20, şekerleme tüketimi %6 ve şekerli içeceklerin tüketimi %3,8 azalmıştır. 2013 yılında obezite vergisi ile ülkenin elde ettiği toplam gelir 144 milyon euroya ulaşmıştır (Silva vd., 2016).

İskoçya, sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıklara neden olan ürünleri vergilendirmiştir. Aynı şekilde çikolatanın da zararlı bir alışkanlık olduğu gerekçesi ile vergilendirilmesi talep edilmiştir. İskoçya'da neredeyse her dört kişiden biri obezdir ve bir görüşe göre çikolatayı vergilendirmek bu durumu çözmeye yardımcı olacaktır. Fakat Gıda ve İçecek

Federasyonu, böyle bir verginin sadece ekonomik olarak insanları zorlayacağını ve kilo vermeleri için işe yaramayacağını belirterek karşı çıkmıştır (Lorenzi, 2010).

İngiltere’de, tüm yiyeceklere yönelik bir tüketim vergisi bulunmamaktadır. Çiğ et, balık, meyve, sebze, hububat, kuru yemiş, bakliyat, ekme ve soğuk paketlenmiş yiyeceklere ek vergi uygulanmamaktadır. Öte yandan, fast food, dondurma, şekerlemeler, meyve suyu, gazlı içecekler, patates cipsi, tuzlu atıştırmalıklar, kahvaltılık gevrekler, meyve ve tahıl barları gibi yiyecekler %20 oranında ek vergiye tabiidir (Cornelsen ve Carreido, 2015).

Japonya’da obezite vergisi uygulaması diğer ülkelerden daha farklıdır. 2008 yılından beri sürdürülen uygulamaya göre, 40-74 yaş arası yetişkinlerin her yıl bel ölçüleri alınmakta ve erkeklerde 90 cm, kadınlarda 80 cm sınırını geçenlere belirli yaptırımlar uygulanmaktadır. Şirketler, bünyesindeki fazla kilolu çalışan oranlarını düşürmediği takdirde para cezasına çarptırılmaktadır (Sandalcı, 2018).

Obezite vergisini uygulayan ülkelerden bir diğeri ise Avustralya’dır. Obezite ile mücadele etmek ve gelir elde etmek için 2000 yılında, şekerli içeceklere, şekerlemelere, bisküvi ve unlu mamullere %10 vergi uygulaması başlatmıştır. Vergilendirilen ürünlerin tüketiminin azalması ve böylece obezite oranlarının düşmesi amaçlanmıştır (Mytton vd, 2012)

Meksika’da obezite oranları tehlikeli boyutlara ulaşmıştır. Meksikalı yetişkinlerin %73’ü fazla kilolu ve %33’ü obezdir. 2008 yılı verilerine göre, sağlık harcamalarının %13’ünü obezite ve obezite ile ilişkili hastalıklar oluşturmaktadır. Obezitenin hızlı yükselişini önlemek adına Meksika, 2014 yılından itibaren şekerli içeceklerin her bir litresi için 1 peso vergi uygulaması başlatmıştır. Aynı zamanda, 100 gramda içerdiği kalori değeri 275 kaloriden daha yüksek olan gıdalara da %8 oranında vergi getirilmiştir (Institute of Labor Economics, 2016).

Şili, Meksika'dan sonra en çok şekerli içecek tüketen ikinci ülkedir. On yıl içinde şekerli içecek satışları iki katına çıkmıştır ve düşük gelirli kişilerin daha çok tükettikleri görülmüştür. Kişi başı günlük tüketilen miktar 1987 yılında 116 ml iken 2007 yılında 289 ml'ye yükselmiştir. Yapılan bir çalışma, Şili'de kalorili içeceklere uygulanacak %10'luk bir vergi sonucunda bu içeceklerin tüketiminin %13,7 oranında azalacağını ve su tüketiminin %6,3 artacağını göstermiştir (Guerrero Lopez vd., 2017). 2014 yılında Şili hükümeti, 100 gram içinde 6,3 gram veya daha fazla şeker içeren içeceklerin vergi oranını %13'ten %18'e yükseltmiştir. Aynı zamanda, şekersiz içeceklerin vergileri %13 iken %10 olmuştur. Böylece bireylerin daha sağlıklı alternatiflere yönelmeleri amaçlanmıştır (Caro vd., 2018).

Türk vergi sisteminde tam olarak "Obezite vergisi" adı altında uygulanan vergiler yer almamakla birlikte bu amaca yönelik vergilendirmeler mevcuttur. Özel Tüketim Vergisi Kanunu'nun 12/3'üncü maddesi uyarınca hazırlanan (III) sayılı listenin (A) cetveline göre, 03 Ocak 2018 tarihinden bu yana "malttan üretilen biralalar" %63, "kolalı gazozlar" %25 oranında vergilendirilmektedir. Aynı zamanda 7061 Sayılı Kanun'un 75'inci maddesi ile beraber meyve suları (üzüm şırası dâhil) ve sebze suları (fermente edilmemiş ve alkol katılmamış), ilave şeker veya diğer tatlandırıcı maddeler katılmış olsun olmasın (yalnız ambalajlanmış olanlar ve/veya toptan teslimatı konu edilenler) (sebze suları ve Türk Gıda Kodeksine göre %100 meyve suyu sayılanlar hariç), sade ve meyveli gazozlar ve alkolsüz biralalar için %10 ek vergi uygulanmaya başlanmıştır. (Gelir İdaresi Başkanlığı, Özel Tüketim Vergisi Kanunu (III) sayılı listesi, 2018).

2.2.3.3. Obezite Vergisine Yönelik Literatür Çalışmaları

Briggs ve arkadaşları (2013), İrlanda'da şekerli içeceklere uygulanacak olan %10'luk bir verginin etkilerini incelemiştir. Sonuçlara göre kişi başı günlük kalori alımının 2,1 kalori azalacağı düşünülmektedir. Kişilerin kendi bildirimlerine dayanarak, %10'luk bir şekerli içecek vergisinin obez yetişkin oranında %1,3, fazla kilolu yetişkin oranında ise %0,7 azalmaya neden olacağı tahmin edilmektedir. Kadın ve erkekler için oranlar anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Aynı şekilde, farklı gelir grupları için obezite oranlarındaki değişim benzer sonuçlanmıştır. Genç yetişkinlerde vergi sonrası obezite

oranlarının %2,9 azalması beklenmektedir. 65 yaş ve üstü grup için bu oran %0,6 olarak belirlenmiştir.

Ruff ve Zhen (2015) tarafından yapılan çalışma, şekerli içeceklere getirilecek verginin 1,5 ve 10 yıllık sonuçlarını öngörmüştür. Her bir bireyin ortalama kilo kaybı, birinci yıl sonunda 0,46 kg iken onuncu yılın sonunda 0,92 kg olarak tahmin edilmiştir. New York yetişkin nüfusunun on yıl içinde toplam 5.531.059 kg kaybetmesi beklenmektedir. Simülasyona göre, toplam kilo kaybının %50'si ilk iki yıl içinde, %95'i beş yıl içinde gerçekleşecektir. Sonuçlara göre şekerli içecek vergisi, obezite prevalansında tutarlı fakat anlamlı olmayan bir düşüşe neden olmaktadır.

Yaniv ve diğerleri (2009), obezite vergileri ve sübvansiyonların etkileri üzerine bir çalışma yapmışlardır. Elde edilen verilere göre, obezite vergisi ile zararlı gıdaların tüketimi azalmakta ve obezite oranları düşmektedir. Fakat vergi ile beraber uygulanan sübvansiyonlar obezite prevalansını arttırmaktadır. Aynı zamanda, vergi sonrası şekerli içecek tüketimi azalırken, fiziksel aktivite oranlarının da azalacağı düşünülmektedir. Obezite vergisinin, toplum sağlığını iyileştireceği sonucuna varılmamıştır.

ABD'de gıdalara ve içeceklere uygulanan vergilerin ve sübvansiyonların etkilerini incelemek için çalışmalar yapılmıştır. Şekerli içeceklere uygulanan %10 oranında bir vergi ile bu içeceklerin tüketiminde %7'lik bir düşüş görülmüştür. Yüksek oranda şeker ve yağ içeren sağlıksız gıdalara ise %10'luk bir vergi uygulanması durumunda tüketim değerleri %6 azalmıştır. Aynı çalışma, Meksika'da şekerli içeceklere uygulanan vergi sonrası, bu içeceklerin satışında %7,76 oranında düşüş olduğunu göstermiştir. California'da vergiden sonraki 4 ay içinde şekerli içeceklerin tüketimi %21 düşerken su tüketimi %63 yükselmiştir (Özkan ve Güzel, 2018).

2015 yılında Manyema ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, Güney Afrika'da, şekerli içeceklere %20 oranında vergi uygulamak yetişkinlerde diyabet oranlarını %4 düşürecektir. Genel sağlık harcamalarında ise 20 yıl içinde 860 milyon ABD doları kar elde edileceği tahmin edilmektedir. Hindistan'da ise bu verginin diyabet oranlarını %1,6

azaltacağı düşünülmektedir. Verginin kadınlar üzerinde daha etkili olduğu görülmüştür (Manyema vd., 2015).

Bir diğer çalışmaya göre, şekerli içecek vergisinin etkililiği; nüfusun obezite prevalansı, şekerli içecek tüketim oranları ve mevcut vergi düzeyi olmak üzere üç faktöre bağlıdır. Çalışma kapsamında 19 ülke değerlendirilmiştir. Şekerli içecek vergisinin obezite prevalansı ve şekerli içecek tüketimi yüksek bölgelerde daha etkili olduğu görülmüştür. Vergi oranları yeterince yüksek olan ülkelerde şekerli içecek vergisi uygulamanın obezite oranları üzerinde önemli bir etkisi olmayacaktır ve piyasada dengesizlik oluşturacaktır (Jou ve Techakehakij, 2012).

Melbourne Üniversitesi tarafından yürütülen bir araştırma, obezite vergisi ve sübvansiyonların ortak yürütülmesi durumunda 22 milyon Avustralya nüfusu içinde 470.000 engellilikten arındırılmış yaşam yılı sağlanacağını ve sağlık harcamalarında 2,3 milyar dolar tasarruf yapılabileceğini göstermiştir (Cobiac vd., 2017).

Schroeter ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışma, Amerika'da yaşayan 20-74 yaş grubundaki yetişkinleri ele almıştır. Araştırma, gıda fiyatlarındaki artışa göre tüketim davranışlarındaki değişikliği incelemiştir. Şekerli içeceklerin fiyatı yükseldiğinde tüketim oranlarının azalacağı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya göre şekerli içecek vergisi obezite oranlarını düşürecektir.

ABD'de 1997-2006 yılları arasındaki verilerden yararlanılarak, şekerli içecek vergilerinin ergenlerin BKİ üzerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, belirlenen yıllar içinde uygulanan vergilerin ergenlerde görülen obezite ve fazla kilo sıklığını düşürmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaya göre mevcut vergiler obezite ile mücadelede etkili değildir. Vergilerin ergenlerin BKİ değeri üzerinde anlamlı bir fark oluşturması için sağlıksız gıdalara daha yüksek vergiler uygulanmalıdır (Powell vd., 2009).

Smith ve arkadaşları, 2010 yılında yaptıkları çalışma ile ABD’de şekerli içeceklere %20 oranında vergi uygulamanın etkilerini incelemiştir. Vergi sonucunda, yetişkinlerin günlük ortalama 37 kalori daha az alacakları ve yıllık ortalama 1,5 kilo kaybedecekleri tahmin edilmektedir. Çocukların ise, günlük 43 kalori daha az almaları ve bir yıl içinde ortalama 1,9 kg kaybetmeleri beklenmektedir. Araştırmaya göre şekerli içecek vergisi, yetişkinlerde obezite oranlarını %33,4’ten %30,4’e, fazla kilolu oranlarını ise %66,9’dan %62,4’e düşürecektir (Smith vd., 2010).

2010 yılında yapılan bir diğer çalışma ile şekerli içeceklere uygulanacak verginin farklı gelir gruplarındaki hane halklarına etkileri incelenmiştir. Şekerli içeceklerin fiyatları %20 oranında yükseldiğinde, günlük kalori alımının 7 kalori düşmesi ve bir yıl içinde kişi başı ortalama 0,32 kg kaybı beklenmektedir. Vergi oranı %40’a yükseldiğinde, günlük kalori alımının 12,4 kalori azalması ve yıllık ortalama 0,59 kg kaybedilmesi öngörülmektedir (Finkelstein vd., 2010).

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Obezite vergisi önceki bölümlerde açıklandığı üzere birçok ülkede uygulanmaktadır. Türkiye’de uygulanması üzerine görüşlerin değerlendirildiği çalışmanın bu bölümünde: araştırmanın amacı, araştırma modeli ve hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme ve araştırma verilerinin analiz yöntemi yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE ÖNEMİ

Obezite vergisi; etkililiği, olumlu ve olumsuz görülen yönleri ile tartışılan bir konudur. Henüz Türkiye’de “obezite vergisi” adı altında bir vergilendirme mevcut değildir fakat sağlıksız gıdaların tüketimini kısıtlamak amacı ile vergilendirme uygulamaları dönem dönem gündeme gelmektedir. Bu amaçla seçilen bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirilmektedir. Araştırmanın amacı, obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirmektir. Araştırmanın temel amaçları aşağıda gibi sıralanabilir:

-Obezite vergisine yönelik görüşlerin bağımsız değişkenlere göre fark gösterip göstermediğini belirlemek.

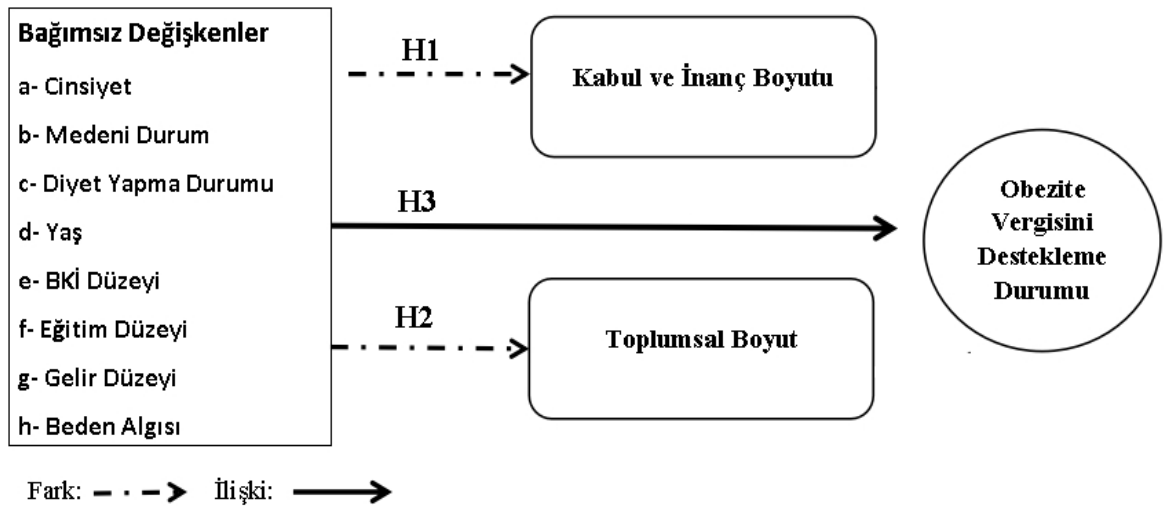
- Obezite vergisini destekleme durumu ile bağımsız değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak.

Bu çalışma sonuçlarının, obeziteye karşı geliştirilecek politikalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı, toplum sağlığı alanında obezite konusunu öncelikli olarak ele almaktadır. Obezite ile mücadeleye oldukça önem verilmekte ve çeşitli politikalarla desteklenmektedir. Obezite vergisine ilişkin Türkiye’de yapılan çalışma sayısı sınırlıdır ve bu çalışmanın literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın, obezite vergisinin Türkiye’de uygulanmasına yönelik politikalar belirlenirken yetkili mercilere yararlı olabilecek nitelikte olduğu düşünülmektedir.

3.2. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLER

Araştırmanın hipotezlerine ilişkin araştırma modeli Şekil 3’de yer almaktadır. Obezite vergisine yönelik görüşleri belirlemeye yönelik bu çalışmada; çalışmada ulaşılan iki ana boyutun (F1-Kabul ve inanç, F2-Toplumsal boyut); yaş, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, cinsiyet, BKİ düzeyi, diyet uygulayıp uygulamama durumu ve beden algısına göre fark gösterip göstermediği incelenmiştir. Obezite vergisini destekleme durumu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı analizlerle değerlendirilmiştir.



Şekil 3. Araştırma Modeli

Araştırmanın amaçları çerçevesinde belirlenen hipotezler şu şekildedir:

H1a: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1b: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1c: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri diyet uygulama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1d: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1e: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri BKİ değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1f: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1g: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H1h: Katılımcıların kabul ve inanç boyutu ile ilgili değerlendirmeleri beden algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2a: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2b: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2c: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri diyet uygulama durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2d: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2e: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri BKİ değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2f: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2g: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri gelir düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H2h: Katılımcıların toplumsal boyut ile ilgili değerlendirmeleri beden algılarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir.

H3a: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3b: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3c: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile diyet uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3d: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3e: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3f: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3g: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3h: Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile beden algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreni, Ankara’da hizmet veren bir Aile Sağlığı Merkezine 01.04.2019-30.05.2019 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri hastalardan oluşmaktadır. Aile sağlığı merkezine belirtilen tarihlerde başvuran hasta sayısı 3.841 olarak belirlenmiştir.

Buna göre ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %5 hata payı ile hesaplandığında 349 kişinin yeterli olacağı görülmüştür. Araştırma kapsamında gönüllülük esasıyla araştırmayı kabul eden 371 hasta ile görüşme yapılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bazı katılımcılar anketleri kendileri doldurdıkları için eksik veri olmasını önlemek amacı ile hesaplanan örneklem büyüklüğünden bir miktar fazla anket yapılmıştır. Hastalarla yüz yüze görüşerek anket uygulaması yapılmıştır. Araştırmaya katılanlar; 18-70 yaş aralığında ve okur-yazar bireylerdir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırma, Ankara ilinden seçilen bir aile sağlığı merkezine başvuran hastalar ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişilerin demografik (yaş, cinsiyet, kilo, boy, BKİ vb.) özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise kişinin beslenme alışkanlıkları, bedensel algısı, obezitenin nedenleri ve çözümlerine yönelik görüşlerini ölçen sorular bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise kişilerin obezite vergisine yönelik görüşlerini değerlendiren 18 soru bulunmaktadır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Katılımcılara, anket öncesinde obezite vergisinin tanımı yapılmış ve bu verginin amacı, kullanım alanları hakkında kısaca bilgilendirme yapıldıktan sonra anket formunu doldurmaları istenmiştir.

Anket, 1'in "Kesinlikle Katılmıyorum", 5'in "Kesinlikle katılıyorum" olduğu 5'li Likert Ölçeğine dayandırılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 20 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu Ek 1'de yer almaktadır.

Araştırmanın yürütüleceği kurum olan Yenimahalle Varlık Aile Sağlığı Merkezi için 06.03.2019 tarih ve 62693856-604.02 sayılı karar ile kurum izni alınmıştır (Ek-2). Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 22.01.2019 tarih ve 16969557-200 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır (Ek-3). Araştırmada kullanılan anket için gerekli

izinler alındıktan sonra 01.04.2019-30.05.2019 tarihleri arasında anket formları uygulanmış ve araştırmaya ilişkin veriler toplanmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE YORUMLANMASI

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. İlk olarak araştırmada kullanılan anketin geçerlilik ve güvenilirlik düzeyini belirleyebilmek için Cronbach's Alfa katsayısı ve faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen faktörlere doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır ve kullanılan ankette yer alan 18 ifadeden 5 adet ifade çıkarılmış ve 13 maddeden ve 2 boyuttan oluşan anket formu ile devam edilmiştir. Oluşan 2 faktör ile bağımsız değişkenler fark testleri ile analiz edilmiştir. Tüm değişkenlerin normallik varsayımına bakılmış, yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonuçlarına göre $p < 0,005$ olarak hesaplanmıştır. Bu durumda değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. İki bağımsız gruba sahip değişkenlerde (cinsiyet, medeni durum, diyet uygulama durumu) T-testi yapılmıştır. Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, beden algısı ve BKİ düzeyi değişkenlerinde ise tek yönlü varyans analizi olan ANOVA testi kullanılmıştır. Obezite vergisinin uygulanmasını destekleme durumu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırma, Ankara ilinde seçilen bir aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür ve ilgili aile sağlığı merkezine başvuran 18 ve üzeri yaş grubundaki hastalar ile 01.04.2019-30.05.2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kapsam, mekan ve zaman olarak kısıtlıdır. Bu nedenle araştırma bulguları obezite vergisine yönelik görüşler hakkında fikir vermekle birlikte genellenemez. Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket yöntemine özgü kısıtlar, araştırma için geçerlidir. Katılımcıların ankete verdikleri yanıtların güvenilir olduğu varsayılmaktadır.

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKETİN GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

Bir araştırmada asıl amaç, araştırmanın cevaplamaya çalıştığı soru veya problemlere doğru cevabı veriyor olmasıdır. Bu doğrultuda bilimsel yöntemin amacı yanlış cevap alma ihtimalini bitirmektir. Yapılan bir araştırmanın sorduğu soruya doğru cevap vermesi için güvenilirlik ve geçerlilik değerleri önem taşımaktadır (Altunışık vd., 2010). Araştırmanın bu bölümünde araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin yapı geçerliği ve güvenilirlik analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

3.7.1. Anketin Güvenilirlik Analizi

Araştırma kapsamında Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket güvenilirliği Cronbach's Alfa testi ile değerlendirilmiştir. Cronbach's Alfa testi, ölçek maddelerinin iç tutarlılığını ve homojenliğini açıklamak ve sorgulamak için kullanılmaktadır. Cronbach's Alfa katsayısı 0-0,40 arasında ise ölçek güvenilir değil, 0,40-0,60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0,60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir, 0,80-1,00 arasında ise yüksek güvenilirlikte olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Cronbach's Alfa katsayısının yüksek olması ölçek içindeki maddelerin tutarlı olduğunu ve aynı özelliği ölçtüğünü göstermektedir (Uzunsakal ve Yıldız, 2018)

Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından hazırlanan obezite vergisi ölçeğine ait Cronbach's Alfa katsayısı 0,826 olarak belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada cronbach's alfa katsayısı 0,907 olarak bulunmuştur. Bu sonuç araştırma ölçeğinin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.7.2. Anketin Geçerlilik Analizleri

Bir araştırmada kullanılan ölçüm aracının, doğruluğunu ve uygulanabilirliğini değerlendirirken bir diğer önemli etken ölçeğin geçerliliğidir. Güvenilirlik analizleri tek başına yeterli değildir bu nedenle geçerlilik analizlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Geçerlilik, ölçeğin ölçülmek istenen özelliği yansıtma ve ölçme derecesidir. Bir araştırmada, verileri değerlendirerek genelleme yapabilmek için araştırmanın geçerli olması gerekir (Şencan, 2005)

Araştırmada kullanılan anketin üçüncü bölümünde yer alan ve obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendiren 18 ifadeli anketin yapı geçerliliğini belirlemek için öncelikle açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Korelasyon matrisi kontrol edilmiş ve ilk aşamada 3. ifade olan “Obezite ile mücadele vergi dışı araçlarla olmalıdır” ifadesi, ikinci aşamada ise 14. sırada yer alan “devletin bu vergiyi gelir sağlamak amacı ile çıkaracağına inanıyorum” ifadesi korelasyon matrisine göre düşük değerlere sahip oldukları için anketten çıkarılmıştır. Üçüncü aşamada “obezite ile mücadelede öncelikli araç vergiler olmalıdır”, “Obezite ile mücadele devletin temel görevlerinden biridir” ve “Devlet bu uygulamayı vatandaşın sağlığını düşündüğü için yapacaktır” ifadeleri bitişik ifade oldukları için anketten çıkarılmıştır.

Ardından kalan 13 ifade için KMO testi uygulanmıştır. KMO değeri 0,943 olarak hesaplanmıştır. Obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendiren ifadelere ilişkin faktör analizi sonuçları Tablo 5’de gösterilmektedir. Bartlett Küresellik Test değeri 2.674,480 ($p < 0,001$) bulunmuş ve bu bulgular ifadelerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir. Analiz sonucunda kalan 13 ifadenin iki boyutta gruplandığı ve açıklanan toplam varyansın %60,219 olduğu görülmüştür. Oluşan yeni faktörler için “kabul ve inanç boyutu” ve “toplumsal boyut” isimlendirmeleri uygun görülmüştür.

Tablo 5. Obezite Vergisine Yönelik Görüşleri Değerlendiren İfadelere İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör Yükleri
F1- Kabul ve İnanç Boyutu	
S1-Tüketim üzerinden alınan vergiler tüketimi azaltabilir.	0,627
S5- Obezite vergisi Türkiye’de uygulanmalıdır.	0,772
S6- Obeziteye neden olan ürünlerde vergi oranı yüksek belirlenebilir.	0,738
S7- Obezite vergisinin toplum açısından faydalı olacağını düşünüyorum	0,749
S9- Vergi nedeniyle fiyatı artan obezite ürünlerine yönelik tüketim azalır	0,800
S10- Bu vergi obezite grubuna giren kesimin sayısını azaltabilir.	0,838
S11- Obezite vergisinin konulması sağlıklı ürünlerin tüketimini artırır.	0,812
S12- Bu vergi obezite ürünleri satan iş sahasının gelir durumunu azaltır	0,588
S15- Obezite vergisi devlet açısından sağlık giderlerini azaltabilir.	0,690
S17- Obezite vergisi konulan ürünlerin tüketimini azaltmayı düşünebilirim.	0,713
F2- Toplumsal Boyut	
S8- Obezite vergisi insanların yaşama biçimlerine müdahale oluşturmaz.	0,716
S16- Obezite vergisi toplum içinde tepki uyandırmaz	0,732
S18- Ödediğimiz vergiler kamu hizmeti olarak bizlere geri dönmektedir.	0,721
<i>Kaiser-Meyer-Olkin: 0,943</i>	
<i>Barlett Küresellik Testi Ki Kare: 2674,480</i>	
<i>p<0,001</i>	
<i>Açıklanan Toplam Varyans: %60,219</i>	

Yapılan açıklayıcı faktör analizinin ardından elde edilen sonuçlara doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır ve analiz sonucunda uyum iyiliğini iyileştirmek için 5. ve 6. ifade arasında kovaryans yapılmış ve tekrar doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır elde edilen uyum iyiliği değerleri Tablo 6’da görüldüğü gibi kabul edilebilir bulunmuştur.

Tablo 6. Obezite Vergisine Yönelik Görüşleri Değerlendiren İfadelere İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

İndeks	Model Değerleri	
CMIN/df	162,636/63=2,582	Kabul edilebilir
RMSEA	0,065	Kabul edilebilir
AGFI	0,906	Kabul edilebilir
GFI	0,935	Kabul edilebilir
CFI	0,962	İyi uyum
NFI	0,940	Kabul edilebilir
TLI	0,929	Kabul edilebilir

4. BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü yapılan araştırma ve analiz sonucunda elde edilen bulgulara yöneliktir. Katılımcıların tanımlayıcı istatistik bulgularının ardından ankette yer alan ifadelere katılım istatistikleri ve katılımcıların gıda tüketimlerinin frekanslarına yer verilmiştir. Obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirmek için uygulanan anketin cevaplarının frekans dağılımları ve ortalamaları bir tabloda verilmiştir. Çalışma içinde değerlendirilen hipotezler analiz sonuçları eşliğinde incelenmiştir. Anket içinde yer alan ifadelere katılım düzeyi ile katılımcıların belirli özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiş ve bu değerlendirme sonucu hipotezlerin kabul edilme durumuna karar verilmiştir.

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Tablo 7’de; araştırmaya katılan 371 kişiye ilişkin demografik bulgular verilmiştir. Anket katılımcılarının %49,9’u (n=185) kadın, %50,1’i (n=186) erkektir. Medeni duruma göre %56,6’sı (n=210) evli, %43,4’ü (n=161) bekarıdır. Diğer bir demografik değişken olan yaş ise üç grup altında incelenmiştir. Katılımcıların %24,8’i (n=92) 18-25 yaş grubunda, %36,7’si (n=136) 26-40 yaş aralığında ve %38,5’i (n=143) 40 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların %25,6’sının (n=95) aylık geliri 2.500 Türk lirası ve altındadır, %42’sinin (n=156) 2.501 ile 5.000 lira arasındadır, %32,3’ünün (n=120) ise aylık geliri 5.001 lira ve üzerindedir. Eğitim düzeylerine göre katılımcıların; %36,9’u (n=137) lise ve altı, %51,2’si (n=190) üniversite mezunu ve %11,9’u (44) yüksek lisans veya doktora mezunudur.

Tablo 7. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	185	49,9
Erkek	186	50,1
Medeni Durum		
Evli	210	56,6
Bekar	161	43,4
Yaş		
18-25	92	24,8
26-40	136	36,7
41 ve üzeri	143	38,5
Gelir Düzeyi		
2.500 TL ve altı	95	25,6
2.501 TL - 5000 TL	156	42,0
5.001 TL ve üzeri	120	32,3
Eğitim Düzeyi		
Lise ve altı	137	36,9
Üniversite	190	51,2
Yüksek Lisans ve	44	11,9

Tablo 8’de araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Katılımcılardan kilo ve boy bilgileri istenmiş ve beden kitle indeksleri hesaplanmıştır. Verilen bilgilere göre katılımcıların %3’ünün (n=11) BKİ değeri 18,5 ve altındadır. Katılımcıların %47,2’sinin (n=175) BKİ’sinin 18,6-24,9 arasında sağlıklı kabul edilen kilo-boy ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Fazla kilolu olarak kabul edilen 25-29,9 değerleri arasında BKİ’ye sahip olanlar %35 (n=130), 30 ve üzeri BKİ değeri ile obez sınıfında kabul edilen kişilerin oranı ise %14,8’dir (n=55). Bireylerin bilimsel olarak belirlenen değerlerinin yanı sıra kendi bedenlerini nasıl algıladıklarının da önemli olduğu düşünülmektedir. Beden algısını değerlendiren soruya göre katılımcıların %56,1’i (n=208) kendisini normal ve sağlıklı bir kiloda hissederken, %36,1’i (n=134) fazla kilolu, %4,6’sı (n=17) zayıf, %2,2’si (n=8) obez, %1,1’i (n=4) aşırı zayıf olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %87,3 (n=324)

gibi büyük bir kısmı belirli bir diyet uygulamadığını, %12,7'si (n=47) ise diyet uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 8. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	n	%
Beden Algısı		
Aşırı zayıf	4	1,1
Zayıf	17	4,6
Normal kiloda	208	56,1
Fazla Kilolu	134	36,1
Obez	8	2,2
Diyet Uygulama Durumu		
Evet	47	12,7
Hayır	324	87,3
BKİ Düzeyleri		
≤18,5	11	3,0
18,6-24,9	175	47,2
25-29,9	130	35,0
≥30	55	14,8

Katılımcılara tanımlayıcı özelliklerinin yanı sıra obezitenin nedeni olarak gördükleri ana etken ve obezite için en etkili olduğu düşünülen çözüm yolu sorulmuş ve Tablo 9'da gösterilmiştir. Anket sonuçlarına göre obezitenin asıl nedeni olarak %57,7 (n=214) oranı ile sağlıksız beslenme görülmektedir. Katılımcıların %24,3'ü (n=90) hareketsiz bir yaşam sürmeyi, %9,4'ü (n=35) genetik faktörleri, %5,4'ü (n=5,4) bilgi yetersizliğini, %3,2'si (n=12) ise paketli gıdaların ucuz olmasını obezitenin asıl nedeni olarak görmektedir. Katılımcılara göre obezitenin asıl nedenleri sağlıksız bir beslenme düzeni ve hareketsiz yaşamdır. Obezite için başlıca çözüm yolu olarak ise %48,8 (n=181) beslenme eğitimi verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların; %21'i (n=78) sağlıksız gıdaların okul gibi kurumlarda yasaklanmasını, %13,2'si (n=49) kamuya açık spor alanlarının artırılmasını, %8,9'u (n=33) obezite vergisini, %8,1'i (n=30) medya kanalları ile bilgilendirmeyi önermiştir. Obezite ile mücadelenin eğitim araçları ile yapılması desteklenmektedir. Öncelikli çözüm yolu olarak obezite vergisi uygulanmasını destekleyenlerin oranı oldukça düşüktür.

Tablo 9. Katılımcıların Obeziteye Yönelik Düşünceleri

Obezitenin Başlıca Nedeni	n	%
Sağlıksız beslenme	214	57,7
Genetik faktörler	35	9,4
Hareketsizlik	90	24,3
Bilgi yetersizliği	20	5,4
Paketli gıdaların ucuz olması	12	3,2
Obezite ile Mücadelede Tercih Edilen Çözüm Yolları		
Beslenme eğitimi verilmesi	181	48,8
Sağlıksız gıdaların okul vs.de yasaklanması	78	21,0
Obezite vergisi	33	8,9
Kamuya açık spor alanlarının artırılması	49	13,2
Medya kanalları ile bilgilendirme	30	8,1

Tablo 10’da obezite vergisi ile ilgili katılımcıların değerlendirmeleri yer almaktadır. “Obezite vergisi sizce uygulanmalı mıdır?” sorusuna katılımcıların %44,7’si (n=166) obezite vergisinin uygulanması gerektiğini ifade ederken, %55,3’ü (n=205) uygulanmaması gerektiğini ifade etmektedir. Obezite vergisi uygulamasına katılımcıların çoğunun karşı olduğu görülmektedir. “Obezite vergisi hangi gıdalardan alınmalıdır?” sorusuna katılımcıların, %33,4’ü (n=124) hiçbir gıdadan alınmamalıdır cevabını verirken %22,4’ü (n=83) fast food yiyeceklerden, %15,9’u (n=59) belirtilen tüm gıdalardan, %15,1’i (n=56) şekerli içeceklerden, %13,2’si (n=49) abur-cuburlardan alınmalıdır şeklinde cevap vermiştir.

Tablo 10. Obezite Vergisi ile İlgili Genel Değerlendirmeler

	n	%
Obezite vergisi sizce uygulanmalı mı?		
Evet	166	44,7
Hayır	205	55,3
Obezite vergisi hangi gıdalardan alınmalıdır?		
Şekerli içecekler	56	15,1
Abur-cubur	49	13,2
Fast food	83	22,4
Hiçbiri	124	33,4
Hepsi	59	15,9

Anketin üçüncü kısmında yer alan obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendiren 18 ifade faktör analizi sonrası iki ana faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu faktörler içinde değerlendirilen ifadelere verilen cevapların frekans, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapmaları Tablo 11’de gösterilmektedir. 5’li Likert ölçeğine göre puanlanan ölçekte “1” kesinlikle katılmıyorum, “5” ise kesinlikle katılıyorum ifadesini simgelemektedir. Bu durumda ortalama değeri yükseldikçe ifadeye katılma oranı da yükselmektedir. İfadelerden en çok desteği 3,12 ortalama ile (%47,2) “Bu vergi obezite ürünleri satan iş sahasının gelir durumunu azaltır.” ifadesi almıştır. Katılımcıların, obezite vergisinin doğuracağı ekonomik sonuçlar hakkında endişeleri olduğu görülmektedir. Ardından “Obezite vergisi konulan ürünlerin tüketimini azaltmayı düşünebilirim.” ifadesi en çok destek gören ikinci ifade olmuştur ($\bar{x}=3,10$). Katılımcıların büyük bir kısmı obezite vergisi uygulanması durumunda tüketim alışkanlıklarının bu durumdan etkileneceğini belirtmiştir. Katılımcılardan en az destek alan ifade ise “Obezite vergisi toplum içinde tepki uyandırmaz.” İfadesidir. Katılımcılar, obezite vergisinin uygulanması durumunda toplumun tepki göstereceğini düşünmektedir. En düşük ortalamaya sahip bir diğer ifade ($\bar{x}=2,71$) ise “Ödediğimiz vergiler kamu hizmeti olarak bizlere geri dönmektedir.” ifadesidir. Katılımcılar vergilerin işlevselliği ve etkililiği konusunda güven duymadıklarını belirtmiştir.

Katılım yüzdelerine bakıldığında katılımcıların %46,9’unun, obezite vergisinin Türkiye’de uygulanması fikrine karşı çıktığı görülmektedir. Katılımcıların %14,8 ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Öte yandan, obezite vergisi ile sağlıksız gıdaların tüketiminin düşeceği (%43,7) ve böylece obezite prevalansının azalacağı (%44,5) düşünülmektedir.

Tablo 11. Obezite Vergisine Yönelik Görüşlerin Frekans Dağılımları ve Ortalamaları

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ort.	S.S.
Kabul ve İnanç Boyutu								
1. Tüketim üzerinden alınan vergiler tüketimi azaltabilir.	n	82	83	53	98	55	2,89	1,39
	%	22,1	22,4	14,3	26,4	14,8		
5. Obezite vergisi Türkiye’de uygulanmalıdır.	n	83	91	55	93	49	2,82	1,37
	%	22,4	24,5	14,8	25,1	13,2		
6. Obeziteye neden olan ürünlerde vergi oranı yüksek belirlenebilir.	n	74	79	71	93	54	2,92	1,35
	%	19,9	21,3	19,1	25,1	14,6		
7. Obezite vergisinin toplum açısından faydalı olacağını düşünüyorum.	n	79	77	68	102	45	2,88	1,34
	%	21,3	20,8	18,3	27,5	12,1		
9. Vergi nedeniyle fiyatı artan obezite ürünlerine yönelik tüketim azalır.	n	71	74	64	105	57	3,00	1,36
	%	19,1	19,9	17,3	28,3	15,4		
10. Bu vergi obezite grubuna giren kesimin sayısını azaltabilir.	n	63	71	72	118	47	3,04	1,30
	%	17,0	19,1	19,4	31,8	12,7		
11. Obezite vergisinin konulması sağlıklı ürünlerin tüketimini artırır.	n	70	69	73	103	56	3,01	1,35
	%	18,9	18,6	19,7	27,8	15,1		
12. Bu vergi obezite ürünleri satan iş sahasının gelir durumunu azaltır.	n	57	63	76	125	50	3,12	1,28
	%	15,4	17,0	20,5	33,7	13,5		
15. Obezite vergisi devlet açısından sağlık giderlerini azaltabilir.	n	67	84	77	105	38	2,90	1,27
	%	18,1	22,6	20,8	28,3	10,2		
17. Obezite vergisi konulan ürünlerin tüketimini azaltmayı düşünebilirim.	n	66	62	69	115	59	3,10	1,34
	%	17,8	16,7	18,6	31,0	15,9		
Toplumsal Boyut								
8. Obezite vergisi insanların yaşama biçimlerine müdahale oluşturmaz.	n	77	83	90	80	41	2,79	1,29
	%	20,8	22,4	24,3	21,6	11,1		
16. Obezite vergisi toplum içinde tepki uyandırmaz.	n	98	104	73	64	32	2,53	1,28
	%	26,4	28,0	19,7	17,3	8,6		
18. Ödediğimiz vergiler kamu hizmeti olarak bizlere geri dönmektedir.	n	97	68	86	82	38	2,71	1,33
	%	26,1	18,3	23,2	22,1	10,2		

4.2. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırma hipotezlerine yönelik bulgular tablolar halinde sunulup incelenmiştir. İlk olarak ankette yer alan ifadelere uygulanan faktör analizi sonucu oluşan yeni iki faktör ile bağımsız değişkenler arasında fark testleri yapılmıştır. İki bağımsız ortalamaya sahip değişkenlerin incelenmesi amacı ile T- testi yapılmıştır. Üç bağımsız ortalamalı değişkenlere ise ANOVA testi uygulanmıştır. Yapılan test sonuçlarına göre “p” değerinin 0,05 değerinden küçük olması halinde hipotez ile değişken arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmaktadır ve hipotez kabul edilmektedir. İkinci olarak, obezite vergisinin uygulanmasını destekleme durumu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 12’de obezite vergisine yönelik görüşlerin değerlendirme boyutları (Kabul ve inanç ve toplumsal boyut) ile cinsiyet değişkeni arasındaki farkın T-testi ile incelenmesi ile elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Yapılan analizler sonucunda, katılımcıların obezite vergisine yönelik değerlendirmeleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Bu durumda **H1a** ve **H2a** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Analizi

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Kabul ve İnanç	Kadın	185	3,00	1,00	0,628	0,530
	Erkek	186	2,93	1,07		
Toplumsal	Kadın	185	2,70	,94	0,455	0,649
	Erkek	186	2,66	1,03		

Katılımcıların obezite vergisine yönelik değerlendirmeleri ile medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı yapılan T-testi ile incelenmiştir. Analiz sonucu Tablo 13’de görüldüğü gibidir. Kabul ve inanç ve Toplumsal boyutlara yönelik değerlendirmeler ile kişilerin medeni durumları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p<0,005$). **H1b** ve **H2b** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Analizi

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	S.S	t	p
Kabul ve İnanç	Evli	210	2,90	1,09	-1,428	0,154
	Bekar	161	3,06	0,95		
Toplumsal	Evli	210	2,67	1,06	-,223	0,824
	Bekar	161	2,69	0,87		

Araştırma kapsamında katılımcılara “diyet uyguluyor musunuz?” sorusu yönlendirilmiştir. Katılımcıların bir kısmı uyguladığını belirtirken büyük çoğunluğu diyet yapmadıklarını ifade etmiştir. Tablo 14’de katılımcıların obezite vergisine yönelik değerlendirmelerinin diyet uygulayıp uygulamama durumlarına göre analiz sonuçları yer almaktadır. Obezite vergisine yönelik görüşlerin kabul ve inanç boyutu ile kişilerin diyet yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0,045$). Diyet uygulamayanların kabul ve inanç boyutuna ilişkin puanlarının uygulayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplumsal boyuta yönelik değerlendirmeler ile kişinin diyet yapıp yapmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. Analiz sonuçlarına göre **H1c** hipotezi kabul edilirken **H2c** hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Diyet Uygulama Durumlarına Göre Analizi

Boyutlar	Diyet Uygulama Durumu	n	Ort.	S.S.	t	p
Kabul ve İnanç	Evet	47	2,65	1,16	-2,047	0,045
	Hayır	324	3,01	1,01		
Toplumsal	Evet	47	2,61	1,08	-0,464	0,644
	Hayır	324	2,69	0,97		

Tablo 15’de araştırmaya katılan kişilerin obezite vergisine yönelik görüşleri ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını anlamaya yönelik yapılan

ANOVA sonuçları bulunmaktadır. Katılımcılar, 18-25, 26-40 ve 41 ve üzeri olacak şekilde üç yaş grubu altında sınıflandırılmıştır. Obezite vergisine yönelik görüşlerin kabul ve inanç boyutu ve toplumsal boyutu ile kişinin içinde bulunduğu yaş grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) ve hipotez **H1d** ve **H2d** reddedilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Yaşlarına Göre Analizi

Boyutlar	Yaş	n	Ort.	S.S.	F	p
Kabul ve İnanç	18-25	92	3,09	0,96	0,829	0,437
	26-40	136	2,91	1,08		
	41+	143	2,95	1,03		
Toplumsal	18-25	92	2,59	0,87	0,681	0,507
	26-40	136	2,75	1,04		
	41+	143	2,68	1,00		

Katılımcılara anket içerisinde boylarını ve kilolarını belirtmeleri istenmiştir ve bu veriler ile BKİ değerleri hesaplanmıştır. Katılımcılar beden kitle indeksi değerlerine göre dört grupta toplanmıştır. Zayıf ($BKİ<18,50$), normal kiloda ($BKİ=18.50-24.99$), fazla kilolu ($BKİ=25.0-29.99$) ve obez ($BKİ=30$ ve üstü) olarak gruplandırılan katılımcıların, obezite vergisine yönelik değerlendirmeleri ile BKİ grupları arasındaki fark ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 16'da görüldüğü gibidir ve katılımcıların beden kitle indeksleri ile obezite vergisinin kabul ve inanç boyutu ve toplumsal boyutu değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Sonuç olarak hipotez **H1e** ve **H2e** reddedilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin BKİ Gruplarına Göre Analizi

Boyutlar	BKİ	n	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Kabul ve İnanç	<18,50	11	2,60	0,97	0,986	0,399
	18.50-24.99	175	3,05	1,02		
	25.0-29.99	130	2,91	1,02		
	30+	55	2,92	1,12		
Toplumsal	<18,50	11	2,3333	0,96	0,679	0,565
	18.50-24.99	175	2,7257	0,93		
	25.0-29.99	130	2,6410	0,96		
	30+	55	2,7273	1,20		

Tablo 17’de katılımcıların eğitim durumları ile obezite vergisine yönelik değerlendirmelerinin analiz sonuçları yer almaktadır. Eğitim durumu değişkeni; ilkokul ve lise, lisans ve lisans üstü olmak üzere üç ana grupta değerlendirilmiştir. Obezite vergisinin kabul ve inanç boyutu ve toplumsal boyutu ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark olup olmadığı ANOVA testi aracılığıyla analiz edilmiştir ve anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p < 0,05$). Bu durumda hipotez **H1f** ve **H2f** reddedilmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Analizi

Boyutlar	Eğitim Düzeyi	n	Ort.	S.S	F	p
Kabul ve İnanç	İlkokul-Lise	137	2,97	1,06	2,597	0,076
	Lisans	190	3,05	0,98		
	Lisans üstü	44	2,66	1,11		
Toplumsal	İlkokul-Lise	137	2,7908	1,08	1,256	0,286
	Lisans	190	2,61	0,91		
	Lisans üstü	44	2,64	0,99		

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile obezite vergisine yönelik değerlendirmeleri arasındaki farkı istatistiksel olarak analiz edebilmek için ANOVA testi uygulanmıştır ve analiz sonuçları Tablo 18’de verilmiştir. Analiz için gelir grupları; aylık 2500 TL altı, 2.500- 4.999 TL arası ve 5.000 TL ve üstü olacak şekilde üç gruba ayrılmıştır. Obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendiren anketin yeniden oluşturulan alt boyutları ile kişilerin aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durumda **H1g** ve **H2g** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Gelir Düzeylerine Göre Analizi

Boyutlar	Gelir Düzeyi (TL)	n	Ort.	S.S	F	p
Kabul ve İnanç	<2.500	95	2,93	1,05	1,234	0,292
	2500-4999	156	3,07	1,00		
	5.000+	120	2,88	1,07		
Toplumsal	<2.500	95	2,72	1,04	1,777	0,171
	2500-4999	156	2,77	1,02		
	5.000+	120	2,55	0,89		

Araştırmada katılımcılardan kendi bedenlerini nasıl algıladıklarını belirtmeleri istenmiştir. Katılımcılar kendilerini zayıf, sağlıklı kilosunda veya olması gereken kilonun üstünde olacak şekilde üç gruptan birinde değerlendirmiştir. Obezite vergisine yönelik değerlendirmeler ile kişinin beden algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı ANOVA testi ile incelenmiş ve test sonuçları Tablo 19’da verilmiştir. Kabul ve inanç boyutu ve toplumsal boyuta yönelik değerlendirmeler ile beden algısı değişkeni arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$) ve **H1h** ve **H2h** hipotezleri reddedilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Obezite Vergisine Yönelik Değerlendirmelerinin Beden Algılarına Göre Analizi

Boyutlar	Beden Algısı	n	Ort.	S.S.	F	p
Kabul ve İnanç	Zayıf	21	2,92	0,99	0,882	0,415
	Normal Kiloda	208	3,04	1,01		
	Fazla kilolu	142	2,89	1,08		
Toplumsal	Zayıf	21	2,62	0,81	1,313	0,270
	Normal Kiloda	208	2,76	0,95		
	Fazla kilolu	142	2,59	1,06		

4.2.1. Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Regresyon analizi, bir veya birden çok bağımsız değişkenin bir metrik bağımlı değişken ile ilişkisini inceleyen istatistik yöntemidir. Regresyon analizi ile bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığına, varsa ilişkinin şiddetine, ilişkinin matematiksel ifadesine ulaşmak amaçlanmaktadır. Birden çok bağımsız değişkenin olduğu regresyon analizi çok değişkenli regresyon analizi olarak adlandırılır. Lojistik regresyon çoklu regresyon analizinin bir türüdür. Bağımlı değişkenin kategorik olması yani iki kategoriden oluşması durumunda kullanılacak uygun analiz yöntemi lojistik regresyondur. Lojistik regresyonda elde edilen R^2 değeri, bağımlı değişkende oluşan değişimin bağımsız değişkenlerdeki değişim tarafından açıklanan oranını (%) ifade etmektedir. Beta katsayısı belirli bir bağımsız değişkenin bağımlı değişkene etki katsayısını göstermektedir ve bu katsayının işareti bağımsız değişken ve bağımlı değişken arasındaki ilişkinin ne yönde olduğunu belirlemektedir (Altunışık vd., 2010).

Katılımcılar “Obezite vergisi sizce Türkiye’de uygulanmalı mıdır?” sorusuna evet-hayır şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruyu bağımlı değişken olarak ele aldığımızda evet ve hayır şeklinde iki kategoride gruplanmaktadır. Bu nedenle soruya verilen cevaplar ile kişinin yaşı, BKİ düzeyi, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, beden algısı, cinsiyeti ve medeni durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi için lojistik regresyon analizi uygun

görülmüştür ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 20’de görüldüğü gibidir.

Tablo 20: Obezite Vergisini Destekleme Durumu ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkinin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	β	Standart Hata	p	Odds Oranı (OR)	OR İçin% 95 Güven Aralığı	
BKİ Grupları						
<18,5	0,353	0,833	0,672	1,423	0,278	7,278
18,5-24,9	-0,651	0,405	0,108	0,522	0,236	1,153
25.0- 29.9	-0,464	0,358	0,195	0,629	0,312	1,268
30+			0,208			
Eğitim Düzeyi						
Lisans altı	-0,301	0,378	0,426	0,740	0,353	1,552
Lisans	-0,127	0,354	0,721	0,881	0,440	1,764
Lisans Üstü			0,686			
Gelir Düzeyi						
0- 2.499	-0,229	0,310	0,460	0,796	0,434	1,460
2.500-4.999	-0,245	0,262	0,350	0,783	0,469	1,307
5.000+			0,624			
Yaş						
18-25	0,401	0,373	0,283	1,493	0,718	3,104
26-40	0,270	0,268	0,312	1,310	0,776	2,214
41+			0,490			
Medeni Durum						
Bekar						
Evli	0,297	0,288	0,303	1,345	0,765	2,368
Cinsiyet						
Erkek						
Kadın	-0,554	0,230	0,016	0,574	0,366	0,901
Beden Algısı						
Zayıf	0,212	0,551	0,700	1,237	0,420	3,642
Normal Kiloda	-0,078	0,269	0,772	0,925	0,546	1,568
Fazla Kilolu			0,823			

Nagelkere $R^2=0,054$

Tabloda yer alan analiz sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşlarının, BKİ düzeylerinin, eğitim ve gelir düzeylerinin, medeni durumlarının ve beden algılarının obezite vergisini destekleme durumlarına istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak cinsiyet değişkeninin obezite vergisinin Türkiye’de uygulanması

düşüncesi üzerinde bir etkisi olduğu sonucun ulaşılmıştır ($p=0,016$). Cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların erkeklere göre obezite vergisini destekleme olasılığının 0,574 kat arttığı bulunmuştur (%95 GA: 0,366-0,901). Bu durumda “Katılımcıların obezite vergisini destekleme durumu ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi olan **H3a** kabul edilmiş ve H3b, H3c, H3d, H3e, H3f, H3g ve H3h hipotezleri reddedilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırma ile obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bu bölümde yapılan analizlerle ulaşılan sonuçlar ile bu alanda daha önce yapılmış çalışmaların sonuçları karşılaştırılmaktadır.

Ankara’da bir aile sağlığı merkezinde yapılan çalışmaya 18 yaş ve üzeri, 185 kadın 186 erkek olmak üzere toplam 371 kişi katılmıştır. Katılımcılar çeşitli meslek gruplarından ve farklı eğitim, gelir düzeylerine sahip kişilerden oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcılar arasında obezitenin asıl sebebi olarak sağlıksız beslenme görülmektedir. Daha sonra, hareketsizlik ve genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu (%56) sağlıklı ve normal bir kiloda olduğunu düşünmektedir fakat fazla kilolu veya sağlıksız derecede zayıf olduğunu düşünenlerin oranı (%44) azımsanamaz. Araştırmada yer alan kişilerin BKİ değerleri hesaplanmış ve %49,8’inin fazla kilolu veya obez sınıfında olduğu görülmüştür fakat kendisini fazla kilolu veya obez olarak değerlendiren katılımcı oranı %38,3’dür. Buna rağmen belirli bir beslenme düzeni uygulama oranının ise oldukça düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların yalnızca %12’si diyet uyguladıklarını belirtmiştir. Katılımcılarda, vergi uygulanması durumunda öncelikli olarak fast food gıdaların vergilendirilmesi gerektiği düşüncesi hakimdir.

Katılımcılar obezite ile mücadele için uygulanacak belirli politikaları desteklemektedir. Özellikle eğitim ve bilgilendirme politikaları en çok destek gören obezite ile mücadele yöntemi olmuştur. Öte yandan obezite vergisi katılımcılardan en az destek alan yöntemdir. Katılımcılar tarafından devlet müdahalesi kabul edilebilir fakat bu müdahalenin vergi dışı araçlarla gerçekleşmesi gerektiği düşünülmektedir. 371 kişinin katıldığı araştırmada obezite vergisi uygulanmamalıdır diyenler çoğunluktadır (%55,3). Gergerlioğlu ve Akkaya (2017), obezite vergisinin bireyler üzerindeki etkisini ölçmek için 1.018 katılımcı ile yaptığı çalışmada obezite vergisine yönelik desteğin %40-%50 arasında olduğu sunucuna ulaşmıştır ve katılımcıların %40,8’i obezite vergisinin özgürlükleri kısıtladığını ifade etmektedir. Bu sonuçlar ile yapılan bu araştırma sonuçları karşılaştırıldığında obezite vergisine yönelik genel destek yüzdesi (%44,7)

paralellik göstermektedir. Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından 1.126 kişi ile tamamlanan çalışma sonuçlarına göre katılımcılar, obezite ile mücadelenin devletin görevlerinden biri olduğunu ve obezite vergisinin bu amaca hizmet edebilecek etkili bir araç olduğunu düşünmektedirler ancak obezite ile mücadelenin vergi dışı yollarla gerçekleştirilmesini beklenmektedir. Saruç (2015) tarafından yapılan araştırmada obezite vergisini kabul düzeyi oldukça yüksek (%60) belirlenmiştir. Obezite vergisinin etkili olacağına inanılmaktadır ancak uygulama sırasında en son tercih edilmiştir. Obezite ile mücadelede en etkili çözüm yolu olarak eğitim ve bilinçlendirme politikaları görülmektedir. Elde edilen sonuçlar ile bu çalışma paralellik göstermektedir. Çalışmamızda katılımcılardan en çok destek alan obezite ile mücadele yöntemi eğitim ve bilinçlendirme politikaları olmuştur ve obezite vergisi en az destek alan öncelikli çözüm yoludur. Obezite vergisinin kabul edilebilirliğini araştırmak üzere Gezgin (2017) tarafından yapılan araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunda obezitenin nedeni olarak sağlıksız beslenme ve hareketsizlik görülmektedir. Katılımcıların çoğu devletin obezite ile mücadele politikaları geliştirmesini desteklemiş ancak obezite vergisine karşı çıkmıştır. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında katılımcıların obezitenin nedenine ve obezite vergisine yönelik değerlendirmeleri tutarlılık göstermektedir.

Obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirmek için kullanılan anket, faktör analizi sonucu iki alt boyuta indirgenmiştir. Oluşturulan kabul ve inanç boyutu ve toplumsal boyut ile katılımcıların yaşı, BKİ düzeyi, beden algısı, diyet uygulayıp uygulamama durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsiyeti ve medeni durumu arasında anlamlı bir fark olup olmadığı uygun analiz yöntemleri ile incelenmiştir. Kabul ve inanç boyutu ile kişinin diyet yapma durumu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Diyet uygulayan kişilerin kabul ve inanç boyutundaki ifadeleri daha çok destekledikleri görülmüştür. Toplumsal boyuta yönelik değerlendirmelerde bağımsız değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmadığı gözlemlenmiştir.

Obezite vergisinin uygulanmasını olumlu karşılama veya karşı çıkma durumu ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, BKİ düzeyi, beden algısı, diyet uygulayıp uygulamama durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve medeni durumu ile Türkiye’de obezite

vergisinin uygulanmasını destekleme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelenmiştir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların yaşları ile obezite vergisini destekleme ihtimalleri arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Gergerlioğlu ve Akkaya (2017), obezite vergisinin bireyler üzerindeki etkisini ölçmek amacı ile İstanbul'da 1.018 katılımcı ile bir çalışma gerçekleştirmiştir ve katılımcıların 37 yaş ve üstü olanların diğer yaş gruplarına göre obezite vergisini daha çok desteklediği sonucuna ulaşmıştır. Ayyıldız ve Demirli (2015), Türkiye'de 20 ilde toplam 1.126 kişi ile yüz yüze anket uygulaması yapmıştır. Yaptıkları araştırma sonucunda 35 yaş üzeri katılımcıların diğer yaşlardaki kişilere göre obezite vergisinin toplum açısından faydalı olacağı görüşünü daha çok destekledikleri görülmüştür. Sandalcı (2018), yaptığı araştırmada Türkiye genelinde 54 ilden 1.683 katılımcı ile anket çalışması gerçekleştirmiştir ve çalışma sonucunda 46 yaş ve üzeri katılımcıların obezite vergisini daha çok desteklediği sonucuna ulaşılmıştır. Obezite vergisinin kabul edilebilirliğini araştırmak üzere Gezgin (2017) tarafından yapılan araştırma kapsamında 274 kişi ile anket çalışması gerçekleştirilmiştir ancak katılımcıların yaşı ile obezite vergisini kabul etme düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ayas (2016), obezite vergisinin Türkiye'de politik kabul edilebilirliğine dair bir araştırma gerçekleştirmiştir. Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden 716 kişi ve 309 sağlık profesyoneli ile anket çalışması yapılmıştır. Sağlık profesyonellerinde ileri yaş grubundakiler gençlere göre obezite vergisini daha çok desteklerken, 716 katılımcıda yaş ile obezite vergisini destekleme durumu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Rivard ve arkadaşları (2012), Amerika'da halkın şekerli içecek vergisine yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla 592 kişi ile yapılan araştırmada katılımcılardan 18-24 yaş grubu içinde olanların diğer yaş gruplarına göre obezite vergisini daha çok desteklediği saptanmıştır.

Gerçekleştirilen bu araştırmada katılımcıların cinsiyeti ile obezite vergisini destekleme durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Katılımcılardan kadın olanların erkek olanlara göre obezite vergisinin Türkiye'de uygulanmasını destekleme ihtimali daha yüksek belirlenmiştir. Gergerlioğlu ve Akkaya (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların cinsiyeti ile obezite vergisini destekleme düzeyi arasında anlamlı bir

ilişkiye ulaşmamışlardır. Öte yandan Ayyıldız ve Demirli (2015) ve Sandalcı (2018) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda kadınların erkeklere göre obezite vergisini daha fazla destekledikleri görülmektedir. Ayas (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık profesyonelleri dışında katılımcılardan kadınların erkeklere göre obezite vergisini daha çok desteklediği görülmüştür. Gezgin (2017) tarafından yapılan araştırmada ve Ayas'ın (2016) sağlık profesyonelleri yaptığı çalışmada erkeklerin obezite vergisini destekleme düzeyinin kadınlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin BKİ düzeyi ile obezite vergisini destekleme durumu istatistiksel olarak incelenmiş ve anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Daha önce yapılan bazı çalışmaların sonuçları incelendiğinde çeşitli BKİ gruplarının obezite vergisine yönelik düşüncelerinde farklılık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Rivard ve arkadaşları (2012), Amerika'da gerçekleştirdikleri araştırmada BKİ düzeyi 30'un altında olan kişilerin obezite vergisini daha çok destekledikleri sonucuna ulaşmışlardır. Sandalcı (2018), BKİ değeri düşük kilo aralığında olan kişilerin diğer gruplar arasında obezite vergisini en çok destekleyen grup olduğunu ve ardından normal kilodakilerin desteklediğini ve obezite vergisine en az destek veren grubun BKİ düzeyi 30 ve üzeri olan kişiler olduğunu çalışmasında ifade etmiştir. Gezgin (2017), yaptığı araştırmaya katılanların oldukları kilo ile obezite vergisinin kabul edilebilirliği arasında anlamlı bir fark olmadığına ulaşmıştır. Ayas (2016), sağlık çalışanları içinde obezite vergisini adil bulma ihtimalinin BKİ düzeyi arttıkça azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Diğer katılımcılarla gerçekleştirdiği çalışmada ise beden kitle indeksi ile kişinin obezite vergisini adil bulması arasında anlamlı bir ilişkiye varılmamıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri lisans öncesi, lisans ve lisansüstü olarak gruplandırılmıştır ve kişilerin eğitim düzeyi ile obezite vergisini destekleme olasılığı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Gergerlioğlu ve Akkaya (2017) ve Ayyıldız ve Demirli (2015) tarafından yapılan araştırmalarda eğitim düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre obezite vergisini daha çok desteklediği sonucuna ulaşılmıştır. Sandalcı tarafından 2018'de yapılan araştırmada, diğer eğitim gruplarına göre lisansüstü eğitime sahip bireylerde obezite vergisini kabul düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gezgin

(2017) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların eğitim düzeyi ile obezite vergisini destekleme düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmada gelir düzeyi ile obezite vergisini destekleme olasılığı arasında anlamlılık görülmemiştir. Ayyıldız ve Demirli (2015)'nin, çalışma sonuçlarına göre katılımcılardan düşük gelir gruplarında olanların obezite vergisini öncelikli olarak destekledikleri görülmüştür. Sandalcı (2018) ise aylık gelir grupları içinde 4.001 TL ve üzeri gelire sahip kişilerin diğer gelir gruplarına göre obezite vergisini destekleme oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Rivard ve diğerleri (2012)'nin, Amerika'da 592 kişiyle yaptığı çalışmada gelir seviyesi yüksek olanların şekerli içecek vergisini daha çok destekledikleri görülmüştür.

Araştırmada, katılımcıların evli veya bekar olması ile obezite vergisini destekleme durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Fakat Gergerlioğlu ve Akkaya (2017) katılımcılardan evli olanların bekarlara göre obezite vergisini daha çok desteklediği sonucuna ulaşırken, Sandalcı (2018) evlilere göre bekar kişilerde destekleme düzeyinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayas (2016) sağlık profesyonelleri için evli olanların bekarlara göre obezite vergisini kabul düzeyleri yüksektir sonucuna ulaşırken diğer kişilerle yaptığı çalışmada bekarların evlilere göre kabul düzeyinin daha yüksek olduğuna varmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Obezite, son yıllarda giderek artan ve tehlikeli boyutlara ulaşan bir sağlık sorunudur ve kişinin vücudunda aşırı derecede yağ birikmesi olarak açıklanmaktadır. Alınan kalorinin yakılan kaloriden yüksek olması başlıca sebebi olarak kabul edilse de obezite çok yönlü bir hastalıktır. Obezite ölçümünde; bel çevresi ölçümü, vücut yağ oranı ölçümü ve BKİ ölçümü yöntemlerine başvurulmaktadır.

Yanlış beslenme alışkanlıkları obezitenin birincil sebebidir ancak yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum, biyolojik faktörler, sigara, alkol tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği ve psikolojik faktörler de kişinin beslenme alışkanlıkları ve vücut kitlesi üzerinde oldukça etkili rol oynamaktadır. Tüm bu etkenlerin yanı sıra son yıllarda hayatımızı ve yaşam şartlarımızı değiştiren küreselleşme, teknolojik gelişmeler, şehirleşme, asimetrik bilgi ve değişen gıda sektörünün obezite prevalansına etkisi yadsınamayacak düzeydedir.

DSÖ'nün 2016 verilerine göre dünya yetişkin nüfusunun %39'u fazla kilolu, %13'ü obezdir. Türkiye'de ise yetişkinlerin %66,8'i fazla kilolu %32,1'i obezdir. Fazla kilo ve obezite sorunu sadece yetişkinlerde değil artık çocuklarda da sıkça rastlanan bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Veriler incelendiğinde obezitenin ne kadar ciddi boyutlara ulaştığı görülmektedir. Son yıllarda neredeyse iki katına çıkan obezite prevalansı her yıl artarak ilerlemektedir.

Obezite, kişisel sağlık sorunları oluşturduğu gibi toplumsal ve ekonomik sonuçlar da doğurmaktadır. Obezite, dolaylı ve doğrudan maliyetlere neden olmaktadır. Kişinin obeziteye bağlı oluşan sağlık harcamaları doğrudan maliyetler olarak değerlendirilmektedir. Dolaylı maliyetler ise iş yerinde performans düzeyinin düşmesi, işe gelmeme, engellilik ve ani ölümler gibi verimlilik kaybı sonucu oluşan maliyetlerdir.

Bireysel seçimlerin uzun vadede toplumsal sonuçlar oluşturması nedeniyle, obeziteye devlet müdahalesi gerekli hale gelmiştir. Obeziteye sebep olan ve devlet müdahalesini

haklı kılan piyasa başarısızlıkları; asimetrik bilgi, dışsallıklar, erdemsiz mallar ve tutarsız zaman tercihleridir.

Ülkeler, küresel boyutlara ulaşan bu hastalığı önlemek için belirli önlemler almaktadır. Obezite ile mücadele politikaları kapsamında çeşitli yollara başvurulmaktadır. Kişinin sağlıklı beslenme ve yiyeceklerin besin değerleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması obezitenin bir sebebi olarak görülmektedir. Dolayısıyla, beslenme ve egzersiz eğitimlerinin verilmesi, gıdaların etiketlenmesi, medya kanalları ile bilgilendirme gibi eğitim politikalarıyla obezite ile mücadele edilmektedir. Eğitimin yanı sıra; belirli kısıtlama ve yasaklamalar da uygulanmaktadır. Birçok ülke, özellikle okullarda ve iş yerlerinde sağlıksız gıda satışlarını kısıtlamıştır ve bu gıdaların tanıtım ve reklamlarına belirli şartlar altında izin verilmektedir. Abur- cubur firmalarının ve fast food şirketlerinin birincil hedefi çocuklar ve gençlerdir bu nedenle bu yaş grubuna yönelik reklamlara belirli kısıtlamalar uygulanmaktadır.

Obezite vergisi, devletin obezite ile mücadelede başvurabileceği bir kamu politikasıdır. Yüksek oranda yağ, şeker ve kalori içeren ve besleyici değerleri düşük olan sağlıksız gıdalara uygulanan vergiler obezite vergisi olarak tanımlanmaktadır. Obezite vergisinin asıl amacı fiyat politikaları ile tüketici davranışlarına yön vermek ve sağlıksız gıdaların tüketimini azaltmaktır. Aynı zamanda vergilerden elde edilen gelir; hastalığın tedavisi, eğitim ve bilgilendirme programları, sübvansiyonlar gibi obezite ile mücadele araçlarının finanse edilmesi için kullanılmaktadır. Böylece bireylerin daha sağlıklı seçimler yapması ve obezite oranlarının düşmesi amaçlanmaktadır.

Son yıllarda ülkelerin daha sık başvurduğu bir yöntem olan obezite vergisi, hala tartışılan bir konudur. Uygulanmasının yararlı olacağına inananlar ve karşı çıkanlar bulunmaktadır. Etkililiği tartışılrsa da obezite vergisi; Amerika Birleşik Devletleri, Norveç, Samoa, Avusturalya, Nauru, Fransız Polinezyası, Finlandiya, Macaristan, Danimarka, Fransa, Meksika, Belçika ve İngiltere tarafından çeşitli şekillerde uygulanmaktadır. Bu ülkelerde gerçekleştirilen araştırmaların bir kısmı obezite vergisinin etkili olduğunu gösterirken, diğer kısmı ise etkili olmadığını ve toplum tarafından kabul edilmediğini göstermiştir.

Bu araştırmada, Türkiye’de uygulanması tartışılan obezite vergisine yönelik görüşleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcılar tarafından istenilen ve desteklenen öncelikli çözüm yolu, obezite vergisi değildir. Obeziteye devletin müdahale etmesi ve bir çözüm bulması katılımcılar tarafından desteklenmektedir. Özellikle halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitim politikalarına destek oranı oldukça yüksek belirlenmiştir. Obezite vergisi ise katılımcılar tarafından en son başvurulması gereken çözüm yolu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilere göre katılımcılar arasında obezitenin başlıca nedeni olarak sağlıksız beslenme görülmektedir. Hareketsizlik ve genetik faktörler ise diğer önemli görülen nedenlerdir. Buna rağmen, sağlıklı bir beslenme düzeni uygulama oranı oldukça düşük belirlenmiştir. Obezite vergisi uygulanması halinde vergilendirme için en uygun ürünün fast food gıdalar olduğu düşünmektedir.

Çalışma sonuçları değerlendirdiğinde araştırmaya katılan kişilerin büyük bir kısmı bu uygulamanın obezite ile mücadelede etkili olabileceğini düşünmektedir. Öte yandan katılımcılar arasında obezite vergisini desteklemeyenler çoğunluktadır ve uygulanması durumunda toplum içinde tepki uyandıracadığını düşünmektedirler.

Obezite vergisi başvurulabilecek en son çözüm yolu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, obezite ile mücadele politikalarında vergi dışı araçların kullanılması daha sağlıklı sonuçlar verecektir. Özellikle eğitim ve bilinçlendirme politikalarına yönelik katılımcıların desteğinin oldukça güçlü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların obezite vergisinin kabul ve inanç boyutuna yönelik görüşleri üzerinde diyet yapıp yapmamalarının anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür. Toplumsal boyuta yönelik değerlendirmelerde ise bağımsız değişkenler ile anlamlı bir fark görülmemiştir. Katılımcıların obezite vergisini destekleme ihtimalini cinsiyetlerinin etkilediği görülmüştür ve kadınların sağlıksız gıdaların vergilendirilmesini destekleme olasılığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmanın gerçekleştirildiği katılımcılardan ulaşılan sonuca göre obezite vergisini uygulanması desteklenmemektedir. Türkiye’de fazla kilolu ve obez nüfus toplumun yarısından fazlasını oluşturmaktadır bu nedenle obezite ile mücadele politikaları önem taşımaktadır. Eğitim ve bilinçlendirme, fiziksel harekete teşvik uygulamaları, sağlıklı beslenme politikaları ile obezite oranlarını düşürmek mümkün olabilmektedir. Obezite vergisinin ise amacının tam olarak anlatılması ve sübvansiyonlar, sağlıklı gıda indirimleri ve eğitim politikaları ile iç içe uygulanması halinde etkili bir politika olması muhtemeldir. Bundan sonra bu konuda yapılacak çalışmaların obezite vergisinin etkililiğini, kabul düzeyini, toplumdaki tüketim davranışlarında oluşturacağı değişimi araştırmasının obezite ile mücadele kapsamında oluşturulacak politikalara alt yapı hazırlayacağı düşünülmektedir. Obezite vergisine yönelik yapılacak çalışmalarda bireylerin hangi sosyal, psikolojik ve ekonomik nedenlerle bu vergiyi desteklediği veya karşı çıktığı anlaşılmalı ve oluşturulacak obezite ile mücadele politikalarında bu etmenler göz önünde bulundurulmalıdır. Obezite vergisinin halk sağlığı amacıyla uygulanması gerekmektedir bunun için vergilerden elde edilen gelirlerin; kamuya açık spor alanlarının yaygınlaştırılması, sağlıklı gıdaya ulaşımın kolaylaştırılması, sağlık danışmanlığı hizmetlerinin sağlanması gibi amaçlar için kullanılması obezite vergisinin olumlu sonuçlar oluşturmasında etkili olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdelaal M., Le Roux C.W., Docherty N.G. (2017). Morbidity And Mortality Associated With Obesity. *Annals Of Translational Medicine*, 5(7), 161.
- Alemanno A., Carreno I. (2011). Fat Taxes in The EU Between Fiscal Austerity and The Fight Against Obesity, *European Journal of Risk Regulation*, 2(4), 571-576.
- Alemanno A., Carreno I. (2013). ‘Fat Taxes’ in Europe – A Legal And Policy Analysis Under EU And WTO Law, *European Food And Feed Law Review*, 8(2), 97-112.
- Alistair H., Ferguson J. (2014). Health Costs in The European Union How Much is Related To Edcs. England : Health And Environment Alliance (Heal).
- Altunışık R. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı, 2010, Sakarya Üniversitesi, İİBF, Sakarya.
- Altunkaynak B.Z., Özbek E. (2006). Obezite: Nedenleri Ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Anand P., Gray A.M. (2009). Obesity As Market Failure: Could A ‘Deliberative Economy’ Overcome The Problems Of Paternalism?. *Kyklos*, 62(2), 182-190.
- Angelantonio E.D., Bhupathiraju S.N., Wormser D., Gao P., Kaptoge S., De Gonzalez A.B. (2016). Body-Mass Index And All-Cause Mortality: Individualparticipant-Data Meta-Analysis Of 239 Prospective Studies in Four Continents. *The Lancet*, 388(10046), 776–786.
- Ayas, I. (2016). *Obezite İle Mücadelede Obezite Vergilerinin Algılanan Etkinliği*, Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Ayyıldız Y., Demirli Y. (2015). Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye’de Bir Alan Araştırması. *İşletme Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 59-78.
- Badilas A. (2011). Food Taxes: A Palatable Solution To The Obesity Epidemic. *Pacific McGeorge Global Business & Development Law Journal*, 23(2), 255-277.
- Bakhshi E., Eshraghian M. R., Mohammad K., Foroushani A. R., Zeraati H., Fotouhi A. (2008). Sociodemographic And Smoking Associated With Obesity in Adult Women in Iran: Results From The National Health Survey. *Journal of Public Health*, 30(4), 429–435.
- Barry C.L., Niederdeppe J., Gollust S.E. (2013). Taxes On Sugar-Sweetened Beverages: Results From A 2011 National Public Opinion Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 158-163.

- Bhattacharya J., Sood N. (2005). Health Insurance And The Obesity Externality (Report: No:11529). Cambridge: National Bureau Of Economic Research.
- Body Mass Index - Bmi. World Health Organization. Erişim: 19 Ağustos 2019. www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi
- Bomberg E., Birch L., Endenburg N., German A.J., Neilson J., Seligman H. (2017). The Financial Costs, Behaviour And Psychology Of Obesity: A One Health Analysis. *Journal Of Comparative Pathology*, 156(4), 310–25.
- Borak J. (2011). Obesity And The Workplace. *Occupational Medicine*, 61(4), 220–222.
- Boulos R., Vikre E.K., Oppenheimer S., Chang H., Kanarek R. B. (2012). Obesity: How Television is Influencing The Obesity Epidemic. *Physiology & Behavior*, 107(1), 146-153.
- Bray G.A. (1989). Classification And Evaluation of The Obesities, *Medical Clinics of North America*, 73(1), 161-181.
- Briggs A.D., Mytton O.T., Madden D., O'shea D., Rayner M., Scarborough, P. (2013). The Potential Impact on Obesity of A 10% Tax On Sugar-Sweetened Beverages In Ireland, An Effect Assessment Modelling Study. *BMC Public Health*, 13(860), 1-9.
- Brock D.W., Thomas O., Cowan C. D., Allison D. B., Gaesser G.A., Hunter G.R. (2009). Association Between Insufficiently Physically Active And The Prevalence Of Obesity in The United States. *Journal of Physical Activity And Health*, 6(1), 1-5.
- Bruemmer, B., Krieger J., Saelens B. E. Ve Chan N. (2012). Energy, Saturated Fat, And Sodium Were Lower in Entrées At Chain Restaurants At 18 Months Compared With 6 Months Following The Implementation of Mandatory Menu Labeling Regulation in King County, Washington. *Journal of The Academy of Nutrition And Dietetics*, 112(8), 1169-1176.
- Brunner-Brown, J. (2014). Fat Taxes Fighting Globesity Ignore Food Demand Inelasticities. *Annual Survey Of International And Comparative Law*, 20(1), 239-265.
- Caraher M., Cowburn G. (2006). Taxing Food: Implications For Public Health Nutrition. *Public Health Nutrition*, 8(8), 1242-9.
- Caro J.C., Corvalan C., Reyes M., Silva A., Popkin B., Taillie L.S. (2018). Chile's 201 Sugar-Sweetened Beverage Tax and Changes in Prices And Purchases of Sugar Sweetened Beverages: An Observational Study in an Urban Environment. *Plos Medicine*, 15(7), 1-19.
- Cawley J. (2004). The Impact of Obesity on Wages. *The Journal of Human Resources*, 39(2), 451-474.

- Cawley J. (2015). An Economy of Scales: A Selective Review of Obesity's Economic Causes, Consequences, And Solutions. *Journal Of Health Economics*, 43, 244-268.
- Cawley J., Cawley J.H. (2011). *The Oxford Handbook Of The Social Science Of Obesity*. Oxford, Amerika.
- Christian T., Rashad I. (2009). Trends in U.S. Food Prices, 1950–2007. *Economics And Human Biology*, 7(1), 113–120.
- Cobiac L.J., Tam K., Veerman L., Blakely T. (2017). Taxes And Subsidies For Improving Diet And Population Health in Australia: A Cost-Effectiveness Modelling Study. *Plos Medicine*, 14(2), 1-18.
- Collins J. C., Bentz J. E. (2009). Behavioral And Psychological Factors in Obesity. *The Journal Of Lancaster General Hospital*, 124 (4),124-126.
- Comuzzie A.G., Allison D.B.(1998). The Search For Human Obesity Genes, *Science*, 280(5368), 1374-1377.
- Cornelsen, L., Carriedo A. (2015). *Health-Related Taxes On Food and Beverages*. Londra: Food Research Collaboration Policy Brief.
- Çukur A., Erdem I.A. (2017). Obezite Vergilerinin Obezite İle Mücadelede Yeri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme, *Sayıştay Dergisi*, 106, 121-146.
- Dedeli Ö. (2010). *Obez Bireylerin Kilo Vermeye Yönelik Tutum ve İnançlarının İncelenmesi: Sağlık İnanç Modelinin Uygulanması*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dee A., Kearns K., O'neill C., Sharp L., Staines A., O'dwyer V., Fitzgerald S., Perry I.J. (2014). The Direct and Indirect Costs of Both Overweight and Obesity: a Systematic Review. *BMC Research Notes*, 7(1), 242.
- Delibaşı T., Karaaslan Y., Üstün I., Köroğlu E., Hoşgör S. (2007). National Prevalence of Underweight, Overweight and Obesity in Turkey: Cross Sectional Study of A Representative Adult Population. *Central European Journal of Medicine*, 2(3), 294–303.
- Dilber F., Dilber A. (2013). Üniversite Öğrencilerinin Gıda Ürünleri Tüketiminde Medyanın Etkisi: Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2(1), 64-82.
- Doğan R. (2012). *Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının Ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

- Dor A., Ferguson C., Langwith C., Tan E. (2010). *A Heavy Burden: The Individual Costs of Being Overweight and Obese in the United States*, University of George Washington, Washington.
- Dünya Sağlık Örgütü (2018). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (Steps). DSÖ Türkiye Ofisi, Ankara.
- Efrat M.W., Efrat R. (2012), Tax Policy and the Obesity Epidemic, *Journal of Law And Health*, 25(2), 233-263.
- Empoweryourhealth.Org. (2019). What is Obesity? Learn The Causes of Obesity, Related Conditions & Treatments For This Disease. Erişim: 19 Ağustos 2019. <https://www.empoweryourhealth.org/obesity-treatment>
- Ercoşkun S. (2017). Bir Piyasa Başarısızlığı Nedeni Olarak Asimetrik Bilgi Problemi. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 55(14), 443 – 448.
- Erem C. (2015). Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey, *IJC Metabolic & Endocrine*, 8, 38–41.
- European Commission (2006). Nutrition & Obesity Prevention, Health And Consumers Protection Directorate-General, Erişim: 17 Ekim 2020. https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nut_obe_prevention.pdf.
- European Commission. (2007) Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity-Related Health Issues. Erişim: 17 Ekim 2020 <http://publichealthwell.ie/node/81903>.
- Ewing R., Schmid T., Killingsworth R., Zlot A., Raudenbush S. (2003). Relationship Between Urban Sprawl and Physical Activity, Obesity, and Morbidity. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 47–57.
- Finkelstein E.A., Strombotne K. L. (2010). The Economics of Obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(5), 1520–1524.
- Finkelstein E.A., Zuckerman L. (2008). *The Fattening of America: How The Economy Makes Us Fat, If It Matters, And What To Do About It*. Hoboken: Wiley.
- Finkelstein, E.A., Dibonaventura M.D., Burgess S. M., Ve Hale B.C. (2010). The Costs of Obesity in the Workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(10), 971-976.
- Fitzgerald S., Kirby A., Murphy A., Fiona G. (2016). Obesity, Diet Quality and Absenteeism in A Working Population. *Public Health Nutrition*, 19(18), 3287–3295.
- Fooddirectionsllc.com (2017). Restriction of Food Marketing And Advertisement Aimed at Children. Erişim: 26 Ağustos 2019.

<https://fooddirectionsllc.com/2017/02/06/restrictions-of-food-marketing-and-advertisements-aimed-at-children//2017/02/06/restrictions-of-food-marketing-and-advertisements-aimed-at-children/>.

- Freebairn J. (2010). Policy Forum: Reforming The Health System: Taxation And Obesity?. *The Australian Economic Review*, 43(1), 54-62.
- Ganley R.M. (1989). Emotion and Eating in Obesity: A Review of The Literature. *International Journal Of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.
- Garde A. (2010). EU Law And Obesity Prevention, *Kluwer Law International*, 3, 49-109.
- Gates D.M., Succop P., Brehm B.J., Gillespie G.L., Sommers B.D. (2008). Obesity and Presenteeism: The Impact of Body Mass Index on Workplace Productivity. *Journal of Occupational And Environmental Medicine*, 50(1), 39-45.
- Gelir İdaresi Başkanlığı, Özel Tüketim Vergisi Kanunu (III) sayılı listesi,http://www.gib.gov.tr/sites/default/files/fileadmin/mevzuatek/otv_oranlari_tum/03_01_2018_III_sayili_liste.htm (Erişim Tarihi: 10.05.2021)
- Gergerlioğlu U., Akkaya Ş. (2017). Obezite Vergilerine İlişkin Tutumların Analizi: İstanbul Örneği. *Marmara İktisat Dergisi*, 1(2), 119-154.
- Gezgin T. (2017). *Obezite Vergisinin Toplumsal Kabul Edilebilirliği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Goettler A., Grosse A., Sonntag D. (2017). Productivity Loss Due to Overweight And Obesity: A Systematic Review of Indirect Costs. *BMJ Open*, 7(10), 1-9.
- Gordes K.L. (2014). An Evaluation of The Impact of Obesity Related Legislation, The Faculty Of The Graduate School Of The University Of Maryland, Baltimore County.
- Griffith R., O'connell M. (2010). Public Policy Towards Food Consumption. *Fiscal Studies*, 31(4), 481 – 507.
- Guerrero Lopez C.M., Unar-Munguia M. Ve Colchero M.A. (2017). Price Elasticity of the Demand for Soft Drinks, Other Sugar-Sweetened Beverages and Energy Dense Food In Chile. *BMC Public Health*, 17(180), 1-8.
- Gürkan B. (2012). Şemalar ve Baş Etme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şema Kuramı Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). 2013 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018). 2018 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak, Ankara, Türkiye.
- Hammond R.A., Levine R. (2010). The Economic Impact of Obesity in the United States. *Diabetes, Metabolic Syndrome And Obesity: Targets And Therapy*, 3, 285–295.
- Hamurcu P., Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi (2014). Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Han T.S., Sattar N., Lean M. (2006). ABC of Obesity. Assessment of Obesity and its Clinical Implications. *British Medical Journal*, 333(7570), 695–698.
- Haskins O. (2013). Mexico: Taxes Are A War On Obesity, Erişim: 22 Ağustos 2019. <http://www.bariatricnews.net/?q=node/1201>.
- Hawkes C., Smith T.G., Friel S., Thow A.M., Jewell J. (2015). Smart Food Policies for Obesity Prevention, *The Lancet*, 385(9985), 240-2421.
- Højgaard B., Olsen K.R., Søgaard J., Sørensen T.I.A., Hansen D.G. (2008). Economic Costs of Abdominal Obesity, *Obesity Facts*, 1, 146–154.
- Institute for Fiscal Studies (2004). The 'Fat Tax': Economic Incentives to Reduce Obesity (Report No: Bn49). Londra: Institute for Fiscal Studies.
- Institute of Labor Economics (2016). Soda Taxes and The Prices Of Sodas And Other Drinks: Evidence From Mexico (Report No: 9682). Bonn: Institute Of Labor Economics.
- Jacobson M.F., Brownell K.D. (2000). Small Taxes On Soft Drinks and Snack Foods to Promote Health. *American Journal Of Public Health*, 90(6), 854–857.
- James W.P.T, Mcpherson K., (2017). The Costs of Overweight, *The Lancet*, 2(5), 203-204.
- Janssens H., Clays E., Kittel F., De Bacquer D., Casini A. Ve Braeckman L. (2012). The Association Between Body Mass Index Class, Sickness Absence, and Presenteeism, *Journal of Occupational And Environmental Medicine*, 54(5), 604–609.
- Jensen J., Smed S. (2013). The Danish Tax on Saturated Fat - Short Run Effects on Consumption, Substitution Patterns And Consumer Prices Of Fats. *Food Policy*, 42, 18-31.

- Jou J. Ve Techakehakij W. (2012). International Application Of Sugar-Sweetened Beverage (SSB) Taxation In Obesity Reduction: Factors That May Influence Policy Effectiveness In Country-Specific Contexts. *Health Policy*, 107, 83-90.
- Just D.R., Payne C.R. (2009). Obesity: Can Behavioral Economics Help?. *The Society of Behavioral Medicine*, 38, 47-55.
- Karnani A., McFerran B., Mukhopadhyay A. (2016). The Obesity Crisis As Market Failure: An Analysis of Systemic Causes And Corrective Mechanisms. *Journal of The Association For Consumer Research*, 1(3), 445-470.
- Kayacık C., Cural M. (2019). Türkiye’de Obezite Vergisinin Uygulanabilirliği Üzerine Nitel Bir Analiz. *Strategic Public Management Journal*, 5(10), 78-99.
- Kessler D. A. (2009). *The End of Overeating: Controlling The Insatiable American Appetite*, Rodale: New York.
- Kiesel K., Mccluskey J.J., Boas S.B.V. (2011). Nutritional Labeling and Consumer Choices. *Annual Review of Resource Economics*, 3(1), 141-158.
- Klonoff D. C. (2009), A Sweetened Beverage Tax Is Needed to Combat the Obesity Epidemic As Well As Related Absenteeism and Presenteeism, *Journal of Diabetes Science And Technology*, 3(3), 408-410.
- Koçkaya G., Tatar M., Atikeler K., Yenilmez F.B., Ergin G. (2013). Cost of Obesity and Economic Value of Obesity Surgery for Turkey (Cevos-T). *Value in Health*, 16(7), 381.
- Kokino S., Özdemir F., Zateri C. (2006), Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 47-54.
- Lakdawalla D., Philipson T. (2009). The Growth of Obesity and Technological Change. *Economics And Human Biology*, 7, 283–293.
- Lavin R. Ve Timpson H. (2013). *Exploring The Acceptability of Tax on Sugar-Sweetened Beverages*. Centre For Public Health Liverpool John Moores University.
- Lehnert T., Sonntag D., Konnopka A., Riedel-Heller S., König H.H. (2013). Economic Costs of Overweight and Obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 105–115.
- Leifert R.M., Lucinda C.R. (2015), Linear Symmetric ‘Fat Taxes’: Evidence From Brazil. *Applied Economic Perspectives & Policy*, 37(4), 634-666.
- Lorenzi P. (2010). Taxing Antisocial Behavior for The Common Good. *Social*, 47, 328–332.

- Loureiro M.L., Nayga R.M. (2004). Analyzing Cross-Country Differences in Obesity Rates: Some Policy Implications. American Agricultural Economics Association Annual Meetings, Denver, Colorado.
- Lusk J.L. (2017). Economics And Obesity Policy. *International Journal of Obesity*, 41, 831–834.
- M.E.B. (2016). Milli Eğitim Bakanlığı, Meslekî Ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü, Okul Kantinlerinde Satılacak Gıdalar Ve Eğitim Kurumlarındaki Gıda İşletmelerinin Hijyen Yönünden Denetlenmesi, Sayı: 2852893. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- Månsson N.O., Eriksson K.F., Israelsson B., Ranstam J., Melander A., Råstam L. (1996). Body Mass Index and Disability Pension in Middle-Aged Men--Non-Linear Relations. *International Journal of Epidemiology*, 25(1), 80-85.
- Manyema M., Veerman J.L., Chola L., Tugendhaft A., Labadarios D., Hofman K. (2015). Decreasing The Burden of Type 2 Diabetes In South Africa: The Impact of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. *Plos One*, 10(11), 1-17.
- Mavromaras K. (2008). Economics and Obesity. *Australian Economic Review*, 41(1), 78-84.
- Mccormick B., Stone I. (2007). Economic Costs of Obesity and the Case for Government Intervention. *Obesity Reviews*, 8(1), 161-164
- Mckinsey Global Institute (2014). *Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis*, New York, Mckinsey Global Institute.
- Mclaren L. (2007). Socioeconomic Status and Obesity, *Epidemiologic Reviews*, 29, 29-48.
- Memiş E. (2004), Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Milliyet.com.tr (2019). <https://www.milliyet.com.tr/siyaset/tbmmye-carpici-rapor-obeziteye-karsi-sismanlik-vergisi-2865254> Erişim: 01.06.2021
- Monteiro C.A., Moura E.C., Conde W.C., Popkin B.M. (2005). Socioeconomic Status and Obesity in Adult Populations of Developing Countries: A Review. *Bulletin of The World Health Organisation*, 82(12), 940-946.
- Mowafi M., Khadr Z., Kawachi I., Subramanian S.V., Hill A., Bennett G.G. (2013). Socioeconomic Status and Obesity in Cairo, Egypt: A Heavy Burden For All. *Journal of Epidemiology And Global Health*, 4, 13– 21.

- Mytton O., Clarke D., Rayner M. (2012). Taxing Unhealthy Food and Drinks to Improve Health, *British Medical Journal*, 344(2931), 1-7.
- National Bureau of Economic Research (2008). Is the Obesity Epidemic a Public Health Problem? A Decade of Research on the Economics of Obesity (Report No:14010). New York.
- National Heart Forum (2012). What Is The Role of Health-Related Food Duties?, Londra: National Heart Forum.
- Nicholls S.G., Gwozdz W., Reisch L., Voigt K. (2011). Fiscal Food Policy: Equity and Practice. *Perspectives in Public Health*, 131(4), 157–158.
- Obesity-Causes, Nhs.Uk. (2019). Erişim: 20 Ağustos 2019, <https://www.nhs.uk/conditions/obesity/causes/>
- Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2014). Ankara: Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği.
- OECD (2010), Obesity and the Economics Of Prevention: Fit Not Fat, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2014), Obesity Update, Oecd Publishing, Paris. Erişim: 12.10.2020 <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>
- OECD (2015), Health At A Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2017), Health At a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
- OECD Obesity Update (2017). Paris: OECD, Erişim: 12.10.2020 www.oecd.org/health/obesity-update.htm.
- Onat A. (2017). TEKHARF, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, İstanbul: Logos Yayıncılık.
- Özkan E., Güzel S. (2018). Türkiye'deki Özel Tüketim Vergisinin Obezite ile Mücadelede Kullanılabilirliği. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 693-705.
- Paeratakul S., Lovejoy J.C., Ryan D.H., Bray G.A. (2002). The Relation Of Gender, Race and Socioeconomic Status to Obesity and Obesity Comorbidities an a Sample of US Adults. *International Journal of Obesity*, 26, 1205–1210.
- Pan American Health Organization (2015). Taxes On Sugar-Sweetened Beverages as a Public Health Strategy: The Experience of Mexico. Mexico Df, Mexico : Paho.
- Petkantchin, V. (2014). Sin Taxes: The Examples of Alcohol and Tobacco. *Economic Note*, (March), 1-4.

- Philipson T.J., Posner R.A. (2003). The Long-Run Growth in Obesity as a Function of Technological Change, *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 87-107.
- Powell L.M., Chriqui J., Chaloupka F.J. (2009). Associations Between State-Level Soda Taxes and Adolescent Body Mass Index. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 57-63.
- Prevalence of Overweight Among Children And Adolescents, Erişim: 22.10.2019. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.bmiplus1c?lang=en>
- Racette S.B., Deusinger S.S., Deusinger R.H. (2003). Obesity: Overview of Prevalence, Etiology, And Treatment, *Physical Therapy*, 83(3), 276- 284 .
- Remler D.K. (2004). Poor Smokers, Poor Quitters and Cigarette Tax Regressivity. *American Journal of Public Health*, 94(2), 225-229.
- Rivard C., Smith D., Mccan S.E. Ve Hyland A. (2012). Taxing Sugar-Sweetened Beverages: A Survey of Knowledge, Attitudes and Behaviours, *Public Health Nutrition*, 15(8), 1355–1361.
- Rosin O. (2008). The Economic Causes of Obesity: A Survey. *Journal of Economic Surveys*, 22(4), 617-647.
- Ruff R. Ve Zhen C. (2015). Estimating The Effects of a Calorie-Based Sugar-Sweetened Beverage Tax on Weight and Obesity in New York City Adults Using Dynamic Loss Models. *Annals of Epidemiology*, 25(5), 350-357.
- Sağlık Bakanlığı (2010), Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı (2017). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) (Yayın No: 1056). Ankara, Sağlık Bakanlığı.
- Sandalcı U. (2018). Türkiye'de Obezite Vergisinin Kabul Edilebilirliğine İlişkin Bir Alan Araştırması. Doktora Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Sandalcı, U., Tuncer, G., (2019), Obezite Vergisinin Kabul Edilebilirliğine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli Analizi. *Sayıştay Dergisi*, 113, 71-102.
- Saruç N. T. (2015). Obezite Ekonomisi, Seçkin Kitapevi, Ankara.
- Satman İ. ve Turdep-II Çalışma Grubu (2010), Turdep-II Sonuçlarının Özeti, Erişim: 21 Ağustos 2020, http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonucclarinin.aciklamasi.pdf

- Schroeter C., Lusk J., Tyner W. (2005). Determining The Impact of Food Price and Income Changes on Obesity. *Journal of Health Economics*, 27(1), 45-68.
- Seçilmiş İ.E. (2014). The Economics of Obesity and The Role of Government in Obesity Prevention: The Turkish Case, *İktisat, İşletme ve Finans*, 29(334), 29-58.
- Sputniknews.com(2021) .<https://sptnkne.ws/GxqX> Erişim: 01.06.2021
- Şenatalar B., Kirmanoğlu H., Şener O., Ataç B. (2007). Kamu Ekonomisi, Eskişehir : Anadolu Üniversitesi.
- Şencan H., 2005, Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.
- Silva D., Cristina A., Hiang Leng T., Nada R., Bongiwe V. (2016). Implementation of a “Food Tax” to Prevent Obesity: A Critical Appraisal. *Diabetes & Primary Care*, 18, 126-130.
- Sims E.A.H. (1989). Storage and Expenditure of Energy in Obesity and Their Implications for Management. *Medical Clinics of North America*, 73(1), 97-108.
- Sipahi B.B. (2014). Türkiye’de Obezite Üzerinde Sosyoekonomik Değişkenlerin Etkileri Ve Eşitsizlik. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Skinner T., Miller H., Bryant C. (2005). The Literature on the Economic Causes of and Policy Responses To Obesity, *Food Economics*, 2(3-4), 128-137.
- Smed S. (2012). Financial Penalties On Foods: The Fat Tax in Denmark. *Nutrition Bulletin*, 37(2), 142-147.
- Smith T.A., Lin Biing-Hwan Ve Lee Jonq-Ying (2010). Taxing Caloric Sweetened Beverages: Potential Effects on Beverage Consumption, Calorie Intake and Obesity. *SSRN Electronic Journal*, Report No: 100.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye’de Okul Çağı (6-10 Yaş Grubu) Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu (Yayın No:834). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (Yayın No: 909). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014-2017 (Yayın No: 773). Ankara: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (Yayın No: 931). Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2019, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık İçin Obezite İle Mücadele. Erişim: 19 Ağustos 2020 <https://www.saglik.gov.tr/tr,11692/obezite.html>
- T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2018). Çocuklara Yönelik Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen Gıdalar İle İlgili Reklamlar İçin Besin Profil Modeli Kullanım Rehberi, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Tarım ve Orman Bakanlığı (2019). Okul Gıdası Logosu Uygulaması Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ (Tebliğ No: 2019/29), Ankara: Tarım ve Gıda Bakanlığı.
- Tekdemir, S.Ç. (2013). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Thiele S., Roosen J. (2018). Obesity, Fat Taxes And Their Effects On Consumers: A Legal-Economic Perspective. Regulating And Managing Food Safety in the EU. Springe, Switzerland.
- Thow A.M., Downs S., Jan S. (2014). A Systematic Review of The Effectiveness of Food Taxes and Subsidies to Improve Diets: Understanding The Recent Evidence. *Nutrition Reviews*, 72(9), 551–565.
- Tomer J.F. (2016) What Causes Obesity? And Why Has It Grown So Much?. Integrating Human Capital with Human Development. Palgrave Advances in Behavioral Economics. Palgrave Macmillan, New York.
- Traversy G., Chaput J.P. (2015), *Alcohol Consumption and Obesity: An Update, Current Obesity Reports*, 4(1), 122–130.
- Trogdon J.G., Finkelstein E.A., Hylands T., Dellea P.S., Kamal-Bahl S.J. (2008). Indirect Costs of Obesity: A Review of the Current Literature. *Obesity Reviews*, 9(5), 489–500.
- Tucker L.A., Friedman G.M. (1998). Obesity and Absenteeism: An Epidemiologic Study of 10,825 Employed Adults. *American Journal of Health Promotion*, 12(3), 202-207.
- TÜİK (2015). Basın Odası Haberleri; Sayı:58, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- TÜİK, (2016). Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

- TÜİK, (2019). Türkiye Sağlık Araştırması, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu
- United Nations General Assembly (2011). Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. New York: United Nations.
- Uzunsakal E. Ve Yıldız D. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama, *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 14 - 28.
- Veerman J. L., Beeck E.F., Barendregt J.J., Mackenbach, J. P. (2009). By How Much Would Limiting TV Food Advertising Reduce Childhood Obesity?. *European Journal of Public Health*, 19(4), 365-369.
- Wansink B. (2010). From Mindless Eating to Mindlessly Eating Better. *Physiology & Behavior*, 100(5), 454-463.
- WHO (2000), Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series ; 894-6. Cenevre: World Health Organization.
- WHO (2003). Diet, Nutrition And The Prevention of Chronic Diseases, Cenevre: World Health Organisation.
- WHO (2008), Waist Circumference and Waist–Hip Ratio: Report of a Who Expert Consultation, Cenevre: World Health Organization.
- WHO (2014), Global Status Report on Noncommunicable Diseases, Cenevre: World Health Organization.
- WHO (2016). Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases, Technical Meeting Report. Cenevre: World Health Organisation.
- WHO (2017). World Health Assembly Conference Final Declaration: *Preparation For The Third High-Level Meeting of The General Assembly on The Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*. WHO, Cenevre.
- WHO (2017). Prevalence of Obesity among Adults, Estimates by World Bank Income Group. Erişim: 21 Ağustos 2020
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.wb2480a?lang=en>.
- WHO (2019), World Health Organisation, Who | Obesity. Erişim: 18 Ağustos 2020, <https://www.who.int/topics/obesity/en/>
- WHO (2003). Obesity and Overweight, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organization.

- WHO, Controlling The Global Obesity Epidemic. Erişim: 21 Ağustos 2020, <https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>
- WHO, Obesity and Overweight. Erişim: 23 Ağustos 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- WHO, Overweight and Obesity. Erişim: 24 Ağustos 2020 https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/
- Winkleby M. A., Jatulis D. E., Frank E., Fortmann S.P. (1992). Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. *American Journal of Pubfic Health*, 82(6), 816-820.
- Wolf A.M. (2002). Economic Outcomes of the Obese Patient, *Obesity Research*, 10(11), 58-62.
- Wolfe B.L., Haveman R.H. (2002). Social and Nonmarket Benefits from Education in an Advanced Economy, *Federal Reserve Bank Of Boston*, 47, 97-142.
- Wolfenstetter S.B. (2012). Future Direct and Indirect Costs of Obesity and the Influence of Gaining Weight: Results from the Monica/Kora Cohort Studies, 1995–2005. *Economics And Human Biology*, 10, 127–138.
- Wright S.M., Arrone L. J. (2012). Causes of Obesity, *Abdominal Imaging*, 37, 730–732.
- Yaniv G., Rosin O., Tobol Y. (2009). Junk-Food, Home Cooking, Physical Activity and Obesity: The Effect of the Fat Tax And The Thin Subsidy. *Journal of Public Economics*, 93, 823-830.
- Yücel, N. (2008), Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Zhang Q., Liu S., Liu R., Xue H., Wang Y. (2015). Food Policy Approaches to Obesity Prevention: An International Perspective. *Current Obesity Reports*, 3(2), 171–182.
- Zywicki T.J., Holt D., Ohlhausen M. (2004). Obesity And Advertising Policy. *SSRN Electronic Journal*, 12(4), 979-1011.

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

OBEZİTE VERGİSİNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında tez dönemi öğrencisiyim. Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK danışmanlığında “Ankara’da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Obezite Vergisine Yönelik Görüşlerin Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasını yürütmekteyim. Tezimizin amacı obezite vergisinin uygulanabilirliği ve etkililiğine yönelik görüşleri belirlemektir. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Araştırmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ve herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bilimsel çalışmamıza yapacağınız katkılarınız için çok teşekkür ederiz.

Danışman

Dr. Öğr. Ü. Pınar YALÇIN BALÇIK
(Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü)

Araştırmacı

Zeliha ASILKAN

BÖLÜM A: TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Yaş:

2. Cinsiyet: Kadın Erkek

3. Boy:.....cm Kilo:.....kg

4. Eğitim durumunuz nedir? İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Yüksek Lisans Doktora

5. Medeni Durumunuz: Evli Bekar

6. Hanehalkı aylık gelir düzeyinizi belirtiniz.

- 1000 TL ve altı 1001-1500 tı 1501-2500 tı 2501-5000 tı
 5001-10.000 tı 10.001 - 20.0000 20.001 ve üzeri

BÖLÜM B: DİĞER FAKTÖRLER

7. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

- Aşırı zayıf Zayıf Normal kiloda Fazla kilolu Obez

8. Şuan uyguladığınız bir diyet programı var mı? Evet Hayır

9. Obezitenin başlıca nedeni sizce hangisidir?

- Sağlıksız beslenme Genetik faktörler Hareketsizlik
 Bilgi yetersizliği Paketli gıdaların ucuz olması

10. Beslenme alışkanlıklarınız ve besin tercihleriniz ile ilgili aşağıda belirtilen tabloda uygun seçeneği işaretleyiniz.

Gıda Türü	Her gün	Gün aşırı	Haftada bir	15 günde bir	Ayda bir	Çok seyrek	Hiç
Çikolata							
Kola							
Cips							
Bisküvi							
Fast Food							
Hamurlu tatlılar							
Sütlü tatlılar							
Şekerlemeler							
Ekmek							

11. Sizce obezite ile mücadelede öncelikli çözüm yolu hangisi olmalıdır?

- Beslenme eğitimi verilmesi
 Sağlıksız gıdaların okul ve iş yerlerinde yasaklanması
 Obezite vergisi
 Kamuya açık spor alanlarının artırılması
 Medya kanalları ile bilgilendirme

12. Sizce obezite vergisi uygulanmalı mıdır? Evet Hayır

13. Obezite vergisi hangi ürünlerden alınmalıdır?

- Şekerli İçecekler(Kola, gazoz, meyve suyu)
 Abur- cubur (Cips, çikolata, bisküvi vb.)
 Fast food(Hamburger, pizza, tost vb.)
 Hiçbiri
 Hepsi

BÖLÜM C: OBEZİTE VERGİSİ GÖRÜŞLERİ

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Tüketim üzerinden alınan vergiler tüketimi azaltabilir.					
2. Obezite ile mücadelede öncelikli araç vergiler olmalıdır.					
3. Obezite ile mücadele vergi dışı araçlarla olmalıdır.					
4. Obezite ile mücadele devletin temel görevlerinden biridir.					
5. Obezite vergisi Türkiye’de uygulanmalıdır.					
6. Obeziteye neden olan ürünlerde vergi oranı yüksek belirlenebilir.					
7. Obezite vergisinin toplum açısından faydalı olacağını düşünüyorum					
8. Obezite vergisi insanların yaşama biçimlerine müdahale oluşturmaz.					
9. Vergi nedeniyle fiyatı artan obezite ürünlerine yönelik tüketim azalır					
10. Bu vergi obezite grubuna giren kesimin sayısını azaltabilir.					
11. Obezite vergisinin konulması sağlıklı ürünlerin tüketimini artırır.					
12. Bu vergi obezite ürünleri satan iş sahasının gelir durumunu azaltır.					
13. Devlet bu uygulamayı vatandaşın sağlığını düşündüğü için yapacaktır.					
14. Devletin bu vergiyi gelir sağlamak amacı ile çıkaracağına inanıyorum.					
15. Obezite vergisi devlet açısından sağlık giderlerini azaltabilir.					
16. Obezite vergisi toplum içinde tepki uyandırmaz.					
17. Obezite vergisi konulan ürünlerin tüketimini azaltmayı düşünebilirim.					
18. Ödediğimiz vergiler kamu hizmeti olarak bizlere geri dönmektedir.					

EK 2. KURUM İZİNİ



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 62693856-604.02
Konu : Araştırma İzni (Dr.Öğr.Üyesi Pınar
YALÇIN BALÇIK)

YENİMAHALLE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 17/10/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.
b) 13/12/2018 tarihli ve 49654233-604.02-1798 sayılı yazı.
c) 04/03/2019 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.
d) 05/03/2019 tarihli ve 62693856-604.02-145 sayılı yazı.

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Dr.Öğr.Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK sorumluluğunda Yardımcı Araştırmacı Zeliha ASILKAN tarafından yapılmak istenen "Ankarada Seçilmiş Bir Aile Sağlığı Merkezinde Obezite Vergisine Yönelik Tutumların İncelenmesi" başlıklı ilgi "a" kayıtlı araştırma izin talebi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün ilgi "b" kayıtlı yazısı ile belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile uygun bulunmuştur. Bu sebeple ilgi "c" kayıtlı yazı ile yapılan başvuruda da Genel Müdürlüğümüzün belirttiği ilkelere bağlı kalınacağımm bildirildiği ve ilgili düzenlemelerin yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sebeple araştırma talebinin uygun bulunduğu ilgi "d" kayıtlı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğüne bildirilmiştir.

Yenimahalle Varlık Aile Sağlığı Merkezinde 01/10/2018 - 01/12/2019 tarihleri arasında yapılacağı belirtilen araştırma hakkında ilgili Aile Sağlığı Merkezine bilgi verilmesi ve araştırma bittikten sonra sorumlu araştırmacının düzenleyeceği araştırma sonuç raporunun 2 (iki) nüsha halinde tarafımıza gönderilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Adem KUCUR
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

EK 3. ETİK KURUL RAPORU

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -200
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 22 OCAK 2019 SALI
Toplantı No : 2019/03
Proje No : GO 18/657 (Onay Tarihi: 11.09.2018)
Karar No : 2019/03-03

Kurulumuzun 11.09.2018 tarihli toplantısında GO 18/657 kayıt numarası ile onaylanmış olan Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Pınar Yalçın BALÇIK'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Zeliha ASILKAN'ın yüksek lisans tezi olan, GO 18/657 kayıt numaralı, "**Obezite Vergisine Yönelik Tutumların İncelenmesi**" başlıklı proje için verilen başlık değişikliği dilekçesi Kurulumuzun 22.01.2019 tarihli toplantısında görüşülmüş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın başlığı "**Ankara'da Seçilmiş Bir Aile Sağlığı Merkezinde Obezite Vergisine Yönelik Tutumların İncelenmesi**" olarak değiştirilmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir.

1. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Başkan)	9 Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	İZİNLİ	10 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	İZİNLİ	11. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	12. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖZ	(Üye)
5. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
6. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	15. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
8. Doç. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	16. Av. Meltem ONURLU	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için: