

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE’DE OBEZİTE:
SORUNLAR, POLİTİKALAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

YÜKSEK LİSANS

Elifnaz ERGÜL

HAZİRAN-2026
GÜMÜŞHANE



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE’DE OBEZİTE:
SORUNLAR, POLİTİKALAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

**OBESITY IN TURKEY FROM A HEALTH MANAGEMENT PERSPECTIVE:
ISSUES, POLICIES, AND PROPOSED SOLUTIONS**

YÜKSEK LİSANS

Elifnaz ERGÜL

**HAZİRAN-2026
GÜMÜŞHANE**



T.C.

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK YÖNETİMİ PERSPEKTİFİNDEN TÜRKİYE’DE OBEZİTE:
SORUNLAR, POLİTİKALAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

**OBESITY IN TURKEY FROM A HEALTH MANAGEMENT PERSPECTIVE:
ISSUES, POLICIES, AND PROPOSED SOLUTIONS**

YÜKSEK LİSANS

Elifnaz ERGÜL

Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ

**HAZİRAN-2026
GÜMÜŞHANE**

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ danışmanlığında, **Elifnaz ERGÜL** tarafından hazırlanan “**Sağlık Yönetimi Perspektifinden Türkiye’de Obezite: Sorunlar, Politikalar ve Çözüm Önerileri**” isimli bu çalışma, 16/09/2025 tarihinde yapılan lisansüstü tez savunma sınavı sonucunda **Oy Birliği** ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

.....
Doç. Dr. Ahmet Bahadır ŞİMŞEK (Başkan)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ (Danışman)

.....
Dr. Öğr. Üyesi Nuray DORUKBAŞI (Üye)

Lisansüstü tez savunma sınavında başarılı bulunarak kabul edilen bu tezin ciltlenmiş hali, /..... /..... tarihli ve / sayılı Enstitü Yönetim Kurulu toplantısında görüşülmüş ve tez yazım kılavuzuna uygun bulunarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Duygu ÖZDEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum **“Sağlık Yönetimi Perspektifinden Türkiye’de Obezite: Sorunlar, Politikalar ve Çözüm Önerileri”** isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğu intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

16/09/2025

.....

ELİFNAZ ERGÜL

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ'a,

Hayatım boyunca aldığım her kararda yanımda olan, koşulsuz sevgi ve destekleriyle güç veren, eğitimim ve kişisel gelişimim için her türlü fedakarlığı yapan canım annem Duygu ERGÜL ve canım babam Murat ERGÜL'e,

Kariyer yolculuğumun her adımında endişelerimi hafifleten, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, yüzümü güldüren ve daima güç veren değerli arkadaşlarıma,

Bu süreçte mesleki motivasyonumu artıran ve teorik bilgilerimi derinleştiren değerli danışanlarıma sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Elifnaz ERGÜL
GÜMÜŞHANE – 2026

ÖZET

Obezite, bireysel yaşam tarzı tercihleriyle sınırlı biçimde açıklanamayacak; sağlık sistemlerinin örgütlenmesini, koruyucu sağlık hizmetlerini, kronik hastalık yönetimini, sağlık harcamalarını ve toplum düzeyindeki eşitsizlikleri doğrudan etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Bu tezde, Türkiye’de obezitenin mevcut görünümü sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirilmiş; obezite göstergeleri yaş, cinsiyet, uluslararası karşılaştırmalar ve obeziteyle ilişkili biyokimyasal risk göstergeleri temelinde incelenmiştir. Araştırma, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı ikincil veri analizi deseninde yürütülmüştür. Çalışmada Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu, Dünya Sağlık Örgütü ve Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) gibi kurumsal kaynaklardan elde edilen veriler kullanılmıştır. Bulgular, mevcut göstergelerin dağılımını, farklılaşma örüntülerini ve sağlık yönetimi açısından işaret ettiği öncelik alanlarını ortaya koymak üzere yorumlanmıştır.

Araştırma bulguları, Türkiye’de obezitenin özellikle kadınlarda ve ileri yaş gruplarında daha yüksek düzeyde görüldüğünü; obez öncesi nüfusun da sağlık sistemi açısından önemli bir risk alanı oluşturduğunu göstermektedir. Uluslararası karşılaştırmalar, Türkiye’nin obezite ve obez öncesi nüfus oranları bakımından dikkatle izlenmesi gereken bir konumda bulunduğu işaret etmektedir. Biyokimyasal göstergeler açısından ise kolesterol ve trigliserid gibi risk alanlarının cinsiyete göre farklılaştığı görülmektedir.

Tezde obezite, sağlık politikası döngüsü ve sağlık sistemleri yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmiş; politika geliştirme, uygulama kapasitesi, birinci basamak hizmetleri, okul sağlığı uygulamaları, veri temelli izleme-değerlendirme ve sektörler arası koordinasyon temel öncelikler olarak ele alınmıştır. Sonuç olarak Türkiye’de obeziteyle mücadelede koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği ve toplum sağlığı hizmetlerinde düzenli tarama ve danışmanlığın yaygınlaştırılması, okul temelli sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite programlarının desteklenmesi, ulusal izleme sistemlerinin geliştirilmesi ve sağlık, eğitim, yerel yönetimler, gıda politikaları ve sosyal politika alanları arasında sürdürülebilir iş birliği kurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, Obezite, Türkiye, Uluslararası karşılaştırma

SUMMARY

Obesity is a multidimensional public health problem that cannot be explained solely through individual lifestyle choices. It directly affects the organization of health systems, preventive healthcare services, chronic disease management, healthcare expenditures, and population-level health inequalities. This thesis evaluates the current profile of obesity in Türkiye from a health management perspective and examines obesity-related indicators according to age, gender, international comparisons, and biochemical risk markers. The study was designed as a descriptive and comparative secondary data analysis. Data obtained from institutional sources, including the Ministry of Health of the Republic of Türkiye, the Turkish Statistical Institute, the World Health Organization, and the Organisation for Economic Co-operation and Development, were used. The findings were interpreted to identify the distribution of current indicators, patterns of differentiation, and priority areas for health management.

The results show that obesity in Türkiye is more prevalent among women and older age groups, while the pre-obese population also represents a significant risk area for the healthcare system. International comparisons indicate that Türkiye should be closely monitored in terms of both obesity and pre-obesity rates. Biochemical indicators further suggest that risk factors such as cholesterol and triglyceride levels vary by gender.

Within the thesis, obesity is discussed through the health policy cycle and health systems approach. Policy development, implementation capacity, primary healthcare services, school health practices, data-based monitoring and evaluation, and intersectoral coordination are emphasized as key priorities. Consequently, combating obesity in Türkiye requires stronger preventive services, regular screening and counseling, school-based programs, improved national monitoring systems, and sustainable intersectoral collaboration.

Keywords: Public health, Obesity, Turkey, International comparison

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XII
1. GİRİŞ	13
1.1. Problem Durumu.....	5
1.2. Tezin Amacı ve Önemi	8
1.3. Araştırma Soruları.....	10
1.4. Yöntem ve Sınırlılıklar.....	11
2. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	12
2.1. Sağlık Yönetimi Perspektifinden Obezitenin Kuramsal Konumlandırılması	12
2.2. Sağlık Politikası Döngüsü, Sağlık Sistemleri Yaklaşımı ve Obezite Yönetimi.....	16
2.3. Obezitenin Tanımı ve Evrimi.....	22
2.4. Obezite Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	27
2.5. Obezitenin Toplumsal ve Sağlık Açısından Sonuçları.....	33
2.6. Obezite ile Mücadele Politikaları ve Stratejiler	37
2.7. Türkiye’deki Politikalar	43
2.8. Uluslararası Politikalar.....	50
2.9. Obezitenin Ekonomik ve Sosyal Yansımaları.....	61
2.10. Literatür Değerlendirmesi ve Araştırma Boşlukları.....	68
3. YÖNTEM.....	76
3.1 Araştırmanın Türü ve Deseni	76
3.2 Veri Kaynakları.....	77
3.3 Veri Toplama Yöntemi	77
3.4. Veri Analizi.....	78
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	79
4. BULGULAR.....	81

4.1 Türkiye’de Obezite ve Genel Durumu	81
4.2. Obezitenin Uluslararası Karşılaştırılması	89
4.3. Obezite ile İlişkili Biyokimyasal Bulgular.....	93
5. TARTIŞMA	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
6.1. Obeziteyle Mücadelede Karşılaşılan Engeller ve Aşılma Yolları.....	105
6.2. Sağlık Politikalarının Etkin Şekilde Hayata Geçirilmesi	108
6.3. Bireysel Düzeyde Öneriler	110
6.4. Toplumsal Düzeyde Öneriler	112
KAYNAKÇA.....	114
ÖZGEÇMİŞ	127

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Güney Kore’de yetişkin obezite oranlarının yıllara göre değişimi, $BKİ \geq 30$, OECD verilerine göre.....	55
Tablo 2. Amerika Birleşik Devletleri’nde yetişkin obezite oranlarının yıllara göre değişimi, $BKİ \geq 30$, OECD verilerine göre.....	57
Tablo 3. Obezitenin küresel sağlık sistemine ekonomik yansımaları.....	63
Tablo 4. Obezite literatüründe öne çıkan yönelimler ve araştırma boşlukları.....	74
Tablo 5. Boy ve kilo ortalamalarının cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (beyana dayalı), 2022.....	81
Tablo 6. 15–24 Yaş grubuna göre ortalama vücut ağırlığı ve boy uzunluğu farkları, 2022.....	83
Tablo 7. Ortalama boy ve kilo değerlerinden hesaplanan tahmini $BKİ$, 2022.....	84
Tablo 8. Türkiye’de yetişkin obezite prevalansı (%) TURDEP-I (Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması) (1997–1998) ve TURDEP-II (2010).....	87
Tablo 9. On beş yaş ve üzeri bireylerde beden kütle indeksinin cinsiyete göre dağılımı (beyana dayalı), (%), 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2022.....	87
Tablo 10. Cinsiyete göre obez yetişkinlerin oranı, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2019, 2022.....	88
Tablo 11. On beş yaş ve üzeri bireylerde kolesterol ve açlık trigliserid düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı, 2017.....	93
Tablo 12. Biyokimyasal göstergelerde cinsiyete göre risk farkı, 2017.....	94
Tablo 13. Toplam nüfusta biyokimyasal risk göstergelerinin yaygınlık sıralaması, 2017.....	95
Tablo 14. Cinsiyete göre öne çıkan biyokimyasal risk profili, 2017.....	96

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama vücut ağırlığı, 2022.....	82
Şekil 2. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama boy uzunluğu, 2022.....	84
Şekil 3. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama bki tahmini, 2022.....	85
Şekil 4. 15–24 Yaş grubuna göre ortalama vücut ağırlığı farkı, 2022.....	86
Şekil 5. 15 Yaş ve üzeri bireylerde obez veya obez öncesi nüfus, 2021 veya en yakın yıl.....	89
Şekil 6. Seçilmiş ülkelerde obez veya obez öncesi nüfus, 2021 veya en yakın yıl.....	90
Şekil 7. Cinsiyete göre obezite oranının uluslararası karşılaştırması, 2021 veya en yakın yıl.....	91
Şekil 8. Cinsiyet farkına göre obezite oranları, 2021 veya en yakın yıl.....	92

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABO	: Abdominal Obezite
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
cm	: Santimetre
CVD	: Kardiyovasküler Hastalıklar (Cardiovascular Disease)
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
HDL	: Yüksek Dansiteli Lipoprotein (High-Density Lipoprotein)
kg	: Kilogram
LDL	: Düşük Dansiteli Lipoprotein (Low-Density Lipoprotein)
mg/dL	: Miligram/desilitre
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development)
SB	: T.C. Sağlık Bakanlığı
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TSİY	: Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı

1. GİRİŞ

Obezite, günümüz sağlık sistemlerinin karşı karşıya bulunduğu en karmaşık, yaygın ve yönetilmesi güç halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı bozabilecek düzeyde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamakta; fazla kiloluluk ve obezitenin tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, bazı kanser türleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve erken ölüm riskiyle yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2000; 2024). Bu tanım, obezitenin, toplum sağlığını, sağlık hizmeti kullanımını, sağlık harcamalarını, iş gücü verimliliğini ve sosyal refahı etkileyen çok boyutlu bir sorun olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Nitekim obezite prevalansındaki küresel artış, sağlık sistemlerinin koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanı, risk yönetimi, sağlığı geliştirme politikaları ve sektörler arası koordinasyonun daha güçlü biçimde ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Obezitenin yaygınlaşması, modern toplumların beslenme, hareket, üretim, tüketim ve yaşam biçimlerinde meydana gelen yapısal dönüşümlerle yakından ilişkilidir. Sanayileşme, kentleşme, işlenmiş gıda tüketiminin artması, enerji yoğun besinlerin daha kolay ulaşılabilir hâle gelmesi, ekran temelli yaşam biçimlerinin yaygınlaşması, fiziksel aktivite olanaklarının azalması ve gündelik hareketliliğin düşmesi obezite riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle obeziteyi yalnızca bireyin irade, tercih veya bilgi eksikliğiyle açıklamak bilimsel olarak yetersizdir. Swinburn vd., (2011), küresel obezite pandemisinin yerel yaşam çevreleri ile küresel gıda sistemleri arasındaki etkileşimden beslendiğini belirtmektedir. Obeziteyi bireysel davranışların ötesinde, ekonomik ve çevresel sistemlerle bağlantılı bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım, obezitenin önlenmesi ve yönetilmesinde sağlık sistemlerinin sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen, risk ortamlarını düzenleyen ve farklı sektörler arasında koordinasyon sağlayan aktif yönetim mekanizmaları olarak işlev görmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Obezite, sağlık yönetimi disiplini açısından özellikle önemlidir. Obeziteye bağlı kronik hastalıkların artması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli tarama ve danışmanlık gereksinimini artırmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom ve diğer komplikasyonlara bağlı tedavi yükünü büyötmektedir. Bu durum, sağlık sistemlerinde talep yönetimini daha karmaşık hâle getirmekte ve koruyucu hizmetlerin yetersiz kaldığı durumlarda tedavi edici hizmetlere ayrılan kaynakların sürekli artmasına yol açmaktadır.

OECD'nin obezitenin ekonomik yüküne ilişkin değerlendirmeleri, fazla kiloluluk ve obezitenin sağlık harcamalarını artırdığını, iş gücü üretkenliğini azalttığını ve uzun vadede ülkelerin ekonomik performansı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğunu göstermektedir (OECD, 2019). Dolayısıyla obezite, sağlık yönetimi açısından politika geliştirme, finansman, hizmet organizasyonu, eşitsizliklerin azaltılması ve sürdürülebilirlik boyutlarıyla birlikte ele alınması gereken stratejik bir konudur.

Türkiye'de obezite, son yıllarda giderek daha görünür hâle gelen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan veriler, yetişkin nüfusta fazla kiloluluk ve obezitenin yaygın olduğunu, özellikle kadınlarda ve ileri yaş gruplarında obezite oranlarının daha yüksek seyrettiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023; TÜİK, 2023). Bu tablo, Türkiye'de obeziteyle mücadelenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli izlem, okul sağlığı uygulamaları, fiziksel aktiviteyi destekleyen yerel çevre düzenlemeleri, sağlıklı gıdaya erişim politikaları, sağlık okuryazarlığının güçlendirilmesi ve sosyoekonomik eşitsizlikleri dikkate alan hedeflenmiş müdahalelerle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye'nin genç nüfus yapısı, hızlı kentleşme deneyimi, bölgesel gelişmişlik farkları, toplumsal cinsiyet rolleri, beslenme alışkanlıklarındaki dönüşüm ve fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıklar, obeziteyle mücadelede çok boyutlu ve Türkiye'ye özgü politika araçlarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Türkiye'de obeziteyle mücadeleye yönelik çeşitli ulusal programlar ve eylem planları geliştirilmiştir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, fiziksel aktivitenin artırılması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının yaygınlaştırılması, okul temelli müdahalelerin güçlendirilmesi, toplum farkındalığının artırılması ve sektörler arası iş birliğinin sağlanması açısından önemli bir politika çerçevesi sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Ancak politika belgelerinin varlığı, tek başına başarılı bir obezite yönetimi anlamına gelmemektedir. Bu politikaların sahada nasıl uygulandığı, hangi kurumlar arasında ne ölçüde koordinasyon sağlandığı, yerel düzeyde uygulama kapasitesinin yeterli olup olmadığı, risk gruplarına ulaşıp ulaşılamadığı ve uygulamaların düzenli biçimde izlenip değerlendirilip değerlendirilmediği sağlık yönetimi açısından temel sorular olarak öne çıkmaktadır. Özellikle obezite gibi çok nedenli ve uzun dönemli müdahale gerektiren bir sorunda, politika tasarımı kadar uygulama kapasitesi, performans göstergeleri, veri altyapısı ve geri bildirim mekanizmaları da belirleyici öneme sahiptir.

Uluslararası deneyimler, obeziteyle mücadelede tekil ve kısa vadeli müdahalelerin sınırlı sonuçlar ürettiğini; daha etkili sonuçların bütüncül, çok sektörlü ve sürdürülebilir

politika paketleriyle mümkün olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde sağlıklı okul ortamlarının oluşturulmasını, çocuklara yönelik sağlıklı gıda pazarlamasının sınırlandırılmasını, gıda etiketleme sistemlerinin geliştirilmesini, şekerli içeceklerin azaltılmasına yönelik düzenleyici araçların kullanılmasını ve temel sağlık hizmetlerinin bu süreçte daha etkin rol üstlenmesini önermektedir (WHO, 2016). Güney Kore, düşük obezite oranlarına rağmen artış eğilimini erken dönemde izleyen; okul temelli uygulamalar, ulusal sağlık taramaları, beslenme politikaları ve veri altyapısı ile dikkat çeken bir örnek sunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ise çok sayıda programa, okul beslenme düzenlemelerine, menü etiketleme uygulamalarına ve yerel vergilendirme girişimlerine rağmen yüksek obezite prevalansını düşürmekte zorlanması nedeniyle politika parçalanmışlığı, sosyoekonomik eşitsizlikler ve gıda endüstrisinin etkisi bakımından önemli bir karşılaştırma alanı oluşturmaktadır. Bu iki ülke örneği, Türkiye açısından farklı dersler içermektedir. Güney Kore daha entegre ve izlenebilir bir halk sağlığı yönetimi yaklaşımının önemini gösterirken, ABD deneyimi çok sayıda müdahalenin güçlü koordinasyon, düzenleyici kararlılık ve eşitsizlik duyarlılığı olmadan sınırlı kalabileceğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de obezite üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla prevalans, beslenme davranışları, fiziksel aktivite düzeyi, cinsiyet ve yaş farklılıkları, beden kitle indeksi ve kronik hastalık ilişkileri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu çalışmalar obezitenin yaygınlığını ve risk faktörlerini anlamak açısından önemli bir zemin oluştursa da, obezitenin sağlık sistemi içinde nasıl yönetildiği, mevcut politikaların uygulama düzeyindeki yeterliliği, birinci basamak hizmetlerinin bu süreçteki rolü, okul temelli müdahalelerin sürdürülebilirliği, izleme-değerlendirme mekanizmalarının etkinliği ve uluslararası örneklerin Türkiye’ye nasıl uyarlanabileceği konuları daha sınırlı biçimde ele alınmaktadır. Bu nedenle obeziteyi, sağlık yönetimi perspektifinden inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Böyle bir yaklaşım, obeziteyle mücadelede hangi kurumların hangi sorumlulukları üstlenmesi gerektiğini, kaynakların hangi risk gruplarına göre nasıl tahsis edileceğini, hangi hizmet basamaklarının nasıl güçlendirileceğini ve politika sonuçlarının hangi göstergelerle izleneceğini tartışmaya açmaktadır.

Bu araştırmanın temel amacı, Türkiye’de obezitenin mevcut durumunu resmi istatistiksel verilerden hareketle değerlendirmek, obezite göstergelerini yaş ve cinsiyet gibi temel demografik değişkenler bakımından incelemek, Türkiye’nin uluslararası konumunu seçilmiş OECD ülkeleriyle karşılaştırmak ve elde edilen bulguları sağlık yönetimi perspektifiyle yorumlamaktır. Bu amaç doğrultusunda obezite, sağlık sisteminin

koruyucu hizmet kapasitesi, kaynak kullanımı, politika geliştirme süreçleri, hizmet organizasyonu ve izleme-değerlendirme mekanizmaları açısından ele alınmaktadır. Araştırmada ikincil veri analizi yöntemi kullanılarak Sağlık Bakanlığı, OECD, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İstatistik Kurumu gibi kurumsal kaynaklardan elde edilen göstergeler değerlendirilmektedir. Türkiye’de obezitenin genel görünümü, cinsiyete göre dağılımı, uluslararası karşılaştırmalardaki konumu ve obeziteyle ilişkili bazı biyokimyasal bulgular üzerinden yorum yapılmaktadır. Bu yönüyle araştırma, obeziteye ilişkin sayısal göstergeleri, bu göstergelerin sağlık sistemi açısından hangi yönetsel öncelikleri ortaya çıkardığını tartışmayı da hedeflemektedir.

Araştırmanın önemi, obezitenin Türkiye’de yalnızca bireysel yaşam tarzı veya klinik tedavi konusu olarak ele alınmasının yetersizliğini göstermesi ve sorunu sağlık yönetimi bağlamında değerlendirmesinden kaynaklanmaktadır. Obezite prevalansının artması, ilerleyen yıllarda sağlık harcamaları, kronik hastalık yükü, birinci basamak hizmet talebi, uzmanlık hizmetlerine başvuru, ilaç kullanımı, iş gücü kaybı ve sosyal güvenlik harcamaları üzerinde daha büyük bir baskı oluşturma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle Türkiye’de obeziteyle mücadele, sağlık sisteminin riskleri erken tanıyan, hizmetleri koordine eden, kurumlar arası iş birliğini güçlendiren, bölgesel ve sosyoekonomik eşitsizlikleri dikkate alan ve politika etkisini düzenli biçimde ölçen bir yönetim kapasitesi geliştirmesiyle desteklenmelidir. Bu araştırma, mevcut verilerden hareketle Türkiye’nin obezite tablosunu ortaya koyarken, aynı zamanda sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar için önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, veri temelli karar alma süreçlerinin geliştirilmesi ve uluslararası deneyimlerden yararlanarak daha sürdürülebilir müdahale stratejileri oluşturulması yönünde akademik bir katkı sunmaktadır. Bu bağlamda obezite, Türkiye sağlık sistemi için yalnızca bugünün değil, geleceğin de temel yönetsel sorunlarından biri olarak değerlendirilmelidir. Obeziteye bağlı hastalık yükü artmadan önce koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi, çocukluk çağından itibaren sağlıklı yaşam alışkanlıklarının desteklenmesi, sağlıklı gıdaya erişimin artırılması, fiziksel aktiviteyi teşvik eden çevresel düzenlemelerin geliştirilmesi, birinci basamakta tarama ve danışmanlık süreçlerinin standartlaştırılması ve politika uygulamalarının düzenli biçimde izlenmesi gerekmektedir. Türkiye’nin obeziteyle mücadelede etkili ve sürdürülebilir sonuçlar elde edebilmesi, eğitim, yerel yönetimler, sosyal politika, gıda sektörü, medya ve toplum temelli aktörlerin ortak sorumluluk üstlendiği bütüncül bir yönetim yaklaşımıyla mümkündür. Bu nedenle obeziteye ilişkin verilerin sağlık yönetimi perspektifiyle değerlendirilmesi, hem mevcut durumun daha doğru anlaşılmasını hem de geleceğe yönelik daha etkili politika önerilerinin

geliştirilmesini sağlayacak önemli bir akademik ve uygulamalı katkı alanı oluşturmaktadır.

1.1. Problem Durumu

Obezite, günümüz toplumlarında bireysel sağlık davranışlarıyla sınırlı biçimde açıklanamayacak kadar karmaşık, çok boyutlu ve giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı bozabilecek düzeyde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamakta; fazla kiloluluk ve obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve erken ölüm riskiyle yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2000; 2024). Bu tanım, obezitenin yalnızca beden ağırlığına ilişkin klinik bir gösterge olmadığını, bireyin metabolik sağlığını, yaşam kalitesini, psikososyal iyilik hâlini ve sağlık hizmetlerine duyduğu gereksinimi doğrudan etkileyen kapsamlı bir sorun alanı olduğunu göstermektedir. Obezite prevalansının dünya genelinde artış göstermesi, sağlık sistemlerinin, koruyucu sağlık hizmetleri, erken tanı, sağlığı geliştirme politikaları, risk yönetimi ve sektörler arası koordinasyonun daha güçlü biçimde ele alınmasını zorunlu hâle getirmektedir.

Obezitenin yaygınlaşması, modern toplumların üretim, tüketim, beslenme ve hareket biçimlerinde meydana gelen yapısal dönüşümlerle yakından ilişkilidir. Sanayileşme ve kentleşme süreçleri, fiziksel aktivite düzeylerini azaltırken; işlenmiş, enerji yoğun, yüksek şeker ve yağ içeriğine sahip gıdaların daha kolay erişilebilir hâle gelmesi, toplumların beslenme örüntülerini önemli ölçüde değiştirmiştir. Bunun yanında ekran temelli yaşam biçimleri, motorlu ulaşımın yaygınlaşması, güvenli fiziksel aktivite alanlarının sınırlılığı, çalışma yaşamındaki hareketsizlik ve sosyoekonomik eşitsizlikler obezite riskini artıran temel çevresel ve toplumsal faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle obezite, yalnızca bireyin iradesi, beslenme bilgisi veya egzersiz alışkanlığı üzerinden açıklanabilecek bir sorun değildir. Swinburn vd., (2011) ortaya koyduğu küresel obezite yaklaşımı, obezitenin yerel yaşam çevreleri ile küresel gıda sistemleri arasındaki etkileşim sonucunda şekillendiğini ve bireysel sorumluluk söyleminin sorunun yapısal boyutunu açıklamakta yetersiz kaldığını göstermektedir.

Türkiye’de de obezite, son yıllarda sağlık politikaları açısından daha fazla önem kazanan bir sorun alanı hâline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan göstergeler, yetişkin nüfusta fazla kiloluluk ve obezitenin yaygın olduğunu; özellikle kadınlarda, ileri yaş gruplarında ve belirli sosyoekonomik kesimlerde obezite riskinin daha görünür hâle geldiğini ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,

2023; TÜİK, 2023). Türkiye'nin obezite görünümü yalnızca bireysel sağlık açısından değil, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği bakımından da önemli sonuçlar doğurmaktadır. Obeziteye bağlı kronik hastalıkların artması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli tarama ve danışmanlık ihtiyacını artırmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik bozukluklar gibi komplikasyonlara bağlı tanı, tedavi ve izlem yükünü büyütmektedir. Bu durum, obeziteyle mücadelenin, sağlık hizmetlerinin planlanması, kaynakların etkin kullanımı, risk gruplarının belirlenmesi, hizmet basamakları arasında koordinasyon sağlanması ve politika sonuçlarının düzenli biçimde izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Türkiye'de obeziteyle mücadeleye yönelik çeşitli ulusal programlar, eylem planları ve farkındalık çalışmaları yürütülmüş olmasına rağmen, sorunun yaygınlığını koruması mevcut politikaların sağlık yönetimi açısından yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı gibi girişimler, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, okul temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması ve toplum farkındalığının güçlendirilmesi açısından önemli politika çerçeveleri sunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Ancak obezite gibi çok nedenli ve uzun dönemli müdahale gerektiren bir halk sağlığı sorununda, politika belgelerinin varlığı tek başına yeterli değildir. Bu politikaların sahada ne ölçüde uygulanabildiği, yerel düzeyde hangi farklılıkların ortaya çıktığı, aile hekimliği ve okul sağlığı uygulamalarının ne kadar etkin yürütüldüğü, sağlıklı gıdaya erişimin nasıl desteklendiği, fiziksel aktiviteyi kolaylaştıran çevresel koşulların ne ölçüde oluşturulduğu ve izleme-değerlendirme sistemlerinin politika etkisini ne kadar ölçebildiği temel problem alanları olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık yönetimi perspektifinden bakıldığında obezite, yalnızca klinik sonuçları olan bir hastalık değil, sağlık sisteminin planlama, örgütlenme, finansman, insan gücü, performans değerlendirme ve yönetim kapasitesini doğrudan etkileyen stratejik bir sorundur. Obeziteye bağlı hastalık yükünün artması, sağlık harcamalarının yükselmesine, sağlık hizmetlerine başvuruların çoğalmasına, ilaç ve tedavi maliyetlerinin artmasına, iş gücü kaybına ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde ek baskı oluşmasına neden olmaktadır. OECD'nin obezitenin ekonomik yüküne ilişkin değerlendirmeleri, fazla kiloluluk ve obezitenin, üretkenlik kayıpları ve ekonomik büyüme üzerinde oluşan olumsuz etkiler aracılığıyla toplumların genel refahını da etkilediğini göstermektedir (OECD, 2019).

Türkiye'nin obezite sorununu değerlendirmede uluslararası karşılaştırmalar önemli bir analitik zemin sunmaktadır. Güney Kore ve Amerika Birleşik Devletleri örnekleri, obeziteyle mücadelede farklı sağlık sistemi yaklaşımlarını ve politika sonuçlarını görünür kılmaktadır. Güney Kore, obezite oranları görece düşük olmasına rağmen artış eğilimini izleyen, okul temelli uygulamalar, sağlık taramaları, veri altyapısı ve sağlığı geliştirme politikalarıyla dikkat çeken bir örnek sunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ise obezite prevalansının yüksek seyretmesi, çok sayıda müdahale programına rağmen politika parçalanmışlığı, sosyoekonomik eşitsizlikler ve gıda endüstrisinin etkisi nedeniyle kalıcı başarı sağlamakta zorlanan bir ülke deneyimi ortaya koymaktadır. Bu iki örnek, Türkiye açısından obeziteyle mücadelede entegre politika tasarımının, uygulama kapasitesinin, sektörler arası koordinasyonun ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının önemini göstermektedir. Bu bağlamda temel problem, Türkiye'de obezitenin yaygınlaşmasına karşın bu sorunun sağlık yönetimi boyutunun yeterince derinlikli biçimde ele alınmamasıdır. Mevcut veriler obezitenin demografik dağılımını, cinsiyetler arası farklılıklarını ve uluslararası konumunu ortaya koymakla birlikte, bu göstergelerin sağlık sistemi açısından ne anlama geldiği daha kapsamlı bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Obezite oranlarının yüksekliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapasitesi, birinci basamak hizmetlerinin etkinliği, sağlık kaynaklarının kullanımı, politika uygulamalarının sürdürülebilirliği ve sağlıkta eşitsizliklerin yönetimi bakımından önemli bir uyarı niteliği taşımaktadır. Bu nedenle Türkiye'de obezite sorununu anlamak için sağlık hizmetlerinin organizasyonu, politika geliştirme süreçleri ve uluslararası deneyimler ışığında yorumlanması gerekmektedir.

Bu araştırma, Türkiye'de obezitenin mevcut durumunu resmi istatistiksel verilerden hareketle incelemekte; obezite göstergelerini yaş, cinsiyet, uluslararası karşılaştırmalar ve bazı biyokimyasal bulgular çerçevesinde değerlendirmektedir. Araştırmanın temel problem alanı, Türkiye'de obezitenin, sağlık sistemi içinde yönetilmesi gereken çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınması gerekliliğidir. Bu doğrultuda obezite, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği, risk gruplarının belirlenmesi, sağlık hizmeti talebinin yönetimi, kaynak tahsisi, politika araçlarının yeterliliği, ulusal ve uluslararası uygulamaların karşılaştırılması ve sürdürülebilir müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından değerlendirilmektedir. Böylece problem durumu, obezitenin, bu artışın Türkiye sağlık sistemi için yarattığı yönetsel, ekonomik ve politik sorumluluklardan kaynaklanmaktadır.

1.2. Tezin Amacı ve Önemi

Bu tez çalışmasının temel amacı, Türkiye’de obezite olgusunu, sağlık yönetimi perspektifiyle çok boyutlu biçimde değerlendirmektir. Bu doğrultuda araştırma, Türkiye’de obezitenin mevcut görünümünü resmi istatistiksel veriler üzerinden incelemekte; obezite prevalansının yaş, cinsiyet ve ilgili sağlık göstergeleri bakımından nasıl bir dağılım sergilediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Araştırmanın bir diğer amacı, Türkiye’nin obezite göstergelerini uluslararası verilerle karşılaştırarak ülkenin küresel ve OECD bağlamındaki konumunu değerlendirmektir. Bu karşılaştırmalı yaklaşım, obezitenin, farklı sağlık sistemlerinin politika üretme, hizmet sunma, önleme, izleme ve değerlendirme kapasiteleriyle ilişkili bir yönetim alanı olarak ele alınmasına olanak sağlamaktadır.

Çalışmanın amacı, Türkiye’de obezite oranlarının yalnızca sayısal düzeyde betimlenmesiyle sınırlı değildir. Araştırmada obezite göstergeleri, sağlık sisteminin koruyucu hizmet kapasitesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü, risk gruplarının belirlenmesi, kaynak kullanımının etkinliği, kronik hastalık yükü, sağlık politikalarının uygulanabilirliği ve izleme-değerlendirme mekanizmaları açısından yorumlanmaktadır. Bu yönüyle çalışma, obeziteyi yalnızca bireylerin beslenme, hareket ve yaşam tarzı tercihleriyle açıklayan dar yaklaşımların ötesine geçerek, sorunun sağlık sistemi içinde nasıl yönetildiğini ve mevcut göstergelerin sağlık politikaları açısından ne tür öncelikler ürettiğini tartışmayı hedeflemektedir. Türkiye’de obezitenin özellikle kadınlarda, ileri yaş gruplarında ve belirli toplumsal kesimlerde daha görünür hâle gelmesi, bu sorunun demografik ve sosyal belirleyicilerle birlikte değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle araştırma, obeziteyi, sağlık yönetimi bakımından öncelikli müdahale alanlarını ortaya koyabilecek göstergeler üzerinden ele almaktadır.

Araştırmanın uluslararası karşılaştırma boyutu, çalışmanın amaçları içinde özel bir yere sahiptir. Türkiye’nin obezite görünümünün Güney Kore ve Amerika Birleşik Devletleri gibi farklı politika ve sağlık sistemi deneyimlerine sahip ülkelerle birlikte değerlendirilmesi, yalnızca oran karşılaştırması yapmaya yönelik değildir. Güney Kore, görece düşük obezite oranlarına rağmen artış eğilimini izleyen, okul temelli uygulamalar, tarama sistemleri, veri altyapısı ve sağlığı geliştirme politikalarıyla dikkat çeken bir örnek sunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ise yüksek obezite prevalansı, çok sayıda müdahale programı ve düzenleyici girişime rağmen politika parçalanmışlığı, sosyoekonomik eşitsizlikler ve gıda endüstrisinin etkisi nedeniyle obeziteyle mücadelede sınırlı başarı elde eden bir örnek olarak değerlendirilmektedir. Bu iki ülke deneyimi, Türkiye açısından farklı politika dersleri içermektedir. Dolayısıyla araştırmanın

amaçlarından biri de Türkiye'nin mevcut obezite politikalarını uluslararası örnekler ışığında değerlendirmek ve sağlık yönetimi açısından geliştirilebilecek alanları daha görünür hâle getirmektir.

Bu çalışmanın önemi, obezitenin Türkiye'de giderek yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu olmasının ötesinde, sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından taşıdığı yönetsel sonuçları tartışmaya açmasından kaynaklanmaktadır. Obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, bazı kanser türleri ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi çok sayıda kronik hastalıkla ilişkili olduğu için sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırmakta; tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyon süreçleri üzerinden sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Bu durum, obezitenin, sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlık insan gücü gereksinimi, finansman, kaynak tahsisi, hizmet basamakları arasındaki koordinasyon ve sağlık politikalarının uzun vadeli sürdürülebilirliği açısından da önemli bir problem alanı olduğunu göstermektedir. OECD'nin obezitenin ekonomik yüküne ilişkin değerlendirmeleri, fazla kiloluluk ve obezitenin sağlık harcamalarının yanı sıra iş gücü verimliliği ve ekonomik üretkenlik üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurduğunu ortaya koymaktadır (OECD, 2019).

Araştırmanın önemi, Türkiye'de obeziteye ilişkin mevcut literatürde görülen bazı sınırlılıkları aşma çabasıyla da kaynaklanmaktadır. Türkiye'de obezite üzerine yapılan çalışmaların önemli bir bölümü prevalans, beden kitle indeksi, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, cinsiyet ve yaş farklılıkları ya da kronik hastalık ilişkileri üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu çalışmalar, obezitenin yaygınlığını ve bireysel risk faktörlerini anlamak açısından önemli olmakla birlikte, obezitenin sağlık sistemi içinde nasıl yönetildiği, koruyucu hizmetlerin ne ölçüde etkili olduğu, ulusal politikaların sahaya nasıl yansıdığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin obezite yönetimindeki rolü, okul temelli müdahalelerin sürdürülebilirliği ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının yeterliliği gibi konuları çoğu zaman sınırlı biçimde ele almaktadır. Bu çalışma, obeziteyi sağlık yönetimi disiplini içinde değerlendirmesi bakımından söz konusu boşluğa katkı sunmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın bir diğer önemi, obeziteyle mücadelede politika geliştirme süreçlerine veri temelli ve karşılaştırmalı bir bakış sunmasıdır.

Sağlık politikalarının etkili olabilmesi için yalnızca genel hedefler içeren eylem planlarının hazırlanması yeterli değildir. Bu politikaların hangi risk gruplarına ulaştığı, hangi göstergelerde değişim sağladığı, hangi kurumlar tarafından nasıl uygulandığı, bölgesel farklılıkları ne ölçüde dikkate aldığı ve sonuçlarının nasıl izlendiği de değerlendirilmelidir. Türkiye'de obeziteyle mücadelede sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, okul sağlığı, aile hekimliği, farkındalık kampanyaları ve toplum temelli

uygulamalar gibi farklı politika araçları geliştirilmiştir. Ancak bu araçların sağlık yönetimi açısından anlamı, uygulama kapasitesi ve izleme-değerlendirme gücüyle birlikte değerlendirildiğinde daha açık biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle araştırma, Türkiye’de obeziteyle mücadele politikalarının, hangi yönetsel sorun alanlarıyla ilişkili olduğunu tartışmaya açmaktadır.

Araştırmanın sağlık yönetimi alanına katkısı, obeziteyi koruyucu sağlık hizmetleri, hizmet organizasyonu, kaynak kullanımı, eşitsizliklerin azaltılması ve politika performansı bağlamında ele almasında yatmaktadır. Obeziteyle mücadelede etkili bir sağlık yönetimi yaklaşımı, sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen çevresel düzenlemeleri, okul ve işyeri temelli programları, birinci basamakta düzenli tarama ve danışmanlığı, sağlıklı gıdaya erişimi, fiziksel aktiviteyi destekleyen yerel politikaları, sağlık okuryazarlığını ve çok sektörlü yönetim mekanizmalarını birlikte içermelidir. Bu bağlamda çalışma, Türkiye’de obezite sorununun daha etkili, sürdürülebilir ve sağlık yönetimi odaklı biçimde ele alınabilmesi için mevcut durumun bilimsel verilerle ortaya konulmasına ve politika geliştirme süreçlerine analitik bir zemin hazırlanmasına katkı sağlamaktadır.

1.3. Araştırma Soruları

Bu tez kapsamında, ikincil veri analizi ve betimsel karşılaştırma yaklaşımı doğrultusunda aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranacaktır:

- Türkiye’de obezitenin yaygınlığı yaş ve cinsiyet gibi temel demografik değişkenlere göre nasıl bir görünüm sergilemektedir?
- Türkiye’de obezite ve obez öncesi nüfus oranları yıllara göre nasıl bir değişim göstermektedir?
- Türkiye’nin obezite oranları, OECD ülkeleri ve seçilmiş ülke örnekleriyle karşılaştırıldığında hangi düzeyde yer almaktadır?
- Türkiye’de obeziteyle mücadele politikaları, mevcut göstergeler ve sağlık yönetimi perspektifi açısından hangi güçlü ve zayıf yönlerle işaret etmektedir?
- Sosyoekonomik ve kültürel faktörler, obezite yaygınlığının değerlendirilmesinde nasıl bir açıklayıcı çerçeve sunmaktadır?
- Obeziteyle ilişkili biyokimyasal göstergeler, özellikle kolesterol ve trigliserid düzeyleri, cinsiyete göre nasıl bir dağılım göstermektedir?

1.4. Yöntem ve Sınırlılıklar

Bu tez çalışmasında ikincil nicel veri analizi yöntemi benimsenmiştir. Araştırma kapsamında, mevcut istatistiksel veriler betimsel düzeyde analiz edilerek obezite olgusu çok boyutlu bir biçimde değerlendirilmiştir. Kullanılan veriler, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası kuruluşların yayımladığı istatistiksel raporlar aracılığıyla elde edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda hem Türkiye'deki mevcut durum hem de uluslararası düzeyde karşılaştırmalar yapılmıştır.

Çalışmanın temel sınırlılığı, yalnızca mevcut ikincil verilere dayalı bir analiz yürütülmesidir. Bu nedenle, niteliksel veri toplama yöntemlerine (bireysel görüşmeler, gözlemler, anketler gibi) başvurulmamış; yalnızca kurumlar tarafından sunulan istatistiki verilere odaklanılmıştır. Ayrıca, veri setlerinin yıl bazında farklılık göstermesi ve bazı göstergelerin her ülke için tutarlı şekilde sunulmaması, karşılaştırmalı analizlerde sınırlılıklar yaratabilmektedir. Bununla birlikte, kullanılan veri kaynaklarının güvenilirliği ve geçerliliği göz önünde bulundurularak, çalışmanın bilimsel açıdan anlamlı ve karşılaştırılabilir bulgular sunduğu değerlendirilmektedir.

2. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Yönetimi Perspektifinden Obezitenin Kuramsal Konumlandırılması

Sağlık yönetimi perspektifi, sağlık sorunlarını yalnızca klinik tanı ve tedavi süreçleriyle sınırlı biçimde değil, sağlık sisteminin örgütlenme biçimi, hizmet sunum kapasitesi, insan gücü planlaması, finansman yapısı, kaynak kullanımı, politika geliştirme süreçleri, kurumlar arası koordinasyon ve izleme-değerlendirme mekanizmalarıyla birlikte ele alan disiplinlerarası bir yaklaşımdır. Bu bakış açısında temel mesele, belirli bir sağlık sorununun sağlık sistemi içinde nasıl tanımlandığı, hangi hizmet basamaklarında ne tür müdahaleler gerektirdiği, hangi kurumsal aktörler tarafından yönetildiği, hangi kaynakları tükettiği ve hangi politika araçlarıyla sürdürülebilir biçimde kontrol altına alınabileceğidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemleri yaklaşımı da sağlık sistemlerini hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, temel tıbbi ürünlere erişim, finansman ve liderlik/yönetişim bileşenlerinden oluşan bütüncül bir yapı olarak ele almakta; sağlık sistemlerinin yalnızca tedavi edici hizmetlerden ibaret olmayan, çok bileşenli ve yönetim temelli bir organizasyon alanı olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (WHO, 2007).

Obezitenin sağlık yönetimi açısından kuramsal olarak konumlandırılması, bu sorunun biyolojik, davranışsal, çevresel, ekonomik ve yönetsel bileşenleri aynı anda içeren çok boyutlu yapısından kaynaklanmaktadır. Obezite; biyolojik yatkınlıklar, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, psikolojik etmenler, sosyoekonomik koşullar, kentleşme, gıda sistemleri, eğitim düzeyi ve kültürel normların etkileşimiyle ortaya çıkan kronik bir halk sağlığı sorunudur. Ekolojik ve çevresel yaklaşımlar, bireysel davranışların yalnızca kişisel tercihlerden değil, gıda ortamları, fiziksel çevre, okul ve işyeri düzenlemeleri, toplumsal normlar ve makro düzeydeki politika koşullarından etkilendiğini göstermektedir (Story vd., 2008; Swinburn vd., 1999). Bu nedenle obezite, yalnızca bireysel davranış değişikliğiyle yönetilebilecek bir sorun olarak değil; erken risk tanılama, birinci basamakta düzenli tarama ve danışmanlık, okul ve işyeri temelli koruyucu programlar, sağlıklı gıdaya erişim, fiziksel aktiviteyi destekleyen çevresel düzenlemeler ve veri temelli izleme mekanizmalarıyla birlikte ele alınması gereken bir sağlık yönetimi alanı olarak değerlendirilmelidir (WHO, 2023).

Obezitenin bireysel sorumluluk söylemiyle sınırlandırılması, sorunun yapısal ve sistemsel boyutlarını görünmez kılmaktadır. Sağlıklı gıdanın pahalı veya erişilemez olduğu, fiziksel aktivite alanlarının yetersiz kaldığı, okul çevresinde sağlıklı gıdaların kolay ulaşılabilir olduğu, çalışma yaşamının hareketsizliği artırdığı ve sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bir ortamda obeziteyi yalnızca bireysel tercihlerin sonucu olarak yorumlamak eksik bir değerlendirmedir. Obezite literatüründe “obeziteyi teşvik eden çevre” yaklaşımı, bireylerin yeme ve hareket davranışlarının fiziksel altyapı, gıda erişimi, pazarlama pratikleri, ekonomik koşullar ve politika ortamı tarafından biçimlendirildiğini vurgulamaktadır (Story vd., 2008; Swinburn vd., 1999). Bu çerçeve, sağlık yönetimi açısından obeziteyle mücadelede bireye yönelik danışmanlık hizmetleri ile sağlıklı davranışı mümkün kılan çevresel ve yapısal düzenlemelerin birlikte tasarlanması gerektiğini göstermektedir. Böylece obezite yönetimi, yalnızca kilo kontrolüne yönelik bireysel bir müdahale alanı olmaktan çıkmakta; eğitim, gıda politikaları, okul sağlığı, fiziksel aktivite altyapısı, sosyal destek mekanizmaları ve sağlık hizmetleri arasında bütünleşik bir politika çerçevesi gerektiren stratejik bir yönetim sorununa dönüşmektedir (Sacks vd., 2009).

Sağlık politikası döngüsü, obezitenin sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirilmesinde önemli bir kuramsal dayanak sunmaktadır. Politika döngüsü yaklaşımı, sağlık sorunlarının gündeme alınması, politika seçeneklerinin geliştirilmesi, karar alma, uygulama ve değerlendirme aşamaları üzerinden analiz edilmesine olanak sağlamaktadır. Walt ve Gilson (1994) tarafından geliştirilen sağlık politikası analizi yaklaşımı, politikanın yalnızca metinler ve kararlarla değil; aktörler, bağlam, süreçler ve uygulama kapasitesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Daha sonraki sağlık politikası analizi çalışmaları da sağlık politikalarının gündem oluşturma, formülasyon, uygulama ve değerlendirme aşamalarının kurumsal aktörler, politik bağlam ve değerlendirme mekanizmalarıyla birlikte incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Walt vd., 2008). Bu açıdan obezite, artan prevalans, kronik hastalık yükü, ekonomik maliyetler ve sağlık hizmeti talebi nedeniyle sağlık politikası gündemine taşınan; ancak yalnızca politika belgesi üretmekle değil, uygulama kapasitesi ve sonuç değerlendirmesiyle yönetilebilecek bir sorundur.

Obeziteyle mücadeleye yönelik ulusal eylem planları, sağlıklı beslenme programları, fiziksel aktivite stratejileri, okul kantini düzenlemeleri, gıda etiketleme politikaları ve toplum farkındalığı kampanyaları politika formülasyonu ve uygulama aşamalarının temel araçları arasında yer almaktadır (Sacks vd., 2009; WHO, 2023). Türkiye’de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı ile yetişkin ve çocukluk çağı

obezitesinin önlenmesi, fiziksel aktivitenin desteklenmesi, toplum temelli farkındalık faaliyetlerinin yürütülmesi ve kurumlar arası iş birliğinin geliştirilmesi hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu tür programlar, obezitenin politika gündemine alındığını göstermesi bakımından önemlidir; ancak sağlık yönetimi açısından belirleyici olan, bu programların sahada nasıl uygulandığı, hangi gruplara ulaştığı, hangi kurumlar tarafından hangi kaynaklarla yürütüldüğü, hangi göstergelerle izlendiği ve elde edilen sonuçların politika güncellemesine nasıl yansıtıldığıdır. Bu nedenle obezite politikalarının değerlendirilmesinde yalnızca mevcut programların varlığı değil, uygulama, koordinasyon, kaynak tahsisi ve izleme-değerlendirme kapasitesi de dikkate alınmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemi bileşenleri, obezite yönetiminin neden klinik tedavi hizmetleriyle sınırlı kalamayacağını açık biçimde göstermektedir. Hizmet sunumu boyutunda obezite; birinci basamakta tarama, danışmanlık, izlem ve yönlendirme hizmetlerini, ikinci ve üçüncü basamakta ise obeziteye bağlı diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi ve diğer komplikasyonların yönetimini gerektirmektedir. Sağlık insan gücü boyutunda hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, halk sağlığı uzmanı ve sağlık yöneticilerinin koordineli çalışması önem taşımaktadır. Sağlık bilgi sistemleri boyutunda obezite prevalansı, beden kitle indeksi, bel çevresi, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme davranışı ve biyokimyasal göstergelerin düzenli biçimde izlenmesi gerekmektedir. Finansman boyutunda obezite, koruyucu hizmetlere ayrılacak kaynaklar ile tedavi edici hizmetlerin artan maliyetleri arasında stratejik bir önceliklendirme alanı oluşturmaktadır. Yönetişim boyutunda ise obezite, sağlık sektörüyle birlikte eğitim, tarım, gıda, ulaşım, şehir planlama, yerel yönetimler, medya ve sosyal politika aktörlerinin eşgüdümünü gerektiren çok sektörlü bir yönetim sorunudur (Swinburn vd., 1999; WHO, 2007; 2023).

Sağlık sistemlerinin kaynakları sınırsız değildir; bu nedenle obezite gibi yaygın ve önlenebilir risk alanlarında hangi müdahalelerin öncelik taşıyacağı, hangi gruplara daha yoğun hizmet sunulacağı ve koruyucu hizmetlere ne düzeyde yatırım yapılacağı stratejik kararlar gerektirmektedir. Obezitenin sağlık harcamaları, iş gücü kaybı, kronik hastalık yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, bu sorunun sağlık ekonomisi ve sistem sürdürülebilirliği açısından da ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (OECD, 2019). Obezite prevalansının kadınlarda, ileri yaş gruplarında veya düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde daha yüksek seyretmesi, kaynak tahsisinin yalnızca genel nüfus yaklaşımıyla yürütülemeyeceğini göstermektedir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, risk temelli planlama, hedeflenmiş müdahaleler, hizmete erişimde eşitlik ve koruyucu sağlık

hizmetlerinin önceliklendirilmesiyle doğrudan ilişkilidir. Obeziteyle mücadelede etkili bir sağlık sistemi, fazla kilolu bireylerin obeziteye ilerlemesini önleyen, çocukluk döneminden itibaren sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyen ve sosyoekonomik eşitsizlikleri dikkate alan müdahaleleri içermelidir (Story vd., 2008; WHO, 2023).

Kronik hastalık yönetimi ve entegre bakım yaklaşımları, obezitenin sağlık yönetimi açısından değerlendirilmesinde bir diğer temel kuramsal dayanağı oluşturmaktadır. Obezite çoğu zaman izole bir durum olarak seyretmemekte; tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, uyku apnesi, eklem hastalıkları ve psikososyal sorunlarla birlikte görülmektedir. Bu nedenle obezite yönetimi, tek seferlik klinik müdahalelerden ziyade süreklilik gerektiren kronik bakım süreçleriyle ilişkilidir. Wagner vd. (1996) tarafından geliştirilen Kronik Bakım Modeli, kronik hastalıkların etkili yönetimi için sağlık sistemi tasarımı, karar desteği, klinik bilgi sistemleri, öz-yönetim desteği ve toplum kaynaklarıyla bağlantı kurulması gerektiğini vurgulamaktadır (Wagner, 1998; Wagner vd., 1996). Dünya Sağlık Örgütü'nün kronik durumlar için yenilikçi bakım yaklaşımı da kronik hastalıkların yönetiminde bakım süreçlerinin hasta, toplum ve politika düzeylerinde yeniden yapılandırılması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2002).

Entegre bakım perspektifi, obeziteyle mücadelede hizmet basamakları arasındaki kopuklukların giderilmesi açısından özellikle önemlidir. Obezite riski taşıyan bireylerin birinci basamakta erken belirlenmesi, yaşam tarzı danışmanlığı alması, gerektiğinde diyetisyen veya psikolojik destek hizmetlerine yönlendirilmesi, biyokimyasal risklerinin izlenmesi ve komplikasyon geliştiğinde uzmanlık hizmetleriyle bağlantısının kurulması, bütüncül bir bakım zinciri gerektirmektedir. Kronik Bakım Modeli'nin planlı bakım, klinik bilgi sistemleri, karar desteği, öz-yönetim desteği ve toplum kaynaklarıyla bağlantı ilkeleri, obezite yönetiminde sağlık hizmetlerinin kısa süreli müdahaleler yerine uzun dönemli izlem ve koordinasyon üzerine kurulması gerektiğini göstermektedir (Wagner, 1998; Wagner vd., 1996). Bu zincirin herhangi bir halkasında kopukluk oluştuğunda birey, ya yalnızca kısa süreli diyet önerileriyle baş başa kalmakta ya da komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra daha maliyetli tedavi süreçlerine yönelmektedir. Bu nedenle aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, hastaneler, okul sağlığı hizmetleri, yerel yönetimler ve sosyal destek mekanizmaları arasında işleyen bir koordinasyon yapısı kurulması, obezite yönetiminin temel koşullarından biridir.

Türkiye bağlamında obezitenin sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi, mevcut politika ve hizmet yapılarının daha analitik biçimde tartışılmasını mümkün kılmaktadır. Türkiye'de obeziteyle mücadelede ulusal programlar, okul temelli

uygulamalar, aile hekimliği hizmetleri, toplum farkındalığı kampanyaları ve fiziksel aktiviteyi desteklemeye yönelik çeşitli girişimler bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Ancak bu girişimlerin sağlık yönetimi açısından değeri, yalnızca var olmalarıyla değil; uygulanma düzeyleri, kurumlar arası koordinasyon kapasitesi, hedef gruplara erişimi, kaynak desteği ve izleme-değerlendirme sonuçlarıyla belirlenmektedir. Obezite oranlarının yüksekliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, birinci basamak danışmanlığının etkinliği, sağlığı geliştirme politikalarının gücü, okul sağlığı uygulamalarının yeterliliği, gıda ortamlarının düzenlenme kapasitesi ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadele başarısı hakkında dolaylı göstergeler sunmaktadır. Bu nedenle obezite prevalansındaki artış, sağlık yöneticileri açısından politika performansını ve hizmet organizasyonunu yeniden değerlendirmeyi gerektiren önemli bir uyarı niteliğindedir.

Bu kuramsal çerçeve, obeziteyi halk sağlığı ve epidemiyoloji ağırlıklı bir konu olmanın ötesine taşıyarak sağlık sistemi içinde yönetilmesi, önlenmesi, izlenmesi ve sürdürülebilir politikalarla kontrol altına alınması gereken stratejik bir sağlık yönetimi sorunu olarak konumlandırmaktadır. Sağlık politikası döngüsü açısından obezite, gündeme alınması, politika araçlarıyla formüle edilmesi, kurumlar arası iş birliğiyle uygulanması ve ölçülebilir göstergelerle değerlendirilmesi gereken bir alandır. Sağlık sistemleri yaklaşımı açısından obezite; hizmet sunumu, insan gücü, finansman, bilgi sistemleri ve yönetim bileşenlerinin tamamını ilgilendiren bir sorundur. Kronik hastalık yönetimi ve entegre bakım açısından ise uzun dönemli izlem, multidisipliner müdahale ve bakım sürekliliği gerektiren bir risk alanıdır (Walt ve Gilson, 1994; Wagner vd., 1996; WHO, 2007). Bu nedenle Türkiye’de obeziteyle mücadelede etkili bir sağlık yönetimi yaklaşımı, bireysel davranış değişikliğini destekleyen hizmetlerle çevresel düzenlemeleri, çok sektörlü politika araçlarıyla veri temelli izleme sistemlerini ve koruyucu sağlık hizmetleriyle kronik bakım süreçlerini aynı stratejik çerçeve içinde birleştirmelidir.

2.2. Sağlık Politikası Döngüsü, Sağlık Sistemleri Yaklaşımı ve Obezite Yönetimi

Obezite yönetimi, çağdaş sağlık sistemlerinde politika geliştirme, hizmet örgütlenmesi, kaynak tahsisi, finansman, sağlık insan gücü, paydaş koordinasyonu, veri altyapısı ve izleme-değerlendirme süreçleriyle birlikte ele alınması gereken çok katmanlı bir yönetim alanıdır. Obezitenin biyolojik, davranışsal, çevresel, sosyoekonomik ve kültürel belirleyicilere sahip olması, bu sorunun tek bir kurumun sorumluluğuna veya yalnızca bireysel davranış değişikliğine dayalı müdahalelere indirgenemeyeceğini

göstermektedir. Çevresel ve yapısal belirleyicilere odaklanan obezite literatürü, bireylerin beslenme ve hareket davranışlarının gıda sistemleri, fiziksel çevre, sosyal normlar, ekonomik koşullar ve düzenleyici politikalarla birlikte biçimlendiğini ortaya koymaktadır (Swinburn vd., 2011; Swinburn vd., 1999). Bu nedenle obeziteyle mücadelede sağlık politikası döngüsü ile sağlık sistemleri yaklaşımının birlikte kullanılması, sorunun yalnızca epidemiyolojik değil, aynı zamanda yönetsel ve kurumsal bir çerçevede kavranmasını sağlamaktadır. Sağlık politikası döngüsü, obezitenin hangi koşullarda politika gündemine taşındığını, hangi araçlarla müdahale konusu hâline geldiğini, uygulama sürecinde hangi aktörlerin rol aldığını ve sonuçların hangi göstergelerle değerlendirildiğini açıklarken; sağlık sistemleri yaklaşımı, bu politikaların hizmet sunumu, finansman, insan gücü, bilgi sistemleri, liderlik ve yönetim bileşenleri üzerinden nasıl kurumsallaştırılabileceğini göstermektedir (Walt ve Gilson, 1994; WHO, 2007).

Sağlık politikası döngüsü yaklaşımı, obezite yönetiminin gündem oluşturma, politika formülasyonu, karar alma, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamaları üzerinden incelenmesine olanak sağlamaktadır. Walt ve Gilson'un sağlık politikası analizi çerçevesi, politikaların yalnızca resmi kararlar veya belge düzeyinde ele alınamayacağını; aktörler, bağlam ve süreçlerin de politika sonuçlarını belirlediğini vurgulamaktadır (Walt ve Gilson, 1994). Bu bakış açısı obeziteye uygulandığında, artan obezite prevalansı, kronik hastalık yükünün büyümesi, sağlık harcamalarının yükselmesi ve iş gücü kayıplarının artması politika gündeminin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Ulusal eylem planları, beslenme rehberleri, fiziksel aktivite stratejileri, okul temelli müdahaleler, gıda etiketleme düzenlemeleri ve toplum farkındalığı kampanyaları ise politika formülasyonu aşamasında geliştirilen araçları temsil etmektedir. Ancak obezite yönetiminde asıl belirleyici aşama, politika belgelerinin hazırlanmasından sonra başlamaktadır. Çünkü politika başarısı, hedeflerin sahada uygulanabilirliğine, kurumlar arası koordinasyonun gücüne, ayrılan kaynakların yeterliliğine, hedef gruplara ulaşma kapasitesine ve sonuçların düzenli biçimde değerlendirilmesine bağlıdır (Walt vd., 2008).

Obezite gibi çok nedenli halk sağlığı sorunlarında gündem oluşturma süreci, epidemiyolojik veriler, ekonomik maliyet hesaplamaları, kronik hastalık yükü, medya görünürlüğü ve uluslararası kuruluşların politika çağrılılarıyla şekillenmektedir. Fazla kilo ve obezitenin sağlık harcamalarını artırması, yaşam beklentisini azaltması, iş gücü verimliliğini düşürmesi ve makroekonomik büyüme üzerinde olumsuz sonuçlar üretmesi, obeziteyi sağlık politikalarının öncelikli alanlarından biri hâline getirmektedir (OECD, 2019). Kingdon'un çoklu akışlar modeli, politika gündeminin sorun, politika ve siyaset

akışlarının kesişmesiyle oluştuğunu ileri sürmektedir (Kingdon, 2014). Bu model obezite bağlamında düşünüldüğünde, obezite prevalansındaki artış ve kronik hastalık yükü “sorun akışı”nı; sağlıklı beslenme programları, fiziksel aktivite kampanyaları, okul kantini düzenlemeleri, şekerli içecek vergileri ve gıda etiketleme politikaları “politika akışı”nı; kamuoyu baskısı, siyasi irade, uluslararası tavsiyeler ve kurumsal öncelikler ise “siyaset akışı”nı oluşturmaktadır. Bu üç akışın kesiştiği dönemlerde obeziteyle mücadele daha güçlü biçimde politika gündemine girmekte, fakat gündeme girişin kalıcı ve etkili sonuçlara dönüşebilmesi uygulama kapasitesinin güçlendirilmesine bağlı kalmaktadır.

Politika formülasyonu aşamasında obeziteye yönelik müdahale araçlarının kapsamı belirlenmektedir. Bu aşamada bireysel sağlık eğitimi, beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite önerileri gibi davranışsal müdahalelerle birlikte gıda ortamlarının düzenlenmesi, okul sağlığı uygulamalarının güçlendirilmesi, çocuklara yönelik sağlıksız gıda reklamlarının sınırlandırılması, ön yüz gıda etiketleme sistemlerinin geliştirilmesi, sağlıklı gıdaya erişimi artıran sosyal politikaların uygulanması, aktif ulaşımı destekleyen kentsel düzenlemelerin yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin obezite taramasında daha etkin kullanılması gerekmektedir. Obezitenin yalnızca bireysel yaşam tarzı tercihlerinin sonucu olarak görülmesi, politika formülasyonunu daraltmakta ve müdahalelerin farkındalık kampanyalarıyla sınırlı kalmasına yol açmaktadır. Küresel obezite literatürü, obezitenin yerel çevresel koşullar ile küresel gıda sistemleri tarafından şekillendiğini ve bu nedenle yapısal politika müdahalelerine ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Swinburn vd., 2011). WHO’nun obeziteyi durdurmaya yönelik hızlandırma planı da ülke düzeyinde çok sektörlü, ölçülebilir ve uygulanabilir politika paketlerinin önemini vurgulamaktadır (WHO, 2023). Bu nedenle obezite politikalarının formülasyonu, yalnızca bireyin davranışını değiştirmeyi değil, sağlıklı davranışı mümkün kılan çevresel ve kurumsal koşulları oluşturmayı hedeflemelidir.

Politika uygulama aşaması, obeziteyle mücadelede en fazla kırılganlık görülen alanlardan biridir. Ulusal düzeyde hazırlanan eylem planları ve strateji belgeleri kapsamlı hedefler içerse de bu hedeflerin yerel düzeyde aynı güçle uygulanması her zaman mümkün olmamaktadır. Uygulama kapasitesi; sağlık kurumlarının örgütsel yapısına, insan gücü yeterliliğine, bütçe olanaklarına, yerel yönetimlerin katkısına, okul ve işyeri ortamlarının koşullarına, denetim mekanizmalarına ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyine göre değişmektedir. Lipsky’nin (2010) “sokak düzeyi bürokrasi” yaklaşımı, politikaların sahadaki uygulayıcılar tarafından yorumlandığını ve uygulama sonuçlarının yalnızca merkezi kararlarla belirlenmediğini göstermektedir. Bu yaklaşım obezite politikaları açısından önemlidir; çünkü aile hekimleri, hemşireler, diyetisyenler, okul

yöneticileri, öğretmenler, yerel yönetim çalışanları ve denetim birimleri, obeziteyle mücadele politikalarının sahadaki gerçek uygulayıcılarıdır. Bu nedenle politika başarısı, uygulayıcı aktörlerin kapasitesi, motivasyonu, yetki netliği, kurumsal destek düzeyi ve denetim mekanizmalarının sürekliliğiyle doğrudan ilişkilidir.

İzleme ve değerlendirme aşaması, obezite yönetiminde politika döngüsünün en belirleyici bileşenlerinden biridir. Obeziteyle mücadele politikalarının etkili olup olmadığını değerlendirebilmek için program sonuçlarının düzenli, karşılaştırılabilir ve güvenilir göstergelerle izlenmesi gerekmektedir. Obezite prevalansı, fazla kiloluluk oranı, beden kitle indeksi dağılımı, bel çevresi ölçümleri, fiziksel aktivite düzeyi, sağlıklı beslenme davranışı, çocukluk çağı obezitesi, okul kantini denetimleri, birinci basamakta tarama yapılan birey oranı, danışmanlık hizmeti alan kişi sayısı, diyabet, hipertansiyon ve dislipidemi göstergeleri bu süreçte kullanılabilecek temel izleme alanlarıdır. Habicht vd. halk sağlığı programlarının değerlendirilmesinde yeterlilik, olasılık ve nedensellik düzeylerinin ayırt edilmesi gerektiğini belirtmektedir (Habicht vd., 1999). Bu ayrım, obezite politikalarının yalnızca kaç faaliyet yürütüldüğü üzerinden değil, bu faaliyetlerin hedef gruplara ulaşp ulaşmadığı, davranışsal ve biyomedikal göstergelerde anlamlı değişim yaratıp yaratmadığı ve gözlenen değişimin programa atfedilip atfedilemeyeceği üzerinden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle obeziteyle mücadelede izleme-değerlendirme sistemleri, davranışsal değişimi, sağlık göstergelerindeki dönüşümü, eşitsizliklerin azalmasını ve sağlık sistemi üzerindeki yükün seyrini birlikte ölçmelidir.

Sağlık sistemleri yaklaşımı, obezite yönetiminin kurumsal ve yapısal boyutlarını açıklamada politika döngüsünü tamamlayan bir çerçeve sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemini hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, temel tıbbi ürünler ve teknolojiler, finansman, liderlik ve yönetim bileşenlerinden oluşan bütüncül bir yapı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2007). Bu bileşenlerin her biri obezite yönetimiyle doğrudan ilişkilidir. Hizmet sunumu açısından obezite, birinci basamakta düzenli tarama, risk değerlendirmesi, yaşam tarzı danışmanlığı, izlem ve yönlendirme gerektirirken; ikinci ve üçüncü basamakta obeziteye bağlı komplikasyonların yönetimini gündeme getirmektedir. Sağlık insan gücü açısından obezite yönetimi hekim, hemşire, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, halk sağlığı uzmanı ve sağlık yöneticilerinin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Sağlık bilgi sistemleri açısından obezite prevalansının, risk faktörlerinin ve müdahale sonuçlarının düzenli izlenmesi zorunludur. Finansman açısından obezite, önleyici hizmetlere yapılacak yatırım ile tedavi edici hizmetlerin artan maliyetleri arasında stratejik bir kaynak yönetimi sorunu yaratmaktadır. Yönetişim

açısından ise obezite; eğitim, gıda, tarım, ulaşım, medya, yerel yönetimler ve sosyal politika alanlarının eşgüdümünü gerekli kılmaktadır (Kickbusch ve Gleicher, 2012; WHO, 2007).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri yaklaşımı içinde obezite yönetiminin merkezinde yer almaktadır. Toplumla düzenli temas kurabilen bu basamak, riskin erken dönemde belirlenmesi, bireylerin yaşam tarzı değişikliği konusunda desteklenmesi, metabolik risklerin izlenmesi ve gerekli durumlarda uzmanlık hizmetlerine yönlendirme yapılması bakımından kritik işleve sahiptir. Birinci basamakta obezite yönetiminin etkili olabilmesi için beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümlerinin düzenli yapılması, risk sınıflamasının oluşturulması, bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının izlenmesi, metabolik göstergelerin değerlendirilmesi ve tüm sürecin sağlık bilgi sistemleri aracılığıyla kayıt altına alınması gerekmektedir. Starfield'in birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin yaklaşımı, birinci basamağın erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon işlevleriyle sağlık sistemlerinin performansında belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (Starfield, 1998). Bu nedenle obezite yönetimi, birinci basamağın reaktif değil, proaktif ve nüfus temelli bir anlayışla örgütlenmesini gerektirmektedir.

Finansman ve kaynak yönetimi, obeziteyle mücadelede sağlık sistemleri yaklaşımının en kritik bileşenlerinden biridir. Obeziteye bağlı kronik hastalıkların tedavisi, uzun süreli izlem, ilaç kullanımı, hastane başvuruları ve komplikasyon yönetimi sağlık sistemleri üzerinde önemli maliyetler oluşturmaktadır. OECD, obezitenin sağlık harcamalarını artırdığını, iş gücü verimliliğini azalttığını ve ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (OECD, 2019). Bu nedenle obezite yönetiminde kaynak tahsisi, obeziteyi önleyen veya geciktiren koruyucu hizmetlere stratejik yatırım yapılmasını gerektirmektedir. Erken tarama, okul temelli sağlıklı beslenme programları, fiziksel aktiviteyi destekleyen çevresel düzenlemeler, gıda politikaları ve birinci basamak danışmanlık hizmetleri, uzun vadede komplikasyonların ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilecek müdahalelerdir. Bu yönüyle obezite yönetimi, sağlık ekonomisi açısından maliyet-etkililik, kaynak önceliklendirmesi ve sürdürülebilir finansman tartışmalarının merkezinde yer almaktadır.

Sağlık insan gücü ve multidisipliner hizmet organizasyonu, obezite yönetiminin uygulama kapasitesini belirleyen temel unsurlardandır. Klinik değerlendirme, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite planlaması, davranış değişikliği desteği, psikososyal değerlendirme, metabolik risk izlemi ve komplikasyon yönetimi farklı uzmanlıkların birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Wagner'in (1998) kronik bakım modeli, kronik

hastalıkların etkin yönetimi için sağlık sistemi tasarımı, karar desteği, bilgi sistemleri, öz-yönetim desteği ve toplum kaynaklarının birlikte ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Obezite de kronik hastalıklarla yakın ilişkisi ve uzun dönemli yönetim gereksinimi nedeniyle bu modellerle uyumlu biçimde değerlendirilebilir. Bu bağlamda obezite yönetimi, yalnızca sağlık profesyonellerinin bireysel çabalarına değil, ekip temelli hizmet organizasyonuna, karar destek sistemlerine ve hasta öz-yönetimini güçlendiren izlem süreçlerine dayanmalıdır.

Yönetişim ve paydaş yönetimi, obezite politikalarının başarısını belirleyen bir başka temel alandır. Obeziteyi oluşturan koşullar; gıda endüstrisinin ürün içeriği ve pazarlama stratejileriyle, eğitim sisteminin okul yemekleri ve kantin düzenlemeleriyle, yerel yönetimlerin yürünebilir çevreler, parklar, spor alanları ve aktif ulaşım altyapısıyla, medyanın sağlık iletişimi ve beden algısıyla, sosyal politikanın ise gelir eşitsizliği ve gıda güvencesiyle ilişkilidir. Bu nedenle obezite yönetimi, “tüm politikalarda sağlık” yaklaşımıyla doğrudan bağlantılıdır. Kickbusch ve Gleicher (2012), sağlığın farklı politika alanlarının kararlarından etkilendiğini ve sağlık yönetişiminin yalnızca sağlık sektörünün sınırları içinde düşünülemeyeceğini vurgulamaktadır. Obezite bu yaklaşımın en belirgin örneklerinden biridir; çünkü etkili müdahale, sağlık sektörü dışında kalan aktörlerin de sorumluluk üstlendiği koordineli bir yönetişim yapısını gerektirmektedir.

Obezite yönetiminde sağlık bilgi sistemleri, veri temelli karar alma ve performans değerlendirme açısından özel bir yere sahiptir. Sağlık yöneticilerinin etkili politika geliştirebilmesi için obezite prevalansını, risk gruplarını, bölgesel farklılıkları, cinsiyete ve yaşa göre dağılımı, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarını, metabolik göstergeleri ve uygulanan programların sonuçlarını düzenli biçimde izleyebilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık sistemleri çerçevesinde sağlık bilgi sistemleri, karar alma süreçlerine güvenilir ve zamanında veri sağlayan temel bileşenlerden biri olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2007). Veri altyapısının zayıf olduğu durumlarda politika kararları genel varsayımlar üzerinden alınmakta, hangi bölgelerde veya hangi gruplarda müdahaleye daha fazla ihtiyaç duyulduğu yeterince belirlenmemektedir. Bu nedenle sağlık bilgi sistemleri, obeziteyle mücadelede kaynak tahsisi, hizmet planlaması, performans izleme ve politika öğrenmesi için stratejik bir yönetim aracıdır.

Sağlık politikası döngüsü ve sağlık sistemleri yaklaşımı birlikte değerlendirildiğinde obezite yönetimi, bireysel risklerin erken belirlenmesi, kurumlar arası hizmet koordinasyonunun güçlendirilmesi ve çevresel-politik düzenlemelerin hayata geçirilmesi gereken bütünsel bir alan olarak görünmektedir. Bireysel düzeyde birinci basamak sağlık hizmetleri, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı, metabolik

risk izlemi ve hasta öz-yönetim desteği öne çıkarken; kurumsal düzeyde aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, hastaneler, okul sağlığı hizmetleri ve yerel yönetim programları arasında süreklilik kurulmalıdır. Politika düzeyinde ise gıda etiketleme, reklam düzenlemeleri, okul kantini politikaları, fiziksel aktivite altyapısı, sağlıklı gıdaya erişim ve sektörler arası yönetim mekanizmaları önem kazanmaktadır. Bu düzeyler birbirinden kopuk biçimde ele alındığında obeziteyle mücadele parçalı ve sınırlı etki üreten bir yapıya dönüşmektedir. Etkili obezite yönetimi ise bu düzeyleri birbirine bağlayan bütüncül, veri temelli, izlenebilir ve sürdürülebilir bir sağlık yönetimi yaklaşımı gerektirmektedir (Swinburn vd., 2011; Wagner, 1998; Walt ve Gilson, 1994; WHO, 2007; 2023).

2.3. Obezitenin Tanımı ve Evrimi

Obezite, çağdaş sağlık literatüründe bireyin metabolik işleyişini, yaşam kalitesini, kronik hastalık riskini ve sağlık hizmetlerine duyduğu gereksinimi doğrudan etkileyen çok boyutlu bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, sağlığı olumsuz etkileyebilecek düzeyde anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlamakta; yetişkinlerde beden kitle indeksinin 25 kg/m^2 ve üzerinde olmasını fazla kiloluluk, 30 kg/m^2 ve üzerinde olmasını ise obezite olarak sınıflandırmaktadır (WHO, 2000; 2025). Fazla kiloluluk ve obezite; tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklarla güçlü biçimde ilişkili olup küresel hastalık yükü içinde giderek daha belirgin bir yer tutmaktadır (Afshin vd., 2017; WHO, 2025). Bu tanım, obezitenin bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşamını etkileyen, toplum düzeyinde ise sağlık sistemlerinin hizmet yükünü, finansman dengesini ve koruyucu sağlık politikalarını doğrudan ilgilendiren yapısal bir sorun olduğunu göstermektedir. Türkiye’de de obezite, ulusal sağlık politikalarında öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olarak ele alınmakta; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, okul temelli uygulamalar ve toplum düzeyinde farkındalık çalışmalarıyla birlikte değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu nedenle obezite, tıbbi bir tanı kategorisi olmasının yanında sağlık yönetimi disiplini açısından planlama, hizmet sunumu, kaynak tahsisi, izleme-değerlendirme ve politika geliştirme süreçleriyle birlikte ele alınması gereken öncelikli bir halk sağlığı alanıdır (Jafar, vd., 2018). WHO’nun güncel tanım ve BKİ sınıflandırması ile Türkiye’nin ulusal eylem planı bu çerçeveyi desteklemektedir.

Obezitenin kavramsal içeriği tarihsel süreç içinde önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Geçmiş dönemlerde fazla kiloluluk kimi toplumlarda refah, güç, doğurganlık ya da sosyal

statü göstergesi olarak değerlendirilebilmiş; beden ağırlığına ilişkin algılar kültürel ve ekonomik koşullara bağlı olarak değişkenlik göstermiştir (Lovejoy, vd., 2008). Ancak sanayileşme, kentleşme ve modern tüketim ilişkilerinin gelişmesiyle birlikte obezite, bireysel beden algısının ötesine geçen, toplum sağlığını tehdit eden ve sağlık sistemleri üzerinde giderek artan yük oluşturan bir sorun hâline gelmiştir. Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren besin üretimindeki endüstriyel dönüşüm, işlenmiş ve enerji yoğun gıdaların yaygınlaşması, porsiyon miktarlarının büyümesi, fiziksel aktivite düzeylerinin azalması, otomobil kullanımının artması ve dijital yaşam biçimlerinin gündelik hayatı dönüştürmesi obezite prevalansını hızlandıran temel etkenler arasında yer almıştır (Popkin, 2001; Swinburn vd., 2011). James (2008), obezite epidemisinin özellikle 1980'lerden itibaren belirginleştiğini ve birçok ülkede hızlı bir yükseliş eğilimi gösterdiğini belirtmektedir. Türkiye özelinde de bu tarihsel eğilim, erişkin nüfusta obezite sıklığının yıllar içinde artış göstermesiyle görünür hâle gelmiştir. Türkiye'de yapılan TURDEP çalışması, obezite ve diyabet gibi metabolik risklerin toplum düzeyinde önemli bir yük oluşturduğunu göstermiş; daha sonraki TURDEP-II bulguları ise obezite ve santral obezite gibi risk göstergelerinde belirgin artış eğilimine işaret etmiştir (Satman vd., 2002; 2013). Bu tarihsel kırılma, obezitenin ekonomik sistemler, gıda arzı, şehirleşme, gelir dağılımı, eğitim, çalışma biçimleri ve kamu politikalarıyla ilişkili çok katmanlı bir olgu olarak değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. TURDEP-II'nin Türkiye'de diyabet, obezite ve santral obezite artışına ilişkin bulguları, Türkiye bağlamında bu dönüşümün epidemiyolojik dayanaklarından biridir.

Obeziteye ilişkin erken dönem yaklaşımlar büyük ölçüde enerji dengesi modeline dayanmıştır. Bu modele göre obezite, alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması sonucunda vücutta yağ dokusunun artmasıyla ortaya çıkmaktadır. Enerji dengesi yaklaşımı obezitenin biyolojik mekanizmasını açıklamada temel bir işleve sahip olmakla birlikte, güncel bilimsel literatür bu açıklamanın tek başına yetersiz kaldığını göstermektedir (Patsch, vd., 1992). Çünkü bireylerin ne yediği, ne kadar hareket ettiği ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandığı içinde yaşadıkları sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarla belirlenmektedir. Swinburn vd. (2011), küresel obezite pandemisinin yerel çevresel koşullar ile küresel gıda sistemi arasındaki etkileşim sonucunda şekillendiğini belirtmekte; obeziteyi yalnızca bireysel davranışlarla açıklayan yaklaşımların, sorunun yapısal boyutunu görünmez kıldığını vurgulamaktadır. Benzer biçimde Story vd. (2008), sağlıklı beslenme davranışlarının bireysel bilgi düzeyinden çok daha geniş bir çevresel ve politik bağlam içinde oluştuğunu; gıda çevresi, okul ve işyeri düzenlemeleri, fiyatlandırma, erişilebilirlik ve yerel çevre koşullarının obezite riskini etkilediğini

belirtmektedir. Türkiye’de de obeziteyle mücadeleye yönelik ulusal programların yalnızca bireysel farkındalıkla sınırlı kalmayıp okul sağlığı, fiziksel aktivite, gıda politikaları ve toplum temelli uygulamaları birlikte ele alması, bu çok boyutlu yaklaşımın politika düzeyindeki karşılığıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu yaklaşım, obeziteyi yönetsel açıdan da önemli hâle getirmektedir; çünkü bireysel davranışı değiştirmeye yönelik eğitim ve farkındalık kampanyaları, sağlıklı gıdaya erişim, aktif yaşam alanları, okul beslenme politikaları, gıda etiketleme düzenlemeleri ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle desteklenmediğinde kalıcı sonuç üretmekte sınırlı kalmaktadır.

Obezitenin tanımlanması ve sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan ölçüt beden kitle indeksidir. Beden kitle indeksi, bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmakta ve yetişkin nüfusta fazla kiloluluk ile obezitenin belirlenmesinde pratik bir epidemiyolojik gösterge olarak kullanılmaktadır (Popkin, vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmasına göre beden kitle indeksinin 25.0–29.9 kg/m² arasında olması fazla kiloluluk, 30 kg/m² ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilmektedir. Beden kitle indeksi 30.0–34.9 kg/m² aralığında olan bireyler birinci derece obez, 35.0–39.9 kg/m² aralığında olan bireyler ikinci derece obez, 40 kg/m² ve üzerinde olan bireyler ise üçüncü derece ya da morbid obez olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 2000). Bu sınıflandırma, ülkeler arası karşılaştırma yapılması, risk gruplarının belirlenmesi, toplum düzeyinde obezite prevalansının izlenmesi ve sağlık politikalarının planlanması açısından önemli bir standart sağlamaktadır. Bununla birlikte, beden kitle indeksi bireysel düzeyde tüm sağlık risklerini tek başına açıklayan kusursuz bir ölçüt değildir; yağın vücuttaki dağılımını, kas kütlesini, yaşa ve cinsiyete bağlı farklılıkları, etnik özellikleri ve metabolik risk düzeylerini her zaman yeterince yansıtmayabilir (Nuttall, 2015). Bu nedenle BKİ, klinik değerlendirmede bel çevresi, bel-kalça oranı, biyokimyasal göstergeler, eşlik eden kronik hastalıklar ve yaşam tarzı özellikleriyle birlikte yorumlanmalı; sağlık yönetimi açısından ise toplum düzeyinde tarama, izleme, hizmet planlama ve risk önceliklendirme aracı olarak kullanılmalıdır. Türkiye’de obezite ve abdominal obezite çalışmalarında da BKİ’nin yanında bel çevresi ve santral obezite ölçütlerinin kullanılması, yağ dağılımının da kardiyometabolik riskler açısından değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Onat vd., 2003; Ural vd., 2018).

Obezitenin evrimi, bulaşıcı olmayan hastalıkların küresel ölçekte artışıyla yakından ilişkilidir. 20. yüzyılın büyük bölümünde sağlık sistemlerinin temel öncelikleri enfeksiyon hastalıkları, anne-çocuk sağlığı ve akut bakım hizmetleri etrafında şekillenirken, 21. yüzyılda kronik hastalıklar sağlık sistemlerinin başlıca yük alanlarından

biri hâline gelmiştir. Obezite bu dönüşümün merkezinde yer almaktadır (Tansel ve Karaoğlu, 2019). Tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, karaciğer yağlanması, uyku apnesi ve kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi çok sayıda kronik durumla doğrudan ilişkilidir (Afshin vd., 2017; WHO, 2025). Türkiye’de TURDEP çalışmaları, diyabet, obezite ve hipertansiyon gibi metabolik risklerin toplum düzeyindeki yaygınlığını ortaya koyması bakımından bu dönüşümün ulusal düzeydeki önemli epidemiyolojik kaynakları arasında yer almaktadır (Satman vd., 2002; 2013). Bu durum, sağlık hizmetlerinin risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, toplum temelli müdahalelerin yaygınlaştırılması ve uzun dönemli kronik hastalık yönetimi modellerinin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Obezite prevalansındaki artış, sağlık sistemlerinde hasta başvuru sayısını, ilaç ve tedavi maliyetlerini, uzmanlık hizmetlerine talebi ve uzun süreli izlem gereksinimini artırmaktadır. Böylece sağlık yönetiminin finansman, insan gücü, hizmet organizasyonu ve performans değerlendirme boyutlarını doğrudan etkilemektedir.

Sağlık yönetimi açısından obezite, sağlık sisteminin farklı basamakları arasında koordinasyon gerektiren karmaşık bir yönetim alanıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri obezite riskinin erken tanınması, BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin izlenmesi, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmesi ve riskli bireylerin uygun hizmetlere yönlendirilmesi bakımından temel bir konuma sahiptir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetler ise obeziteye bağlı komplikasyonların tedavisi, metabolik risklerin yönetimi ve ileri klinik müdahalelerin uygulanması açısından önem taşımaktadır. Ancak obeziteyle etkili mücadele eğitim kurumları, yerel yönetimler, gıda sektörü, medya, ulaşım politikaları, şehir planlama birimleri ve sosyal politika mekanizmaları da obezite yönetiminin parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık sistemleri yaklaşımı, hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, finansman, temel tıbbi ürünlere erişim ve yönetim bileşenlerinin birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2007). Türkiye’de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı da obeziteyle mücadeleyi kurumlar arası iş birliği, okul çağı uygulamaları, fiziksel aktiviteyi artırma ve toplum sağlığını geliştirme hedefleriyle birlikte ele almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu nedenle obezite, sağlık yönetimi disiplininde çok sektörlü yönetim, politika koordinasyonu ve sürdürülebilir müdahale kapasitesi açısından değerlendirilmesi gereken bir sorundur. Yalnızca bireysel davranış değişikliğine odaklanan yaklaşımlar, obeziteyi üreten çevresel ve yapısal koşulları dönüştürmediği sürece sınırlı etki üretmektedir. Türkiye’nin ulusal programı da obeziteyi okul, toplum, fiziksel aktivite ve izleme-değerlendirme başlıklarıyla ele almaktadır.

Obezite kavramının günümüzdeki anlamı, aynı zamanda sağlık politikalarının yönelimindeki değişimi de yansıtmaktadır. Geleneksel sağlık hizmeti yaklaşımı, hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavi hizmeti sunmaya odaklanırken; güncel sağlık politikaları risklerin önceden belirlenmesi, hastalık yükünün azaltılması, toplum düzeyinde koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi ve sağlık harcamalarının sürdürülebilir biçimde yönetilmesi üzerine kuruludur. Obezite bu dönüşümün en belirgin örneklerinden biridir. Çünkü obeziteye bağlı hastalıkların tedavisi yüksek maliyetli, uzun süreli ve çok disiplinli bakım gerektiren bir süreçtir. Buna karşılık obezitenin önlenmesi; okul çağında sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, fiziksel aktiviteyi destekleyen çevresel düzenlemelerin yapılması, sağlıksız gıda tüketimini azaltan düzenleyici politikaların geliştirilmesi, birinci basamakta düzenli tarama ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi gibi daha erken ve daha maliyet-etkin müdahalelerle mümkündür (OECD, 2019). Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmalar da obezitenin özellikle erişkin nüfusta yaygın bir sorun olduğunu ve kadınlarda obezite sıklığının erkeklere göre daha yüksek seyrettiğini göstermektedir (Erem, 2015; Hatemi vd., 2003; Ural vd., 2018). TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı % 20.2 olarak bildirilmiş; kadınlarda obezite oranı % 23.6, erkeklerde ise % 16.8 olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2023). Bu nedenle obezite, sağlık ekonomisi ve kaynak yönetimi açısından da merkezi bir konuma sahiptir. TÜİK’in 2022 Türkiye Sağlık Araştırması cinsiyete göre obezite dağılımını güncel biçimde göstermektedir.

Obezitenin evriminde dikkat çeken bir başka boyut, sorunun giderek daha fazla eşitsizliklerle ilişkili hâle gelmesidir. Gelir düzeyi, eğitim durumu, yaşanılan bölge, sağlıklı gıdaya erişim, güvenli fiziksel aktivite alanlarının varlığı ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal belirleyiciler obezite riskini önemli ölçüde etkilemektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyde yaşayan bireyler çoğu zaman daha ucuz, enerji yoğun ve besin değeri düşük gıdalara yönelmekte; fiziksel aktivite için güvenli ve erişilebilir alanlardan daha sınırlı biçimde yararlanmakta; koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla engelle karşılaşmaktadır (Drewnowski ve Specter, 2004; Marmot, 2005). Türkiye açısından da obezite, eğitim düzeyi, gelir yapısı, kentleşme, çalışma yaşamı, kadınların toplumsal rolleri ve sağlık hizmetlerine erişim gibi sosyal belirleyicilerle birlikte ele alınması gereken bir sorundur (Satman vd., 2002; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu durum obezitenin, sağlıkta eşitsizliklerin yönetimiyle doğrudan bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Obezitenin tanımı ve tarihsel gelişimi birlikte değerlendirildiğinde, kavramın biyomedikal bir sınıflandırmadan çok daha geniş bir içeriğe sahip olduğu görülmektedir.

Obezite, bireysel metabolik risklerin yanı sıra gıda sistemleri, yaşam çevresi, kültürel alışkanlıklar, sosyoekonomik koşullar, sağlık hizmetleri kapasitesi ve kamu politikalarıyla birlikte şekillenen çok düzeyli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle obezitenin yönetimi, toplumun tamamını etkileyen koruyucu, düzenleyici ve yönetsel stratejilerle mümkündür. Sağlık sistemleri açısından temel mesele, obeziteyi doğuran risk ortamlarını azaltmak, erken tarama ve danışmanlık mekanizmalarını güçlendirmek, sektörler arası iş birliğini kurumsallaştırmak ve izleme-değerlendirme sistemleri aracılığıyla politika etkisini sürekli olarak ölçmektir. Türkiye’de obezite eğilimini değerlendiren ulusal ve akademik çalışmalar, sorunun hem epidemiyolojik hem de yönetsel düzeyde önem taşıdığını ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; TÜİK, 2023; Ural vd., 2018). Bu yönüyle obezite, çağdaş sağlık yönetiminin en önemli sınama alanlarından biri olarak değerlendirilmektedir.

2.4. Obezite Nedenleri ve Risk Faktörleri

Obezite, tek bir nedene indirgenemeyen, biyolojik yatkınlıklar ile çevresel, davranışsal, sosyoekonomik, psikolojik ve kültürel koşulların karşılıklı etkileşimi içinde ortaya çıkan karmaşık bir sağlık sorunudur. Klasik biyomedikal yaklaşım obeziteyi çoğunlukla enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengesizlik üzerinden açıklarken, güncel literatür bu dengenin bireyin yaşadığı çevre, gelir düzeyi, eğitim olanakları, gıda sistemleri, ulaşım biçimleri, çalışma koşulları, sağlık hizmetlerine erişimi ve kamu politikaları tarafından şekillendiğini göstermektedir (Swinburn vd., 2011; WHO, 2023). Türkiye’de de obeziteyle mücadeleyle yönelik ulusal programlar, obeziteyi sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, okul temelli uygulamalar, toplum düzeyinde farkındalık ve sektörler arası iş birliğiyle birlikte ele almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu nedenle obezitenin nedenlerini tartışmak, sağlık sisteminin riskleri nasıl tanıladığı, önleyici hizmetleri nasıl örgütlediği, kırılgan gruplara nasıl ulaştığı ve obeziteyi doğuran çevresel koşulları hangi politika araçlarıyla yönettiği sorularını da içermektedir. Sağlık yönetimi perspektifinden obezite, bireysel düzeyde kilo artışıyla sonuçlanan bir durum olmanın ötesinde, nüfus düzeyinde risklerin birikmesiyle oluşan ve etkin biçimde yönetilmediğinde kronik hastalık yükünü, sağlık harcamalarını ve hizmet talebini artıran yapısal bir sorun alanıdır. Dünya Sağlık Örgütü obezite yönetiminde çok sektörlü ve uygulanabilir politika paketlerinin önemini vurgularken, Türkiye’nin Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı da yetişkin ve çocukluk çağı obezitesini önleme hedefiyle sektörler arası bir eylem çerçevesi sunmaktadır.

Genetik yatkınlık, obezitenin oluşumunda önemli bir biyolojik zemin oluşturmakla birlikte, tek başına belirleyici ya da kaçınılmaz bir neden olarak değerlendirilmemelidir. Enerji metabolizması, iştah kontrolü, yağ depolanması ve tokluk hissinin düzenlenmesiyle ilişkili bazı genetik varyasyonlar, bireylerin kilo almaya daha eğilimli olmasına yol açabilmektedir. Özellikle FTO ve MC4R genleriyle ilişkili bulgular, obezitenin genetik arka planının bulunduğunu ve merkezi sinir sistemi ile enerji dengesinin düzenlenmesi arasındaki ilişkinin bu süreçte önemli rol oynadığını göstermektedir (Loos ve Yeo, 2022). Ancak genetik yatkınlığın obeziteye dönüşmesi çoğu zaman çevresel koşullara bağlıdır. Enerji yoğun gıdaların ucuz ve kolay erişilebilir olduğu, fiziksel aktivite imkânlarının sınırlı kaldığı, hareketsiz yaşam biçimlerinin yaygınlaştığı ve sağlıklı davranışları destekleyen hizmetlerin yeterince örgütlenmediği ortamlarda genetik yatkınlık daha görünür hâle gelmektedir. Bu nedenle genetik faktörler, sağlık yönetimi açısından risk gruplarının erken dönemde belirlenmesi, aile öyküsü bulunan bireylerin birinci basamakta izlenmesi ve koruyucu danışmanlık hizmetlerinin hedeflenmesi bakımından da önem taşımaktadır.

Obezitenin en belirgin nedenlerinden biri, beslenme alışkanlıklarında meydana gelen yapısal değişimdir. Sanayileşmiş gıda üretimi, yüksek şeker, doymuş yağ ve tuz içeren işlenmiş ürünlerin yaygınlaşması, porsiyon miktarlarının büyümesi ve hızlı tüketim kültürünün güçlenmesi, enerji alımını artıran temel faktörler arasında yer almaktadır. Swinburn vd. (2011), küresel obezite pandemisinin arkasında küresel gıda sisteminin üretim, pazarlama ve tüketim dinamiklerinin bulunduğunu vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, obezitenin beslenme davranışı üzerinden açıklanmasında önemli bir yön değişikliğine işaret etmektedir. Çünkü bireyin sağlıksız gıdaya yönelimi gıdanın fiyatı, erişilebilirliği, reklam yoğunluğu, sosyal çevre normları, okul ve işyeri ortamları, tüketim alışkanlıkları ve gıda endüstrisinin pazarlama stratejileriyle de ilişkilidir (Story vd., 2008). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Türkiye’de beslenme alışkanlıkları, fazla kiloluluk, obezite, fiziksel aktivite düzeyi ve beslenmeyle ilişkili sağlık sorunlarının izlenmesi açısından temel ulusal veri kaynaklarından biri olarak değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık yönetimi açısından bu durum, obeziteyle mücadelede gıda etiketleme, okul kantini düzenlemeleri, sağlıksız ürün reklamlarının sınırlandırılması, şekerli içecek vergileri, sağlıklı gıdaya erişimi artıran sosyal politikalar ve beslenme danışmanlığının sağlık hizmetleri içine entegre edilmesi gibi çok düzeyli müdahalelerin gerekli olduğunu göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’nın fazla kiloluluk, obezite, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteyi birlikte ele alan kapsamı, bu çok boyutlu değerlendirmeyi desteklemektedir.

Fiziksel aktivite düzeyindeki azalma, obezite riskinin artmasında beslenme kadar önemli bir diğer belirleyicidir. Modern kent yaşamı, bireylerin gündelik hareketliliğini azaltan ve enerji harcamasını düşüren bir yaşam biçimi üretmektedir. Motorlu ulaşımın yaygınlaşması, yürünebilir çevrelerin azalması, güvenli bisiklet ve yürüyüş alanlarının sınırlılığı, masa başı çalışma biçimlerinin artması ve ekran karşısında geçirilen sürenin uzaması, fiziksel aktiviteyi bireysel tercihten çok çevresel olanaklarla ilişkili bir davranış hâline getirmektedir (Bauman vd., 2012). Bu nedenle fiziksel inaktivite, sağlıklı yaşamı desteklemeyen kentleşme, ulaşım ve çalışma düzeninin sonucu olarak değerlendirilmelidir. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi de fiziksel aktivitenin obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesindeki rolünü vurgulayarak yaş gruplarına ve özel gruplara yönelik öneriler sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik sağlık politikaları, sağlık sisteminin tek başına yürütebileceği müdahalelerle sınırlı kalmamalı; yerel yönetimler, eğitim kurumları, ulaşım planlamacıları, işverenler ve toplum temelli kuruluşlarla birlikte yürütülmelidir. Sağlık yönetimi bakımından fiziksel aktivite, koruyucu sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olmakla birlikte, bu alanın etkin yönetimi sektörler arası koordinasyon, yerel düzeyde altyapı geliştirme, toplum temelli programların sürekliliği ve davranış değişikliği sonuçlarının izlenmesiyle mümkündür. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için ülke düzeyinde fiziksel aktivite önerileri geliştirilmesini amaçlayan temel resmî kaynaklardan biridir.

Uyku süresi ve uyku kalitesi de obezite riskini etkileyen önemli biyolojik ve davranışsal faktörler arasında yer almaktadır. Yetersiz uyku, iştahı düzenleyen leptin ve ghrelin hormonları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Kısa uyku süresi daha düşük leptin ve daha yüksek ghrelin düzeyleriyle ilişkili bulunmakta, bu durum iştah artışı ve enerji alımında yükselme eğilimini güçlendirmektedir (Taheri vd., 2004). Uyku düzensizliği aynı zamanda biyolojik ritmin bozulmasına, stres düzeyinin artmasına, fiziksel aktivite isteğinin azalmasına ve sağlıksız besin tercihlerinin çoğalmasına neden olabilmektedir (Chaput ve Dutil, 2016). Bu yönüyle uyku, obezite yönetiminde çoğu zaman ihmal edilen ancak giderek daha fazla önem kazanan bir risk alanıdır. Sağlık hizmetleri açısından uyku düzeninin değerlendirilmesi, özellikle çocuklar, ergenler, vardiyalı çalışanlar, kronik stres altında yaşayan bireyler ve metabolik risk taşıyan gruplar için koruyucu danışmanlık süreçlerine dâhil edilmelidir. Böyle bir yaklaşım, obeziteyi bütüncül yaşam tarzı yönetimi içinde ele almayı gerektirmektedir.

Psikolojik ve nörobiyolojik faktörler, obezitenin gelişiminde hem neden hem de sonuç olarak işlev görebilen karmaşık bir ilişki alanı oluşturmaktadır. Stres, kaygı,

depresyon, düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve duygusal yeme davranışları, bireyin enerji yoğun gıdalara yönelmesini kolaylaştırabilmektedir. Özellikle şekerli ve yağlı besinler kısa süreli rahatlama sağlayan ödül mekanizmalarını harekete geçirdiği için tekrarlayıcı tüketim davranışını güçlendirebilmektedir. Avena vd. (2008), aşırı şeker tüketiminin bazı koşullarda davranışsal ve nörokimyasal bağımlılık benzeri süreçlerle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur. Duygusal yeme ve stresle ilişkili beslenme davranışları, obezitenin yalnızca metabolik değil psikososyal yönleri olan bir risk alanı olduğunu göstermektedir (Macht, 2008). Sağlık yönetimi açısından bu durum, obezite hizmetlerinin psikolojik danışmanlık, davranış değişikliği desteği, sosyal destek mekanizmaları ve gerektiğinde ruh sağlığı hizmetleriyle entegre edilmiş bir bakım modelinin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Özellikle birinci basamakta obezite riski taşıyan bireylerin psikososyal riskleriyle birlikte değerlendirilmesi, daha etkili ve sürdürülebilir müdahale sonuçları sağlayabilir.

Sosyoekonomik koşullar, obezitenin toplumsal dağılımını belirleyen en güçlü faktörlerden biridir. Gelir düzeyi, eğitim durumu, meslek, yaşanılan bölge ve sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite olanaklarına erişimini doğrudan etkilemektedir. Düşük gelir gruplarında enerji yoğun, besin değeri düşük ve ucuz gıdaların daha fazla tercih edilmesi; sağlıklı gıdaların görece pahalı olması; güvenli fiziksel aktivite alanlarının sınırlı kalması ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler obezite riskini artırmaktadır. Drewnowski ve Specter (2004), yoksulluk ile obezite arasındaki ilişkinin büyük ölçüde enerji yoğun gıdaların düşük maliyeti ve yüksek doyuruculuk algısı üzerinden şekillendiğini belirtmektedir. Türkiye’de çocukluk çağı obezitesi ve sosyoekonomik durum arasındaki bağlantıyı inceleyen çalışmalar da obezite riskinin ailenin sosyoekonomik konumu ve yaşam çevresiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Yardım, 2023). Bu çerçevede obezite, sağlıkta eşitsizliklerin görünür hâle geldiği önemli bir gösterge olarak değerlendirilmelidir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, kaynak tahsisinde risk temelli planlama yapılmasını, düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplara yönelik hedeflenmiş müdahaleler geliştirilmesini, hizmete erişim engellerinin azaltılmasını ve obezite politikalarının sosyal politika araçlarıyla birlikte yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Türkiye’de COSI-TUR 2016 verilerine dayanan sosyoekonomik durum çalışmaları, çocukluk çağı obezitesinin aile ve çevre koşullarıyla ilişkisini inceleyen yerli literatüre katkı sunmaktadır.

Çocukluk dönemi, obezite riskinin oluşumunda kritik bir yaşam evresidir. Çocuklukta kazanılan beslenme, hareket, uyku ve ekran kullanımı alışkanlıkları yaşam

boyu devam edebilmektedir. Erken yaşta başlayan fazla kiloluluk ilerleyen dönemlerde erişkin obezitesi, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler riskler açısından güçlü bir zemin oluşturabilmektedir. Lobstein vd. (2015), çocukluk ve ergenlik dönemi obezitesinin okul ortamları, gıda pazarlaması, fiziksel aktivite imkânları ve çocukların yaşadığı sosyal çevreyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Türkiye’de COSI-TUR 2016 araştırması, ilkokul ikinci sınıf öğrencilerinde çocukluk çağı şişmanlığını izlemeye yönelik ulusal düzeyde önemli bir çalışma olup okul çağı çocuklarında obezite riskinin değerlendirilmesi bakımından temel bir veri kaynağıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu nedenle çocukluk çağı obezitesi, sağlık yönetimi açısından erken müdahale ve uzun vadeli risk azaltımı bakımından stratejik bir öncelik taşımaktadır. Okul sağlığı hizmetleri, sağlıklı okul yemeği programları, kantin düzenlemeleri, beden eğitimi ve fiziksel aktivite olanakları, aile eğitimi, büyüme-gelişme izlemleri ve çocuklara yönelik gıda reklamlarının düzenlenmesi, bu yaş grubunda obezite riskini azaltabilecek temel müdahale alanlarıdır. Çocukluk çağı obeziteyle mücadele edilmemesi, ilerleyen yıllarda sağlık sistemine daha yüksek kronik hastalık yükü, daha fazla sağlık harcaması ve daha karmaşık tedavi gereksinimi olarak geri dönmektedir. COSI-TUR 2016, Türkiye’de çocukluk çağı obezitesinin izlenmesi ve okul temelli müdahale alanlarının belirlenmesi açısından önemli bir resmî kaynaktır.

Çevresel kimyasallar ve endokrin bozucular, obezitenin daha yeni tartışılan risk alanları arasında yer almaktadır. Plastik ürünler, gıda ambalajları, kozmetik ürünler ve çeşitli endüstriyel maddelerde bulunabilen bazı kimyasalların hormonal sistem üzerinde etkili olarak yağ dokusu gelişimini, metabolik programlanmayı ve enerji dengesini etkileyebileceği ileri sürülmektedir. Heindel vd (2017), gelişim döneminde çevresel endokrin bozuculara maruz kalmanın ilerleyen yaşam dönemlerinde obezite ve metabolik bozukluk riskini artırabilecek biyolojik mekanizmalarla ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Daha sonraki obezogen literatürü de bazı kimyasal maruziyetlerin adipogenez, metabolik programlanma ve endokrin sistem üzerinden obezite riskine katkıda bulunabileceğini tartışmaktadır. Bu alan, obezite yönetiminin çevre sağlığı, gıda güvenliği, tüketici güvenliği, endüstriyel düzenleme ve halk sağlığı denetimleriyle de bağlantılı olduğunu göstermektedir. Sağlık yönetimi bakımından çevresel risklerin izlenmesi, risk iletişiminin güçlendirilmesi, kırılgan grupların korunması ve düzenleyici kurumlar arasında iş birliği sağlanması obeziteyle mücadelede giderek daha önemli hâle gelmektedir.

Kültürel normlar ve toplumsal algılar da obezitenin gelişiminde ve yönetiminde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bazı toplumlarda kilolu beden yapısı sağlık, güç, refah

ya da toplumsal kabul göstergesi olarak algılanabilmektedir. Bazı bağlamlarda ise obez bireyler damgalanma, dışlanma ve ayrımcılıkla karşılaşabilmektedir. Bu iki yönlü kültürel etki, hem obezitenin fark edilmesini hem de bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma davranışını etkilemektedir. Musaiger (2011), Doğu Akdeniz bölgesinde obezite prevalansının artışında beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yetersizliği, kentleşme ve kültürel faktörlerin birlikte rol oynadığını belirtmektedir. Türkiye’de obeziteyle mücadele politikalarının aile, okul, toplum, medya ve yerel yönetim bileşenleriyle birlikte düşünülmesi, kültürel normların ve gündelik yaşam pratiklerinin sağlık programlarının başarısında belirleyici olduğunu göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Kültürel normların dikkate alınmadığı sağlık programları, toplumun farklı kesimlerine ulaşmada sınırlı kalabilmektedir. Bu nedenle obeziteye yönelik sağlık iletişimi ve davranış değişikliği programları, hedef grubun kültürel değerleri, aile yapısı, toplumsal cinsiyet rolleri, beslenme pratikleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyi dikkate alınarak tasarlanmalıdır.

Obezite risk faktörlerinin çok düzeyli yapısı, sağlık sistemleri için önemli bir yönetim sorunu ortaya çıkarmaktadır. Genetik yatkınlık, sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, uyku bozuklukları, psikolojik etmenler, sosyoekonomik eşitsizlikler, çocukluk çağı alışkanlıkları, çevresel maruziyetler ve kültürel normlar birbirinden bağımsız değildir; aksine bireyin yaşam döngüsü boyunca birbirini etkileyen ve çoğu zaman biriken risk alanlarıdır. Türkiye’de TURDEP-II çalışması da obezite, diyabet, hipertansiyon ve metabolik risklerin toplum düzeyindeki önemini göstermesi bakımından obeziteyi kronik hastalık yüküyle birlikte değerlendirmeye imkân vermektedir (Satman vd., 2013). Bu nedenle obeziteyle mücadelede tekil müdahaleler yerine, yaşam boyu yaklaşımı benimseyen ve farklı risk düzeylerine göre kademelendirilmiş politikalar geliştirilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri erken tarama, danışmanlık ve yönlendirme süreçlerinde merkezi rol üstlenirken; okul sağlığı programları çocukluk ve ergenlik döneminde koruyucu etki oluşturmalı, yerel yönetimler fiziksel aktiviteyi destekleyen çevreler üretmeli, gıda politikaları sağlıksız tüketimi azaltacak düzenlemeler içermeli ve izleme-değerlendirme sistemleri politika etkisini düzenli biçimde ölçmelidir. TURDEP-II çalışması Türkiye’de obezite ve metabolik risklerin izlenmesi bakımından yerli literatürde önemli bir epidemiyolojik dayanak oluşturmaktadır.

Böyle bir bütüncül yaklaşım olmadan obezite, yalnızca bireysel farkındalık kampanyalarıyla yönetilemeyecek kadar karmaşık ve dirençli bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Bu bağlamda obezite nedenleri ve risk faktörleri, sağlık yönetimi açısından risklerin tanımlanması, önceliklendirilmesi ve uygun müdahale

araçlarının seçilmesi bakımından temel bir kuramsal zemin oluşturmaktadır. Obeziteyi ortaya çıkaran faktörlerin çeşitliliği, sağlık sistemlerinin koruyucu, düzenleyici, eğitici ve koordinatif işlevleriyle de sürece dâhil olmasını zorunlu kılmaktadır. Etkili obezite yönetimi, bireye sağlıklı yaşam önerileri sunmanın ötesinde, toplum düzeyinde risk ortamlarını değiştiren, kırılğan grupları önceleyen, hizmete erişim eşitsizliklerini azaltan, sektörler arası iş birliğini kurumsallaştıran ve elde edilen sonuçları düzenli olarak izleyen bir sağlık yönetimi yaklaşımıyla mümkündür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2023).

2.5. Obezitenin Toplumsal ve Sağlık Açısından Sonuçları

Obezite, bireyin beden ağırlığına ilişkin biyomedikal bir durum olmanın ötesinde, sağlık sistemlerini, ekonomik üretkenliği, toplumsal eşitsizlikleri ve yaşam kalitesini çok yönlü biçimde etkileyen karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, fazla kiloluluk ve obezitenin kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve bazı kanser türleri açısından önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (WHO, 2025). Bu nedenle obezitenin sonuçları sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, koruyucu sağlık politikalarının kapasitesi, kronik hastalık yönetimi, sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği ve toplum düzeyinde refah kaybı üzerinden de değerlendirilmelidir. Türkiye’de de obezite, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite politikalarıyla birlikte ele alınan öncelikli halk sağlığı alanlarından biri olarak tanımlanmakta; yetişkin ve çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi için sektörler arası eylem planları geliştirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu çerçevede obezite prevalansındaki artış, bireylerin yaşam süresi ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar doğururken, sağlık sistemlerinde tedavi edici hizmetlere ayrılan kaynakların artmasına ve önleyici hizmetlerin daha güçlü biçimde yapılandırılmasına yol açmaktadır.

Obezitenin sağlık sonuçları öncelikle metabolik ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkilidir. Vücutta yağ dokusunun artması; insülin direnci, kronik inflamasyon, dislipidemi, hipertansiyon ve glukoz metabolizmasında bozulma gibi birçok patofizyolojik süreci tetiklemekte; bu süreçler tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, inme, hipertansiyon ve metabolik sendrom gibi kronik hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır (Afshin vd., 2017; Guh vd., 2009). Ng vd. (2014) tarafından yürütülen küresel sistematik analiz, 1980–2013 döneminde fazla kiloluluk ve obezite prevalansının hem yetişkinlerde hem de çocuklarda belirgin biçimde arttığını ve bu artışın bulaşıcı olmayan hastalık yükünü küresel düzeyde ağırlaştırdığını göstermektedir. Türkiye açısından TURDEP-II çalışması, diyabet prevalansının 12 yıllık dönemde belirgin artış gösterdiğini ve metabolik risklerin erişkin nüfusta önemli bir halk sağlığı yükü

oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013). Bu bulgular, obezitenin toplum ölçeğinde hastalık yükünü artıran, sağlık hizmetlerine başvuru sıklığını yükselten ve kronik bakım ihtiyacını derinleştiren bir risk alanı olduğunu göstermektedir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, obezitenin erken dönemde önlenmesine yönelik hizmet modellerinin geliştirilmesini, birinci basamakta risk taramasının güçlendirilmesini ve kronik hastalık yönetim programlarının obeziteyle bütünleşik biçimde planlanmasını gerekli kılmaktadır.

Obezitenin sonuçları fiziksel hastalık yüküyle sınırlı kalmamakta, ruh sağlığı ve psikososyal iyilik hâli üzerinde de belirgin etkiler yaratmaktadır. Obez bireyler toplumsal damgalanma, dışlanma, ayrımcılık, düşük benlik saygısı ve beden memnuniyetsizliği gibi sorunlarla karşılaşabilmekte; bu durum depresyon, anksiyete, sosyal çekilme ve yaşam kalitesinde azalma gibi sonuçlara zemin hazırlayabilmektedir. Puhl ve Heuer (2009), obeziteye yönelik damgalamanın eğitim, istihdam, sağlık hizmetleri ve kişilerarası ilişkilerde yaygın biçimde görülebildiğini; bu ayrımcılık biçiminin bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma davranışını ve tedavi süreçlerine katılımını da olumsuz etkileyebildiğini belirtmektedir. Türkiye’de obezite ve beden algısına ilişkin çalışmalar da obezitenin bireyin psikososyal iyilik hâli, benlik algısı ve yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Erem vd., 2004; Kolotkin vd., 2001). Bu nedenle obezite yönetimi, yalnızca kilo kaybı ve metabolik göstergelerin iyileştirilmesiyle sınırlı kalmamalı; sosyal destek, psikolojik danışmanlık, damgalamayla mücadele ve hasta merkezli hizmet sunumunu da içeren bütüncül bakım modelleriyle desteklenmelidir.

Obezitenin toplumsal düzeyde en belirgin sonuçlarından biri sağlık sistemleri üzerinde oluşturduğu ekonomik yüküdür. Obeziteye bağlı diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, ortopedik sorunlar ve uyku apnesi gibi hastalıklar; tanı, tedavi, ilaç kullanımı, hastane başvurusu, cerrahi girişim ve uzun süreli izlem gerektirdiği için sağlık harcamalarını artırmaktadır. OECD’nin *The Heavy Burden of Obesity* raporuna göre fazla kiloluluk ve obezite, sağlık harcamalarını artırmakta, iş gücü üretkenliğini azaltmakta ve uzun vadede ülkelerin gayrisafi yurtiçi hasılası üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (OECD, 2019). Türkiye açısından obeziteyle ilişkili diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık yükünün artması, sağlık harcamaları ve hizmet talebi üzerinde uzun dönemli baskı oluşturmaktadır (Onat vd., 2003; Satman vd., 2013). Bu nedenle obeziteyle mücadele, sağlık ekonomisi açısından yalnızca klinik tedaviye ayrılan kaynakların artırılmasıyla değil, maliyet-etkin koruyucu müdahalelerin, erken tanı sistemlerinin ve toplum temelli programların güçlendirilmesiyle ele alınmalıdır.

Obezitenin ekonomik sonuçları doğrudan sağlık harcamalarının ötesine geçerek toplumsal refahı da etkilemektedir. Obeziteyle ilişkili kronik hastalıklar; işe devamsızlık, işte verimlilik kaybı, erken emeklilik, engellilik, bakım ihtiyacı ve erken ölümler gibi dolaylı maliyetlere yol açabilmektedir. Bu etkiler ailelerin bakım yükünü, sosyal güvenlik sistemlerinin harcamalarını ve iş gücü piyasasının genel üretkenliğini de etkilemektedir (OECD, 2019; Tremmel vd., 2017). Sağlık yönetimi açısından bu tablo, tedavi odaklı yaklaşımların uzun vadede yeterli olmayacağını göstermektedir. Çünkü obeziteye bağlı hastalıklar gelişikten sonra yürütülen tedavi süreçleri çoğu zaman uzun süreli, pahalı ve çok disiplinli bakım gerektirmektedir. Buna karşılık sağlıklı beslenme ortamlarının oluşturulması, fiziksel aktiviteyi destekleyen kent politikalarının geliştirilmesi, okul sağlığı programlarının güçlendirilmesi, birinci basamakta düzenli tarama ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi koruyucu müdahaleler daha erken dönemde risk azaltımı sağlayarak sağlık sisteminin uzun vadeli yükünü hafifletebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Obezitenin toplumsal sonuçları arasında sağlık eşitsizliklerinin derinleşmesi de önemli bir yer tutmaktadır. Obezite prevalansı birçok toplumda gelir, eğitim, yaşanılan bölge, meslek, cinsiyet ve sağlık okuryazarlığı gibi sosyal belirleyicilerle yakından ilişkilidir. Düşük gelir gruplarında sağlıklı gıdaya erişimin sınırlı olması, enerji yoğun ve ucuz gıdaların daha fazla tüketilmesi, güvenli fiziksel aktivite alanlarının yetersizliği ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler obezite riskini artırabilmektedir (Drewnowski ve Specter, 2004; Marmot, 2005). Türkiye’de yapılan ulusal ve epidemiyolojik çalışmalar da obezitenin özellikle kadınlarda, ileri yaş gruplarında ve bazı sosyoekonomik gruplarda daha belirgin biçimde görülebildiğini ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; TÜİK, 2023). Bu nedenle obeziteyle mücadelede tüm nüfusa aynı biçimde uygulanan genel müdahaleler yeterli değildir; risk gruplarını önceleyen, bölgesel farklılıkları dikkate alan, kırılgan gruplara erişimi artıran ve kaynak tahsisini ihtiyaç temelli biçimde düzenleyen bir sağlık yönetimi anlayışı gerekmektedir.

Türkiye açısından obezitenin sonuçları, hem halk sağlığı hem de sağlık yönetimi bakımından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir tablo ortaya koymaktadır. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı 20.2 olarak açıklanmış; kadınların % 23.6’sının, erkeklerin ise % 16.8’inin obez olduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2023). Bu veriler, Türkiye’de obezitenin cinsiyete göre farklılaştığını ve özellikle kadınlarda daha yüksek bir risk alanı oluşturduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığı’nın ulusal programları da yetişkin ve çocukluk çağı

obezitesinin önlenmesini, fiziksel aktivitenin artırılmasını ve sağlıklı beslenme davranışlarının geliştirilmesini temel müdahale alanları arasında ele almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu tablo, Türkiye’de obeziteye bağlı kronik hastalık yükünün artması, birinci basamak hizmetlerine yönelik danışmanlık ve izlem ihtiyacının çoğalması, sağlık harcamalarının yükselmesi ve koruyucu sağlık politikalarının daha etkili hâle getirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Obezitenin sağlık sistemi üzerindeki etkileri hizmet sunumunun farklı basamaklarında görünür hâle gelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, fazla kiloluluk ve obezite riskinin erken tespit edilmesi, bireylerin yaşam tarzı değişikliği konusunda bilgilendirilmesi, risk gruplarının izlenmesi ve gerekli durumlarda uzmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi açısından merkezi bir işleve sahiptir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise obeziteyle ilişkili komplikasyonların tedavisi, metabolik bozuklukların yönetimi, cerrahi müdahaleler ve ileri uzmanlık hizmetleri nedeniyle daha yüksek maliyetli bakım süreçleriyle karşı karşıya kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık sistemleri yaklaşımı, hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, finansman, tıbbi ürün ve teknolojiler ile liderlik/yönetişim bileşenlerinin birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2007). Bu çerçevede obezite prevalansındaki artış, sağlık hizmetleri basamakları arasında koordinasyonun güçlendirilmesini, aile hekimliği uygulamalarının koruyucu sağlık rolünün daha etkin kullanılmasını, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve hekimlerden oluşan çok disiplinli ekiplerin geliştirilmesini ve hasta izlem sistemlerinin güçlendirilmesini gerektirmektedir.

Obeziteye bağlı sonuçların yönetilebilmesi için izleme-değerlendirme mekanizmalarının güçlendirilmesi ayrıca önem taşımaktadır. Obezite prevalansı, yaş ve cinsiyet dağılımı, bölgesel farklılıklar, sosyoekonomik değişkenler, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme davranışları ve kronik hastalıklarla ilişkili göstergeler düzenli biçimde izlenmediğinde, geliştirilen politikaların etkisini değerlendirmek güçleşmektedir. Sağlık yönetimi açısından veri altyapısının zayıf olduğu durumlarda kaynakların hangi gruplara öncelikle yönlendirileceği, hangi müdahalelerin daha etkili olduğu ve hangi bölgelerde ek hizmet kapasitesine ihtiyaç bulunduğu yeterince açık biçimde belirlenememektedir. Sağlık Bakanlığı’nın obeziteyle mücadele programlarında izleme-değerlendirme, kurumlar arası koordinasyon ve toplum temelli müdahale başlıklarına yer verilmesi, obezite yönetiminin yalnızca klinik hizmetlerle sınırlı kalmadığını göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu nedenle obeziteyle mücadelede başarı, politikaların ölçülebilir hedeflere bağlanmasına, uygulama sonuçlarının düzenli izlenmesine ve elde edilen bulgulara göre programların güncellenmesine bağlıdır.

Obezitenin toplumsal ve sağlık açısından sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, sorunun klinik tedavi alanının çok otesine geçtiği görülmektedir. Obezite; kronik hastalık yükünü artıran, yaşam kalitesini düşüren, sağlık harcamalarını yükselten, iş gücü verimliliğini azaltan, sosyal eşitsizlikleri derinleştiren ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini zorlayan çok katmanlı bir yönetim sorunudur. Bu nedenle obeziteyle mücadelede etkili bir yaklaşım, tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerini, sağlıklı evre düzenlemelerini, okul ve işyeri temelli müdahaleleri, sosyal destek politikalarını, sağlık okuryazarlığını, gıda düzenlemelerini ve gcl izleme-değerlendirme mekanizmalarını birlikte içermelidir. Obezitenin sonuçlarını azaltmak, sağlık sisteminin riskleri erken tanıyan, hizmetleri koordine eden, kaynakları etkin kullanan ve toplum düzeyinde sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen bir yönetim kapasitesi geliştirmesiyle mümkündür (OECD, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2025).

2.6. Obezite ile Mücadele Politikaları ve Stratejiler

Obezite ile mücadele politikaları, ağdaş halk sağlığı ve sağlık yönetimi literatüründe toplumun sağlık risklerini azaltmayı hedefleyen çok düzeyli, çok sektörlü ve sürdürülebilir politika süreçleri olarak ele alınmaktadır. Obezitenin ortaya çıkmasında bireysel tercihlerin yanı sıra gıda üretim ve pazarlama sistemleri, kentleşme, gelir dağılımı, eğitim olanakları, çalışma koşulları, ulaşım biçimleri, okul ve işyeri ortamları, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal politika araçları belirleyici olduğundan, obeziteyle mücadele yalnızca bireyin sorumluluğuna bırakılamayacak kadar karmaşık bir yönetim alanı oluşturmaktadır (Swinburn vd., 2011; WHO, 2023). Bu nedenle obezite politikaları, sağlık sisteminin koruyucu ve tedavi edici işlevlerini aşan; eğitim, tarım, gıda, medya, ulaşım, yerel yönetimler, sosyal güvenlik ve ekonomi politikalarıyla birlikte düşünülmesi gereken geniş kapsamlı bir yönetişim meselesidir. Dünya Sağlık rgt obeziteyi, sağlıklı yaşam ortamlarının oluşturulması, risk faktörlerinin erken dönemde azaltılması, çocukluk çağından itibaren koruyucu önlemlerin güçlendirilmesi ve sağlık sistemlerinin önleyici kapasitesinin artırılması gereken küresel bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmektedir (WHO, 2016; 2023). Türkiye’de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı da yetişkin ve çocukluk ağı obezitesinin önlenmesini sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, okul temelli müdahaleler, toplum farkındalığı ve sektörler arası iş birliğiyle birlikte ele alan temel politika belgelerinden biri olarak öne çıkmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Obeziteyle mücadelede politika geliştirme süreci, sağlık yönetimi açısından gündem oluşturma, politika formülasyonu, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarını içeren bütüncül bir politika döngüsü içinde değerlendirilmelidir. Obezite oranlarının artması, kronik hastalık yükünün büyümesi, sağlık harcamalarının yükselmesi ve üretkenlik kayıplarının çoğalması, obeziteyi sağlık politikalarının gündemine taşıyan başlıca unsurlardır (OECD, 2019; WHO, 2023). Ancak obeziteyle mücadelede asıl güçlük, sorunun politika gündemine alınmasından çok, geliştirilen müdahalelerin uygulanabilir, ölçülebilir, sürdürülebilir ve eşitsizlikleri azaltıcı biçimde tasarlanabilmesidir. Bu bağlamda ulusal eylem planlarında sorumlu kurumların, performans göstergelerinin, bütçe kaynaklarının, uygulama takviminin, yerel düzeyde yürütülecek faaliyetlerin ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının açık biçimde tanımlanması gerekmektedir. Sağlık yönetimi bakımından başarılı bir obezite politikası, hedef gruplara ulaşabilen hizmet modellerinin kurulması, kurumlar arası koordinasyonun sağlanması ve elde edilen sonuçların düzenli veri sistemleriyle izlenmesiyle mümkündür (Walt ve Gilson, 1994; WHO, 2007).

Obeziteyle mücadelede en temel politika alanlarından biri birincil korunmadır. Birincil korunma, obezite ortaya çıkmadan önce risk faktörlerini azaltmayı, sağlıklı davranışları destekleyen çevreler oluşturmaya ve toplum genelinde sağlıklı yaşam koşullarını güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Çocukluk çağında sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, okul ortamlarında besin değeri yüksek gıdaların desteklenmesi, şekerli içecek ve enerji yoğun ürün tüketiminin azaltılması, fiziksel aktiviteyi kolaylaştıran okul ve mahalle ortamlarının oluşturulması bu kapsamda temel müdahale alanlarıdır (Lobstein vd., 2015; WHO, 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün Çocukluk Çağı Obezitesini Sona Erdirme Komisyonu tarafından yayımlanan raporda, çocukluk çağı obezitesiyle mücadelede sağlıklı okul çevrelerinin oluşturulması, çocuklara yönelik sağlıksız gıda pazarlamasının sınırlandırılması, şekerli içeceklerin vergilendirilmesi, besin etiketleme sistemlerinin geliştirilmesi ve temel sağlık hizmetlerinin sürece daha etkin biçimde katılması gerektiği vurgulanmaktadır (WHO, 2016). Türkiye'de çocukluk çağı obezitesinin izlenmesi ve okul temelli müdahale alanlarının belirlenmesi bakımından COSI-TUR araştırmaları önemli veri kaynakları arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu nedenle okul kantinlerinde satılan ürünlerin düzenlenmesi, sağlıklı okul yemeklerinin sunulması, beden eğitimi derslerinin niteliğinin artırılması, fiziksel aktivite alanlarının geliştirilmesi, öğrencilere ve ailelere yönelik beslenme eğitimlerinin verilmesi ve çocuklara yönelik reklam baskısının azaltılması obeziteyle mücadelede stratejik öneme sahiptir.

Okul temelli politikaların etkili olabilmesi, yalnızca programların tasarlanmasına değil, bu programların okul düzeyinde uygulanma kapasitesine bağlıdır. Çocukluk ve ergenlik döneminde kazanılan beslenme, hareket, uyku ve ekran kullanımı alışkanlıkları yaşam boyu devam edebildiği için okul ortamları obezite riskinin azaltılmasında güçlü bir müdahale alanı sunmaktadır (Lobstein vd., 2015). Ancak okul yöneticilerinin iş birliği, kantin denetimlerinin sürekliliği, aile katılımı, okulun fiziksel altyapısı, yerel yönetim desteği ve sosyoekonomik koşullar bu müdahalelerin başarısını doğrudan belirlemektedir. Türkiye’de okul çağı çocuklarında obeziteyle mücadele kapsamında yürütülen izleme çalışmaları, çocukluk çağı fazla kiloluluk ve obezite sorununun okul sağlığı politikalarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Sağlık yönetimi açısından okul temelli obezite politikaları, eğitim ve sağlık sektörleri arasında kurumsallaşmış iş birliği gerektiren, düzenli izlenmesi ve performans göstergeleriyle değerlendirilmesi gereken uzun vadeli müdahale programlarıdır.

Obeziteyle mücadelede düzenleyici araçlar giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Gıda ortamlarının bireylerin beslenme tercihleri üzerindeki belirleyici etkisi dikkate alındığında, yalnızca bireyin bilinçlendirilmesiyle kalıcı sonuç elde etmek güçleşmektedir. Şekerli içecek vergileri, yüksek şeker, tuz ve doymuş yağ içeren ürünlerin pazarlamasına yönelik sınırlamalar, çocuklara yönelik reklam düzenlemeleri, ön yüz besin etiketleme sistemleri, menü kalori etiketlemesi, okul kantin düzenlemeleri ve üretici reformülasyonunu teşvik eden politikalar bu kapsamda değerlendirilmektedir (Sacks vd., 2009; WHO, 2023). Bu tür araçlar, bireyin sağlıklı tercih yapmasını kolaylaştırırken aynı zamanda piyasa aktörlerinin davranışlarını da dönüştürmeyi hedeflemektedir. Sağlık yönetimi açısından düzenleyici politikalar, halk sağlığı yararı ile ticari çıkarlar arasında ortaya çıkan gerilimleri yönetmeyi, karar alma süreçlerinde bilimsel kanıtı esas almayı ve uygulama sonuçlarını şeffaf biçimde değerlendirmeyi gerektirmektedir. Özellikle gıda endüstrisinin güçlü olduğu ülkelerde bu tür düzenlemelerin sürdürülebilirliği; siyasi irade, kamuoyu desteği, hukuki altyapı ve etkili denetim mekanizmalarıyla yakından ilişkilidir.

Şekerli içecek vergileri, obeziteyle mücadelede en çok tartışılan ekonomik politika araçlarından biridir. Meksika, 2014 yılında şekerli içeceklere litre başına özel vergi getirerek bu alanda dikkat çeken örneklerden birini sunmuştur. Colchero vd. (2016) tarafından yürütülen gözlemsel çalışma, Meksika’daki verginin ilk yılında vergilendirilen içecek satın alımlarında azalma, vergilendirilmeyen içecek satın alımlarında ise artış olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, fiyat mekanizmalarının sağlıksız tüketim davranışlarını

değiştirmede etkili olabileceğine işaret etmektedir. Ancak vergi politikalarının obezite prevalansını tek başına düşürmesi beklenmemelidir. Bu politikaların etkisi; vergi oranının düzeyi, tüketici fiyatlarına yansıma biçimi, alternatif sağlıklı ürünlere erişim, kamu gelirlerinin sağlığı geliştirici programlara aktarılması ve tüketim değişikliğinin uzun dönemli izlenmesi gibi faktörlere bağlıdır. Birleşik Krallık'ta uygulanan Soft Drinks Industry Levy ise vergilendirme politikasının yalnızca tüketici davranışını değil, üretici davranışını da dönüştürebileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Scarborough vd. (2020), bu uygulamanın üreticileri ürünlerindeki şeker miktarını azaltmaya yönlendirdiğini ve reformülasyon üzerinde etkiler ortaya çıkardığını belirtmektedir. Bu deneyim, obeziteyle mücadelede politika tasarımının ürün kapsamı, eşik değerler, üretici teşvikleri, denetim ve sonuç ölçümü bakımından titizlikle yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

Gıda etiketleme ve reklam düzenlemeleri, obeziteyle mücadelede davranışsal ve yapısal müdahaleleri bir araya getiren bir başka stratejik alandır. Tüketicilerin gıdaların besin içeriği hakkında açık, anlaşılır ve karşılaştırılabilir bilgiye sahip olması, sağlıklı tercih yapma kapasitesini artırabilir. Ancak klasik arka yüz besin tabloları, özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için çoğu zaman yeterli olmamaktadır. Bu nedenle bazı ülkeler daha görünür ve uyarıcı ön yüz etiketleme sistemleri geliştirmiştir. Şili'de yüksek şeker, tuz, kalori ve doymuş yağ içeren ürünler için uyarı etiketleri uygulanmış, çocuklara yönelik sağlıksız ürün pazarlaması sınırlandırılmış ve okul ortamlarında bu ürünlerin satışı kısıtlanmıştır. Taillie vd. (2021) tarafından yapılan değerlendirme, Şili'deki gıda etiketleme ve reklam politikalarının "yüksek içerikli" olarak sınıflandırılan ürünlerin satın alınmasında azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu örnek, obeziteyle mücadelede düzenleyici ve koruyucu politika araçlarının birlikte kullanılmasının ölçülebilir sonuçlar üretebildiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Obeziteyle mücadelede birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ayrı bir öneme sahiptir. Birinci basamak, toplumun geniş kesimleriyle düzenli temas kurabilmesi nedeniyle obezite riskinin erken saptanması, beden kitle indeksi ve bel çevresi ölçümlerinin izlenmesi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmesi, riskli bireylerin takip edilmesi ve gerekli durumlarda uzmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi açısından temel bir konuma sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin kuramsal yaklaşım, erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon işlevlerinin sağlık sistemi performansı açısından belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (Starfield, 1998). Ancak birinci basamakta obezite yönetiminin etkili olabilmesi için

sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli eğitim alması, danışmanlık için zaman ve araçlara sahip olması, yönlendirme mekanizmalarının açık olması ve dijital kayıt sistemleri aracılığıyla bireylerin uzun dönemli izlenebilmesi gerekmektedir. Obezite çoğu zaman diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve kardiyovasküler risklerle birlikte seyrettiği için birinci basamakta yürütülecek hizmetlerin kronik hastalık yönetimiyle bütünleşik biçimde planlanması gerekmektedir (Wagner, 1998). Türkiye’de aile hekimliği ve toplum sağlığı hizmetleri, obezite riskinin erken dönemde belirlenmesi ve sağlıklı yaşam danışmanlığının yaygınlaştırılması bakımından önemli bir potansiyel taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Toplum temelli fiziksel aktivite politikaları, obeziteyle mücadelede sağlık sektörünü aşan müdahale alanlarından biridir. Fiziksel aktivite davranışı; yaşanan çevrenin yürünebilirliği, güvenli park ve spor alanlarının varlığı, aktif ulaşım imkânları, okul ve işyeri koşulları, toplu taşıma düzeni ve yerel yönetim politikaları tarafından doğrudan etkilenmektedir (Bauman vd., 2012). Bu nedenle fiziksel aktiviteyi artırmayı hedefleyen politikalar yalnızca medya kampanyalarından ya da bireysel egzersiz önerilerinden ibaret olmamalıdır. Yürüyüş yolları, bisiklet yolları, erişilebilir spor alanları, güvenli mahalle çevreleri, okul bahçelerinin aktif kullanımı, işyerlerinde hareketi teşvik eden düzenlemeler ve yerel topluluk programları bu politikanın somut bileşenleri arasında yer almaktadır. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, fiziksel aktivitenin obezite ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesindeki rolünü vurgulayarak farklı yaş ve risk gruplarına yönelik öneriler sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık yönetimi açısından bu alan, yerel yönetimler ile sağlık kurumları arasında güçlü bir iş birliği gerektirmektedir; çünkü fiziksel aktiviteyi destekleyen çevresel düzenlemeler olmadan yalnızca bireyleri hareket etmeye çağıran kampanyalar, davranış değişikliğini uzun dönemde sürdürülebilir kılmakta yetersiz kalmaktadır.

Obeziteyle mücadele stratejilerinin başarılı olabilmesi için sağlık eşitsizliklerinin dikkate alınması zorunludur. Toplumun tüm kesimlerine aynı mesajları ve aynı hizmetleri sunmak, risklerin eşit dağıldığı varsayımına dayanmaktadır. Oysa obezite riski gelir, eğitim, yaş, cinsiyet, bölge, meslek ve sağlık okuryazarlığına göre farklılaşmaktadır. Düşük gelirli gruplarda sağlıklı gıdaya erişimin daha sınırlı olması, fiziksel aktivite alanlarının yetersizliği, sağlık hizmetlerine ulaşım engelleri ve beslenme bilgisinin düşük olması obezite riskini artırabilmektedir (Drewnowski ve Specter, 2004; Marmot, 2005). Türkiye’de obezite oranlarının cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik koşullara göre farklılık göstermesi, obezite politikalarında yalnızca genel nüfus yaklaşımının yeterli olmadığını ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013; TÜİK, 2023). Bu nedenle etkili obezite

politikaları evrensel yaklaşımlarla hedeflenmiş müdahaleleri birlikte içermelidir. Toplum genelinde sağlıklı gıda ortamlarını güçlendiren düzenlemeler yapılırken, risk gruplarına yönelik ücretsiz danışmanlık, okul beslenme desteği, yerel fiziksel aktivite programları, sosyal yardımlarla ilişkili sağlıklı gıda teşvikleri ve erişilebilir birinci basamak hizmetleri de geliştirilmelidir.

Obeziteyle mücadelede sağlık iletişimi ve farkındalık kampanyaları önemli olmakla birlikte, bu müdahalelerin tek başına yeterli olmadığı kabul edilmelidir. Kamu spotları, medya kampanyaları, dijital sağlık mesajları ve toplum eğitimleri bireylerin bilgi düzeyini artırabilir; ancak davranış değişikliğinin kalıcı hâle gelmesi için bireyin içinde bulunduğu çevrenin sağlıklı tercihi desteklemesi gerekmektedir. Sağlıklı gıdaya erişimin sınırlı, sağlıksız gıdanın ucuz ve görünür, fiziksel aktivite alanlarının yetersiz olduğu bir ortamda yalnızca bilgilendirme yoluyla obezite riskini azaltmak güçtür (Story vd., 2008; Swinburn vd., 2011). Bu nedenle sağlık iletişimi; düzenleyici politikalar, hizmet sunumu, sosyal destek ve çevresel müdahalelerle birlikte yürütülmelidir. Sağlık yönetimi açısından kampanyaların başarısı, yalnızca ulaşılan kişi sayısı ile değil, hedef grubun davranışında, hizmet kullanımında, risk farkındalığında ve sağlık göstergelerinde oluşturduğu değişimle ölçülmelidir.

Obezite politikalarının en zayıf halkalarından biri çoğu ülkede izleme ve değerlendirme süreçleridir. Bir politika belgesinin hazırlanması, obeziteyle mücadelede yeterli değildir; politikanın hangi göstergelerle izleneceği, uygulama düzeyinde hangi kurumların sorumlu olduğu, hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı ve müdahalelerin hangi gruplar üzerinde etkili olduğu düzenli biçimde değerlendirilmelidir. Obezite prevalansı, çocukluk çağı fazla kiloluluk oranları, fiziksel aktivite düzeyi, sağlıklı beslenme göstergeleri, şekerli içecek tüketimi, okul kantini denetimleri, birinci basamakta obezite taraması yapılan birey oranı, danışmanlık hizmeti alan kişi sayısı ve obeziteye bağlı kronik hastalık göstergeleri izleme-değerlendirme sistemlerinde yer alması gereken temel alanlardır. Habicht vd. (1999), halk sağlığı programlarının değerlendirilmesinde yeterlilik, olasılık ve nedensellik düzeylerinin ayırt edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım obezite politikaları açısından önemlidir; çünkü bir programın hedef kitleye ulaşp ulaşmadığı, davranışsal ve biyomedikal göstergelerde değişim yaratıp yaratmadığı ve bu değişimin programa atfedilip atfedilemeyeceği de değerlendirilmelidir. Sağlık yönetimi açısından izleme-değerlendirme, politika öğrenmesini sağlayan ve uygulamaları güncellemeye yarayan stratejik bir yönetim aracıdır.

Uluslararası deneyimler, obeziteyle mücadelede tek bir politika aracının yeterli olmadığını; etkili sonuçların bütüncül ve uzun dönemli stratejilerle elde edilebileceğini

göstermektedir. Meksika'nın şekerli içecek vergisi, Birleşik Krallık'ın üretici reformülasyonunu teşvik eden vergi modeli ve Şili'nin uyarı etiketi ile reklam sınırlamalarını birleştiren düzenleyici yaklaşımı, farklı politika araçlarının obeziteyle mücadelede nasıl kullanılabileceğini gösteren önemli örneklerdir (Colchero vd., 2016; Scarborough vd., 2020; Taillie vd., 2021). Bununla birlikte bu örneklerin her biri kendi sosyal, ekonomik, kurumsal ve politik bağlamı içinde değerlendirilmelidir. Bir ülkede etkili olan bir politikanın başka bir ülkede aynı sonucu doğurması; uygulama kapasitesi, denetim sistemi, kamuoyu desteği, sağlık okuryazarlığı, gıda endüstrisinin yapısı ve kurumsal koordinasyon düzeyi gibi değişkenlere bağlıdır. Bu nedenle uluslararası örneklerden çıkarılacak temel ders, belirli bir politika aracını doğrudan kopyalamak değil, obeziteyle mücadelede kanıta dayalı, çok sektörlü, denetlenebilir ve ölçülebilir politika mimarisi kurmanın önemini kavramaktır.

Obeziteyle mücadele politikalarının sağlık yönetimi açısından taşıdığı temel anlam, sorunun yalnızca bireysel yaşam tarzı değişikliğiyle çözülemeyecek olmasıdır. Etkili bir politika yaklaşımı, bireyin sağlıklı davranış geliştirmesini desteklerken aynı zamanda sağlıksız davranışı üreten çevresel, ekonomik ve kurumsal koşulları da dönüştürmelidir. Bu nedenle obeziteyle mücadelede ulusal eylem planları, okul sağlığı politikaları, gıda düzenlemeleri, şekerli içecek vergileri, ön yüz etiketleme sistemleri, çocuklara yönelik reklam sınırlamaları, birinci basamak danışmanlık hizmetleri, fiziksel aktiviteyi destekleyen yerel çevre düzenlemeleri, sosyal destek mekanizmaları ve güçlü izleme-değerlendirme sistemleri birlikte düşünülmelidir (Sacks vd., 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2023). Sağlık sistemleri için asıl mesele, obeziteyi doğuran risk ortamlarını azaltan, kaynakları etkili kullanan, hizmetleri koordine eden, eşitsizlikleri gözetten ve politika sonuçlarını sürekli izleyen yönetim kapasitesini geliştirmektir.

2.7. Türkiye'deki Politikalar

Türkiye'de obeziteyle mücadele politikaları, 2000'li yıllardan itibaren artan obezite prevalansı, bulaşıcı olmayan hastalık yükünün büyümesi ve sağlık sisteminin koruyucu hizmet kapasitesini güçlendirme ihtiyacı doğrultusunda daha görünür hâle gelmiştir. Obezite, uzun yıllar boyunca daha çok bireysel beslenme davranışları, fiziksel aktivite yetersizliği ve yaşam tarzı alışkanlıkları üzerinden ele alınmış olsa da son dönemde yayımlanan ulusal programlar ve eylem planları, sorunun sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, okul sağlığı uygulamaları, toplum temelli müdahaleler, yerel yönetimlerin rolü, gıda ortamlarının düzenlenmesi, sağlık iletişimi ve izleme-değerlendirme süreçleriyle birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Türkiye Sağlıklı

Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, bu dönüşümün en belirgin politika çerçevelerinden biridir. Programın 2019–2023 dönemine ilişkin belgesi, yetişkin ve çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi ile fiziksel aktivitenin artırılmasını sağlıklı beslenme, okul temelli uygulamalar, toplum farkındalığı, sektörler arası iş birliği ve hizmet sunumu boyutlarıyla birlikte değerlendirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Daha güncel olarak yayımlanan Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025–2028 ise obezitenin hâlen Türkiye’de politika önceliği olarak görüldüğünü ve koruyucu sağlık hizmetleriyle fiziksel aktivite stratejilerinin güncel bir planlama mantığı içinde sürdürüldüğünü göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Sağlık Bakanlığı’nın 2025–2028 eylem planı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan güncel resmî politika belgelerinden biridir.

Türkiye’deki politika gelişimi, sağlık yönetimi açısından değerlendirildiğinde üç temel yönelim üzerinden okunabilir. İlk yönelim, obeziteyi bireysel bir kilo kontrolü meselesi olmaktan çıkarıp ulusal düzeyde yönetilmesi gereken bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamaktır. İkinci yönelim, obeziteyle mücadelede eğitim, yerel yönetimler, medya, gıda sektörü, aile, okul ve sivil toplum gibi farklı aktörleri sürece dâhil etmektir. Üçüncü yönelim ise koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, riskli grupların erken dönemde belirlenmesi ve toplum düzeyinde sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesidir. Bu yönelimler, obezite yönetiminin sağlık politikası, hizmet organizasyonu, kaynak kullanımı, performans izleme ve sektörler arası koordinasyon alanlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık sistemleri yaklaşımı, sağlık politikalarının insan gücü, bilgi sistemleri, finansman, yönetim ve izleme kapasitesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2007). Ancak Türkiye örneğinde temel sorun, politika belgelerinde tanımlanan hedeflerin sahaya aynı güçte yansıtılamaması, uygulamalar arasında bölgesel farklılıkların oluşması ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının politika etkisini ölçmede yeterince sistematik biçimde işletilememesidir.

Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı’nın en önemli yönlerinden biri, obeziteyi yalnızca bireysel davranış değişikliğiyle çözülebilecek bir sorun olarak görmemesi ve çok sektörlü bir yaklaşımı benimsemesidir. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, çocukluk çağında obezitenin önlenmesi, okul ve işyeri ortamlarının sağlığı destekleyici biçimde düzenlenmesi, toplum farkındalığının yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin risk gruplarına ulaşacak biçimde yapılandırılması programın temel bileşenleri arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu yapı, Dünya Sağlık Örgütü’nün obeziteyle

mücadelede önerdiği bütüncül politika yaklaşımıyla uyumludur. DSÖ, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde sağlıklı okul ortamlarının oluşturulmasını, çocuklara yönelik sağlıksız gıda pazarlamasının sınırlandırılmasını, şekerli içeceklerin azaltılmasını, gıda etiketleme sistemlerinin geliştirilmesini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha aktif rol üstlenmesini önermektedir (WHO, 2016). Türkiye’de geliştirilen ulusal programların bu çerçeveye örtüşen yönleri bulunmakla birlikte, uygulama kapasitesi, yerel düzeyde koordinasyon ve sonuçların ölçülmesi bakımından güçlendirilmesi gereken alanlar devam etmektedir. Türkiye’nin 2019–2023 programı yetişkin ve çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi ile fiziksel aktiviteyi aynı eylem çerçevesinde ele almaktadır.

Okul temelli uygulamalar, Türkiye’de obeziteyle mücadele politikalarının en önemli müdahale alanlarından birini oluşturmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde kazanılan beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının yaşam boyu devam etmesi, okul ortamlarını koruyucu sağlık politikaları açısından stratejik hâle getirmektedir. Çocukluk çağı obezitesi literatürü, okul çevresinin, gıda pazarlamasının, fiziksel aktivite olanaklarının ve aile davranışlarının çocuklarda obezite riskini doğrudan etkilediğini göstermektedir (Lobstein vd., 2015). Türkiye’de okul kantinlerinde sunulan ürünlerin düzenlenmesi, öğrencilerin sağlıklı beslenme davranışlarına yönlendirilmesi, beden eğitimi ve fiziksel aktivite olanaklarının geliştirilmesi, okul sağlığı çalışmalarının yaygınlaştırılması ve Beslenme Dostu Okullar Programı gibi girişimler bu kapsamda değerlendirilebilir. Millî Eğitim Bakanlığı tarafından yayımlanan Beslenme Dostu Okullar Programı Uygulama Kılavuzu’nda okulda sunulan yiyeceklerin beslenme rehberleriyle uyumlu olması, yüksek yağ ve şeker içeren, enerji yoğun ve besin değeri düşük ürünlerin sınırlandırılması, kantinlerde süt, ayran, yoğurt, meyve ve sebze gibi sağlıklı seçeneklerin desteklenmesi gibi ölçütlere yer verilmiştir (MEB, 2018). Bu düzenlemeler, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi açısından önemli olmakla birlikte, uygulamanın başarısı okul düzeyinde denetim kapasitesinin güçlendirilmesine, yerel uygulama farklılıklarının azaltılmasına, aile katılımının artırılmasına ve okul yöneticilerinin sağlık politikası aktörü olarak sürece daha etkin dâhil edilmesine bağlıdır. Beslenme Dostu Okullar Programı kılavuzu, okul kantinleri ve yemekhanelerde sağlıklı beslenme ve gıda güvenilirliği ilkelerine ilişkin uygulama ölçütleri içermektedir.

Okul politikalarının sahadaki etkisi, Türkiye’de sağlık yönetimi açısından uygulama kapasitesi sorununu görünür kılmaktadır. Merkezi düzeyde geliştirilen düzenlemeler; okul kantinleri, yemekhaneler, fiziksel aktivite alanları ve öğrencilerin beslenme davranışları üzerinde olumlu etkiler yaratmayı hedeflemektedir. Ancak Türkiye’nin bölgesel, sosyoekonomik ve kurumsal farklılıkları dikkate alındığında her

okulun aynı uygulama kapasitesine sahip olmadığı görülmektedir. Büyükşehirlerde denetim ve uygulama mekanizmaları görece daha güçlü işlerken, kırsal bölgelerde veya kaynakları sınırlı okullarda fiziksel altyapı, personel kapasitesi, kantin denetimi, sağlıklı ürünlere erişim ve aile desteği gibi alanlarda daha belirgin güçlükler yaşanabilmektedir. Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması COSI-TUR 2016, okul çağı çocuklarında fazla kiloluluk ve obezite sorununun izlenmesi bakımından önemli bir ulusal veri kaynağıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu nedenle okul temelli obezite politikaları için okul ve il düzeyinde izleme sistemleri kurulmalı, denetim sıklığı ve kalitesi artırılmalı, kaynak yetersizliği bulunan okullara destek sağlanmalı ve programların etkisi ölçülebilir göstergelerle değerlendirilmelidir. Sağlık yönetimi bakımından okul politikaları, eğitim sektörü ile sağlık sektörünün kurumsallaşmış ve sürdürülebilir bir yönetim modeliyle yürütülmesini gerektirmektedir.

Türkiye’de obeziteyle mücadelede birinci basamak sağlık hizmetleri önemli bir konuma sahiptir. Aile hekimliği sistemi, toplumun geniş kesimleriyle sürekli temas kurabilmesi nedeniyle obezite riskinin erken saptanması, beden kitle indeksi ve bel çevresi gibi göstergelerin izlenmesi, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı verilmesi, riskli bireylerin takip edilmesi ve gerekli durumlarda uzmanlık hizmetlerine yönlendirilmesi açısından temel bir hizmet basamağıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirlik, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon işlevleri, obezite gibi uzun dönemli izlem gerektiren risk alanlarında özel önem taşımaktadır (Starfield, 1998). Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan birinci basamak hekimlere yönelik obeziteyle mücadele rehberleri ve ağırlık yönetimi el kitapları, obezite yönetiminin birinci basamakta da yürütülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Ancak bu hizmetlerin etkinliği, aile hekimlerinin iş yükü, danışmanlık için ayrılabilen süre, sağlık personelinin obezite yönetimi konusundaki eğitimi, multidisipliner destek imkânları, diyetisyen ve psikolog gibi meslek gruplarına erişim, dijital kayıt sistemleri ve sevk zincirinin işlerliğiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle Türkiye’de obezite yönetiminde birinci basamağın rolü güçlendirilirken hizmet sunum modeli, insan gücü planlaması, performans göstergeleri ve izlem sistemleri de bu hedefe uygun biçimde yeniden yapılandırılmalıdır.

Türkiye’de fiziksel aktiviteyi artırmaya yönelik politikalar, obeziteyle mücadelede bir diğer önemli alanı oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, farklı yaş gruplarında fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki etkilerini açıklayan ve toplum genelinde hareketli yaşamı desteklemeyi amaçlayan önemli bir politika aracıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Bununla birlikte fiziksel

aktivite davranışının yalnızca bireysel motivasyonla açıklanamayacağı açıktır. Yürünebilir mahallelerin varlığı, güvenli park ve spor alanları, bisiklet yolları, okul bahçeleri, işyeri düzenlemeleri, toplu ulaşım olanakları ve yerel yönetimlerin aktif yaşam politikaları bireylerin gündelik hareket düzeyini doğrudan etkilemektedir (Bauman vd., 2012). Türkiye’de “Hareket Et” kampanyaları ve “Sağlık İçin Hareket Et Günü” gibi farkındalık girişimleri toplumda hareketli yaşam bilinci oluşturmaya katkı sağlamıştır. Ancak fiziksel aktivite düzeylerini kalıcı biçimde artırmak, yerel çevre düzenlemeleri ve sürdürülebilir toplum temelli programlarla mümkündür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 raporu, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına ilişkin önemli ulusal veri kaynaklarından biri olarak bu alandaki politika planlamasına katkı sunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, çocuklardan yaşlılara kadar farklı gruplar için fiziksel aktivitenin toplum sağlığındaki önemini açıklayan resmî bir rehberdir.

Gıda etiketleme ve tüketiciyi bilgilendirme politikaları da Türkiye’de obeziteyle mücadele bağlamında önem taşımaktadır. Paketli gıdalarda besin içeriğinin açık biçimde sunulması, tüketicilerin daha bilinçli tercih yapmasını destekleyen bir düzenleyici araçtır. Ancak gıda etiketleme sistemlerinin etkili olabilmesi, tüketicilerin etiketi okuyabilmesi, anlayabilmesi, farklı ürünleri karşılaştırabilmesi ve ekonomik olarak sağlıklı ürünü tercih edebilmesiyle ilişkilidir. Bu nedenle etiketleme düzenlemeleri; sağlık okuryazarlığı, tüketici eğitimi, sağlıklı gıdaya ekonomik erişim ve üretici reformülasyonunu teşvik eden politikalarla birlikte ele alınmalıdır. Uluslararası obezite politikası literatüründe ön yüz gıda etiketlemesi, çocuklara yönelik reklam sınırlamaları ve ürün reformülasyonu gibi düzenleyici araçlar, obeziteyle mücadelede bireysel farkındalığın ötesine geçen yapısal müdahale alanları olarak değerlendirilmektedir (Sacks vd., 2009; Taillie vd., 2021). Türkiye’de etiketleme ve bilgilendirme düzenlemeleri önemli bir adım olmakla birlikte, obezite prevalansını azaltmada tek başına yeterli değildir. Sağlık yönetimi açısından bu alan, gıda güvenliği, tüketici politikaları, halk sağlığı eğitimi ve piyasa denetimi arasında koordinasyon gerektiren bir düzenleme alanıdır.

Türkiye’de obeziteyle mücadele politikalarının önemli bir boyutu da sağlık iletişimi ve kamu spotlarıdır. Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, obezite farkındalığı ve kronik hastalık riskleri hakkında yürütülen kampanyalar, toplumun bilgi düzeyini artırmak ve davranış değişikliğini teşvik etmek amacı taşımaktadır. Ancak iletişim kampanyalarının etkisi çoğu zaman kısa dönemli farkındalık artışıyla sınırlı kalabilmektedir. Sağlıklı davranışın kalıcı hâle gelebilmesi için iletişim faaliyetlerinin okul, aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, yerel yönetim programları, işyeri sağlığı uygulamaları ve dijital izlem

sistemleriyle desteklenmesi gerekmektedir. Obezite literatüründe bireysel davranış değişikliğinin, sağlıklı tercihi kolaylaştıran çevresel ve yapısal koşullarla desteklenmediğinde sınırlı etki ürettiği vurgulanmaktadır (Story vd., 2008; Swinburn vd., 2011). Sağlık yönetimi açısından kamu spotlarının başarısı hedef grupların bilgi, tutum, davranış ve sağlık göstergelerinde oluşturduğu değişimle değerlendirilmelidir. Bu nedenle Türkiye’de sağlık iletişimi politikalarının etki analizleriyle desteklenmesi, hangi mesaj türlerinin hangi hedef gruplarda daha etkili olduğunun belirlenmesi ve kampanyaların risk gruplarına özel biçimde tasarlanması gerekmektedir.

Türkiye’de obezite politikalarının en kritik sorun alanlarından biri izleme-değerlendirme kapasitesidir. Ulusal eylem planları, hedef ve stratejiler açısından güçlü bir çerçeve sunsa da bu hedeflerin sahada ne ölçüde gerçekleştiğini düzenli biçimde izlemek her zaman mümkün olmamaktadır. Obezite prevalansının yaş, cinsiyet, bölge, gelir düzeyi, eğitim durumu ve kronik hastalık göstergeleriyle birlikte izlenmesi; okul temelli uygulamaların denetim sonuçlarının takip edilmesi; birinci basamakta obezite taraması yapılan birey oranının ölçülmesi; danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi; fiziksel aktivite kampanyalarının davranışsal etkisinin analiz edilmesi ve yerel düzeyde uygulama farklılıklarının raporlanması gerekmektedir. Halk sağlığı programlarının değerlendirilmesinde hedef kitleye ulaşıp ulaşılmadığı, davranışsal ve biyomedikal göstergelerde değişim oluşup oluşmadığı ve bu değişimin programa atfedilip atfedilemeyeceği de değerlendirilmelidir (Habicht vd., 1999). Sağlık Bakanlığı’nın 2025–2028 dönemine yönelik yeni eylem planı, Türkiye’de obezitenin hâlen önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlandığını ve bu alanda planlı müdahale ihtiyacının sürdüğünü göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Ancak bu tür planların etkili olabilmesi için ölçülebilir performans göstergeleri, düzenli veri toplama mekanizmaları, kurumlar arası sorumluluk paylaşımı ve geri bildirim süreçleri daha güçlü biçimde yapılandırılmalıdır. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025–2028, 2025 yılında yayımlanmış güncel eylem planı olarak bu alandaki devam eden politika ihtiyacını göstermektedir.

Türkiye’de obeziteyle mücadelede sosyoekonomik eşitsizliklerin dikkate alınması da temel bir gerekliliktir. Obezite riski toplumun tüm kesimlerinde aynı düzeyde ortaya çıkmamaktadır; gelir, eğitim, yaşanılan bölge, cinsiyet, meslek, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam olanaklarına erişim gibi değişkenlere göre farklılaşmaktadır. Düşük gelirli bireylerin sağlıklı gıdaya erişimde daha fazla güçlük yaşaması, enerji yoğun ve ucuz gıdaların daha kolay ulaşılabilir olması, fiziksel aktivite alanlarının bazı bölgelerde sınırlı kalması ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan yapısal güçlükler, obeziteyle mücadele

politikalarının etkisini eşitsiz biçimde dağıtabilmektedir (Drewnowski ve Specter, 2004; Marmot, 2005). Türkiye’de yürütülen TURDEP çalışmaları, obezite, diyabet ve metabolik risklerin erişkin nüfusta önemli düzeyde bulunduğunu göstermesi bakımından obezite politikalarının yalnızca genel nüfus yaklaşımıyla değil, risk gruplarını önceleyen bir planlama mantığıyla yürütülmesi gerektiğini desteklemektedir (Satman vd., 2002, 2013). TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verileri de obezite oranlarının cinsiyete göre farklılaştığını ve kadınlarda daha yüksek seyrettiğini göstermektedir (TÜİK, 2023). Bu nedenle Türkiye’de obezite politikaları bölgesel farklılıkları, kırılgan grupları ve hizmete erişim engellerini dikkate alan hedeflenmiş müdahaleleri de içermelidir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, kaynak tahsisi ve hizmet planlamasında ihtiyaç temelli yaklaşımın önemini artırmaktadır.

Türkiye’nin obeziteyle mücadele deneyimi, sağlık yönetimi açısından güçlü yönler ve geliştirilmesi gereken alanlar birlikte değerlendirildiğinde daha anlamlı hâle gelmektedir. Güçlü yönler arasında ulusal eylem planlarının bulunması, obezitenin resmî politika belgelerinde öncelikli halk sağlığı sorunu olarak tanımlanması, okul temelli uygulamaların geliştirilmesi, birinci basamak hizmetlerinin obezite yönetiminde rol üstlenmesi, toplum farkındalığını artırmaya yönelik kampanyaların yürütülmesi ve beslenme-fiziksel aktivite alanında ulusal veri kaynaklarının oluşturulması sayılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; 2019; 2025; TÜİK, 2023). Buna karşılık uygulama düzeyinde kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi, yerel uygulama farklılıklarının azaltılması, okul ve birinci basamak düzeyinde denetim ve izlem kapasitesinin artırılması, sağlık insan gücünün obezite yönetimi konusunda desteklenmesi, etiketleme ve gıda düzenlemelerinin davranışsal etkisinin ölçülmesi, sosyoekonomik eşitsizliklere duyarlı politika araçlarının geliştirilmesi ve izleme-değerlendirme sonuçlarının politika güncellemelerine daha sistematik biçimde yansıtılması gerekmektedir. Sağlık politikası analizi açısından bu durum, politika belgelerinin aktörler, bağlam, süreç ve uygulama kapasitesi bakımından da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Walt ve Gilson, 1994; Walt vd., 2008).

Türkiye’de obeziteyle mücadele politikalarının geleceği, sağlık sisteminin koruyucu ve yönetsel kapasitesine bağlıdır. Obeziteye bağlı kronik hastalık yükü arttıkça sağlık harcamaları, birinci basamak hizmet talebi, uzmanlık hizmetlerine başvuru, ilaç kullanımı ve uzun dönemli izlem gereksinimi de artmaktadır. OECD obezitenin sağlık harcamaları, iş gücü verimliliği ve ekonomik büyüme üzerinde olumsuz etkiler yarattığını belirtmektedir (OECD, 2019). Bu nedenle obeziteyle mücadelede temel öncelik, hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavi etmekten çok, riskleri erken dönemde tanıyan, toplum

düzeyinde sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen, gıda ve fiziksel çevreyi düzenleyen, okul ve aile hekimliği sistemlerini etkin kullanan, yerel yönetimleri sürece dâhil eden ve elde edilen sonuçları sürekli izleyen bir politika mimarisi kurmaktır. Böyle bir yapı, obeziteyi sağlık sistemi içinde yönetilmesi gereken stratejik bir halk sağlığı sorunu olarak konumlandırmaktadır.

2.8. Uluslararası Politikalar

Obeziteyle mücadelede uluslararası politika çerçevesi, son yıllarda yalnızca bireysel davranış değişikliğine dayalı sınırlı yaklaşımlardan uzaklaşarak sağlığı belirleyen çevresel, ekonomik, toplumsal ve kurumsal koşulları dönüştürmeye yönelik daha kapsamlı bir yapıya evrilmiştir. Küresel ölçekte obezite prevalansının artması, bulaşıcı olmayan hastalık yükünün büyümesi, sağlık harcamalarının yükselmesi ve çocukluk çağı obezitesinin erken yaşlardan itibaren kalıcı metabolik riskler üretmesi, obeziteyi yalnızca klinik bir sorun olmaktan çıkarıp uluslararası sağlık politikalarının öncelikli başlıklarından biri hâline getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteyle mücadele için sağlıklı gıda tüketiminin teşvik edilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, gebelik öncesi ve gebelik döneminden itibaren risklerin azaltılması, erken çocukluk döneminde sağlıklı beslenme ve hareket alışkanlıklarının desteklenmesi, okul çağındaki çocuklar için beslenme ve fiziksel aktivite ortamlarının iyileştirilmesi ve kilo yönetimi hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2016). Bu yaklaşım, obezite politikalarının gıda sistemi, okul çevresi, medya, yerel yönetimler, kent planlaması, birinci basamak sağlık hizmetleri ve izleme-değerlendirme mekanizmalarıyla birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Çocukluk Çağı Obezitesini Sona Erdirme Komisyonu raporu, çocukluk ve ergenlik obezitesine yönelik önerileri farklı ülke bağlamlarında uygulanabilecek çok bileşenli bir politika paketi olarak geliştirmiştir.

Uluslararası politikaların en dikkat çekici yönlerinden biri, obeziteyle mücadelede düzenleyici araçların giderek daha fazla kullanılmasıdır. Gıda endüstrisinin üretim, fiyatlandırma, pazarlama ve ürün formülasyonu üzerindeki etkisi, bireylerin beslenme davranışlarını güçlü biçimde yönlendirdiği için birçok ülkede kamu otoriteleri yalnızca bilgilendirme kampanyalarıyla yetinmemekte; ürün içeriği, reklam, etiketleme, vergilendirme ve okul ortamları üzerinden piyasayı dönüştürmeye çalışan politikalar geliştirmektedir. Bu tür düzenleyici müdahaleler, sağlık yönetimi açısından obeziteyle mücadelenin, risk ortamlarını yönetmek anlamına geldiğini göstermektedir. Özellikle çocuklara yönelik sağlıksız gıda pazarlamasının sınırlandırılması, okul çevresinde yüksek

kalorili ve besin değeri düşük ürünlerin erişiminin azaltılması, paketli gıdalarda besin içeriğinin daha görünür hâle getirilmesi, üreticilerin ürün reformülasyonuna teşvik edilmesi ve şekerli içecek tüketimini azaltan mali araçların kullanılması, uluslararası düzeyde öne çıkan politika stratejileridir. OECD’nin obezitenin ekonomik yüküne ilişkin değerlendirmesi de obezitenin bireysel sağlık sonuçlarının ötesinde sağlık harcamalarını, iş gücü üretkenliğini ve ekonomik büyümeyi etkilediğini; bu nedenle önleyici müdahalelerin sağlık ekonomisi açısından güçlü bir gerekçeye sahip olduğunu ortaya koymaktadır (OECD, 2019). OECD’ye göre obezite ve fazla kiloluluk, sağlık harcamalarını artıran, çalışan üretkenliğini azaltan ve uzun vadede gayrisafi yurtiçi hasıla üzerinde olumsuz etkiler yaratan bir halk sağlığı sorunudur.

Bu çerçevede uluslararası deneyimler, obeziteyle mücadelede tekil ve kısa süreli müdahalelerin yeterli olmadığını göstermektedir. Şekerli içecek vergileri, gıda etiketleme sistemleri, okul sağlığı programları, medya ve pazarlama düzenlemeleri, birinci basamak danışmanlık hizmetleri, fiziksel aktiviteyi destekleyen çevresel düzenlemeler ve sağlık iletişimi kampanyaları ancak birbirini tamamlayan bir politika paketi içinde uygulandığında daha güçlü sonuçlar üretmektedir. Bir ülkede yalnızca farkındalık kampanyalarına ağırlık verilmesi, sağlıksız gıdaya erişimin kolay, sağlıklı gıdanın pahalı, fiziksel aktivite imkânlarının sınırlı ve okul çevrelerinin yetersiz olduğu bir ortamda kalıcı davranış değişikliği üretmekte zorlanmaktadır. Benzer biçimde yalnızca vergilendirme veya etiketleme uygulamaları da sosyal eşitsizlikler, sağlık okuryazarlığı, denetim kapasitesi ve alternatif sağlıklı seçeneklere erişimle desteklenmediğinde sınırlı etki yaratmaktadır. Bu nedenle obeziteyle mücadelede başarılı görülen ülke örnekleri, politika belgesi hazırlamanın ötesine geçerek ölçülebilir hedefler, güçlü kurumlar arası koordinasyon, düzenleyici araçlar, okul ve birinci basamak temelli uygulamalar, yerel yönetim desteği ve düzenli izleme-değerlendirme mekanizmaları kurmanın önemini göstermektedir.

Birleşik Krallık’ta uygulanan *Soft Drinks Industry Levy*, obeziteyle mücadelede ekonomik araçların üretici davranışını da dönüştürebileceğini göstermesi bakımından önemli bir örnektir. 2018 yılında yürürlüğe giren bu uygulama, şekerli içecek tüketimini azaltmanın yanında üreticileri ürünlerindeki şeker miktarını düşürmeye yönlendirmeyi amaçlamıştır. Scarborough vd., (2020) kontrollü kesintili zaman serisi analizine dayanan çalışması, uygulamanın içeceklerin şeker içeriğinde azalma ve üretici reformülasyonu üzerinde etkili olabildiğini göstermektedir. Bu örnek, obezite politikalarının yalnızca tüketiciyi “daha sağlıklı seçim yapmaya” çağırmadığını; aynı zamanda piyasa aktörlerinin ürün geliştirme, içerik düzenleme ve pazarlama kararlarını da dönüştürmeyi

hedeflediğini ortaya koymaktadır. Sağlık yönetimi açısından Birleşik Krallık deneyimi, iyi tasarlanmış mali politikaların hem davranışsal hem de yapısal sonuçlar üretebileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Ancak bu tür vergilendirme politikalarının etkisi verginin kapsamı, ürün gruplarının doğru tanımlanması, üreticilerin reformülasyon kapasitesi, fiyat değişikliklerinin tüketiciye yansımaları ve sonuçların düzenli biçimde izlenmesiyle doğrudan ilişkilidir.

Avrupa Birliği düzeyindeki politika yaklaşımı ise obeziteyle mücadeleyi daha geniş bir gıda sistemi ve sürdürülebilirlik çerçevesi içinde ele almaktadır. Avrupa Komisyonu'nun *Farm to Fork Strategy* belgesi, gıda sistemlerinin insan sağlığı, çevresel sürdürülebilirlik, üretim biçimleri, tüketici tercihleri ve piyasa düzenlemeleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, obezite politikalarını sağlıklı, güvenli, erişilebilir ve sürdürülebilir gıda ortamlarının oluşturulmasını hedefleyen daha geniş bir kamu politikası alanı içine yerleştirmektedir. Avrupa Birliği çerçevesinde ön yüz beslenme etiketleme sistemleri, tüketici bilgilendirme mekanizmaları, çocuklara yönelik pazarlama sınırları, ürün reformülasyonu ve gıda endüstrisinin sorumluluğu gibi alanlar obeziteyle mücadelede dolaylı fakat önemli araçlar olarak değerlendirilmektedir. Sağlık yönetimi bakımından bu yaklaşım, obezite politikasının tarım, gıda güvenliği, eğitim, tüketici hakları, ticaret, çevre ve yerel yönetim politikalarıyla birlikte çok sektörlü biçimde yönetilmesi gerektiğini göstermektedir.

Uluslararası politika örnekleri içinde etiketleme uygulamaları da ayrı bir önem taşımaktadır. Besin etiketleri, tüketicilerin satın alma sırasında ürünlerin enerji, şeker, tuz ve yağ içeriğini görebilmesini sağlayarak daha bilinçli tercihler yapmasına katkı sunmayı amaçlamaktadır. Ancak klasik arka yüz besin tabloları çoğu zaman karmaşık bulunmakta ve özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler için yeterince etkili olmamaktadır. Bu nedenle bazı ülkelerde daha görünür, anlaşılır ve uyarıcı nitelikte ön yüz etiketleme sistemleri geliştirilmiştir. Trafik ışığı modeli, uyarı etiketi uygulamaları ve beslenme puanlama sistemleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Şili'de uygulanan uyarı etiketi ve çocuklara yönelik pazarlama sınırlamaları, uluslararası literatürde bu alandaki dikkat çekici örneklerden biridir. Taillie ve arkadaşları, Şili'deki gıda etiketleme, pazarlama ve okul satış politikalarının ardından bazı yüksek içerikli ürünlerin satın alımlarında azalma gözlemlendiğini ortaya koymuştur (Taillie vd., 2021). Bu tür düzenlemeler, üreticiler üzerinde ürün reformülasyonu yönünde baskı oluşturarak gıda ortamını daha sağlıklı hâle getirmeye de hizmet etmektedir. Sağlık yönetimi açısından etiketleme politikalarının başarısı, etiket türünün anlaşılabilirliğine, tüketicinin sağlık

okuryazarlığına, fiyat ve erişim koşullarına, denetim kapasitesine ve üretici davranışlarındaki değişimin izlenmesine bağlıdır.

Uluslararası düzeyde okul temelli müdahaleler, obeziteyle mücadelede en güçlü politika alanlarından biri olarak kabul edilmektedir. Çocukluk döneminde kazanılan beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları yetişkinlik dönemindeki metabolik ve kardiyovasküler riskleri etkilediği için okullar, koruyucu sağlık politikalarının uygulanabileceği stratejik kurumlardır. Sağlıklı okul yemekleri, kantin düzenlemeleri, çocuklara yönelik beslenme eğitimi, fiziksel aktivite saatlerinin artırılması, güvenli oyun ve spor alanlarının oluşturulması, okul çevresinde sağlıksız gıda erişiminin sınırlandırılması ve aile katılımının sağlanması bu politikaların temel bileşenleridir. Bununla birlikte okul politikalarının başarısı, uygulamanın yerel düzeyde denetlenmesine, okullar arasındaki kaynak farklılıklarının azaltılmasına, öğretmen ve okul yöneticilerinin sürece katılmasına ve program sonuçlarının düzenli biçimde ölçülmesine bağlıdır. Bu nedenle okul temelli obezite politikaları sağlık yönetimi açısından eğitim sistemi ile sağlık sistemi arasında sürdürülebilir bir yönetim modeli kurulmasını gerektirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün çocukluk çağı obezitesine yönelik raporunda okul çağındaki çocuklarda sağlık, beslenme ve fiziksel aktivite ortamlarının iyileştirilmesi temel politika alanlarından biri olarak tanımlanmıştır (WHO, 2016).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin obeziteyle mücadelede güçlendirilmesi, uluslararası politika belgelerinde giderek daha fazla vurgulanan bir başka alandır. Obezite çoğu zaman tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve kardiyovasküler risklerle birlikte seyrettiği için erken tarama ve düzenli izlem büyük önem taşımaktadır. Birinci basamak hizmetleri beden kitle indeksi, bel çevresi, beslenme davranışı, fiziksel aktivite düzeyi ve metabolik risk göstergelerinin izlenmesi açısından en uygun hizmet basamağıdır. Ayrıca bu basamakta sunulan yaşam tarzı danışmanlığı, riskli bireylerin erken dönemde desteklenmesine ve daha yüksek maliyetli komplikasyonların önlenmesine katkı sağlayabilir. Ancak birinci basamak hizmetlerinin obezite yönetiminde etkili olabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitimi, danışmanlık için ayrılan süre, multidisipliner ekip desteği, dijital izlem sistemleri ve sevk mekanizmalarının işlerliği önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık sistemleri yaklaşımı, hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, finansman ve yönetim bileşenlerinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulayarak obezite gibi çok boyutlu halk sağlığı sorunlarının yalnızca klinik müdahalelerle sınırlı biçimde yönetilemeyeceğini ortaya koymaktadır (WHO, 2007).

Uluslararası politikaların Türkiye açısından sunduğu temel ders, obeziteyle mücadelede politika belgesi hazırlamanın tek başına yeterli olmadığıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün çocukluk çağı obezitesine ilişkin önerileri, Birleşik Krallık'ın üretici reformülasyonunu teşvik eden mali düzenlemesi, Avrupa Birliği'nin sağlıklı ve sürdürülebilir gıda sistemleri yaklaşımı, Şili'nin uyarı etiketi ve pazarlama sınırlamaları ile OECD'nin ekonomik önleme perspektifi birlikte değerlendirildiğinde, etkili politika mimarisinin bireyin içinde yaşadığı sağlık, eğitim, gıda ve kent çevresini de dönüştürmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Bu çerçevede, sağlık yönetimi açısından obezitenin tedavi edici hizmetlerin ötesinde; planlama, kaynak yönetimi, yönetim, düzenleme ve performans izleme süreçleriyle birlikte ele alınması gereken stratejik bir halk sağlığı sorunu olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır.

Güney Kore, obeziteyle mücadele politikaları açısından dikkat çekici bir örnek oluşturmaktadır. Ülke, OECD ülkeleri arasında obezite prevalansının görece düşük olduğu ülkelerden biri olmasına rağmen, hızlı kentleşme, çalışma yaşamındaki dönüşüm, geleneksel beslenme örüntüsünün zayıflaması, Batı tarzı beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması, fiziksel aktivite düzeylerindeki düşüş ve sedanter yaşam biçimlerinin artması nedeniyle giderek daha görünür bir obezite riskiyle karşı karşıyadır. Bu yönüyle Güney Kore deneyimi, obezite oranlarının henüz çok yüksek seviyelere ulaşmadığı ülkelerde dahi erken önlem almanın, risk izleme sistemleri kurmanın ve sağlık sistemini koruyucu müdahalelerle güçlendirmenin önemini göstermektedir. OECD'nin Kore'ye ilişkin halk sağlığı değerlendirmesi, ülkenin güçlü sağlık altyapısına rağmen tütün kullanımı, alkol tüketimi, fiziksel inaktivite, beslenme davranışları ve obezite gibi davranışsal risk alanlarında daha bütüncül halk sağlığı politikalarına ihtiyaç duyduğunu belirtmektedir (OECD, 2020). OECD'nin Kore halk sağlığı incelemesi, kronik hastalık yükü ve davranışsal risklerle mücadelede halk sağlığı sisteminin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

OECD verileri, Güney Kore'de yetişkin obezite oranlarının uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ölçütüne göre hâlen düşük düzeyde seyrettiğini, ancak yıllar içinde kademeli bir artış eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. 2010 yılında % 4.7 olarak verilen yetişkin obezite oranının 2020 yılında % 8.0'a yükselmesi, obezite yükünün henüz Amerika Birleşik Devletleri ve birçok Avrupa ülkesindeki kadar yüksek olmamakla birlikte, sağlık sistemi açısından izlenmesi gereken bir risk alanına dönüştüğünü göstermektedir. Bu artış, Güney Kore'de obeziteyle mücadele politikalarının gelecekte ortaya çıkabilecek kronik hastalık yükünü önlemeye

yönelik stratejik bir sağlık yönetimi aracı olarak değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Tablo 1. Güney Kore’de yetişkin obezite oranlarının yıllara göre değişimi, $BKİ \geq 30$, OECD verilerine göre (OECD, 2022).

Yıl	Obezite oranı (%)
2010	4.7
2012	5.1
2014	5.6
2016	6.3
2018	7.2
2020	8.0

Tablo 1’de görüldüğü üzere Güney Kore’de obezite oranı on yıllık süreçte düzenli biçimde artmıştır. Bu artış ilk bakışta sınırlı görünmekle birlikte, sağlık yönetimi açısından erken uyarı niteliği taşımaktadır. Çünkü obezite prevalansındaki kademeli yükseliş, ilerleyen yıllarda tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını artırabilecek bir zemin oluşturmaktadır. Bu nedenle Güney Kore’nin politika yaklaşımı, obeziteye bağlı kronik hastalık yükünü erken dönemde önlemeye, risk gruplarını izlemeye ve sağlık sisteminin uzun vadeli maliyet baskısını azaltmaya yönelmiştir. OECD’nin Asya/Pasifik sağlık göstergeleri raporu, ülkeler arasında sağlık durumunu, sağlık belirleyicilerini, sağlık hizmeti kaynaklarını ve finansmanı karşılaştırmalı biçimde değerlendiren temel kaynaklardan biridir.

Güney Kore’de obeziteye ilişkin değerlendirmelerde dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri, uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan beden kitle indeksi ölçütü ile ülke içi klinik ve epidemiyolojik değerlendirmelerde kullanılan ölçütlerin farklılaşabilmesidir. OECD gibi uluslararası kuruluşlar obeziteyi çoğunlukla $BKİ \geq 30$ kg/m^2 ölçütüyle karşılaştırırken, Asya toplumlarında metabolik risklerin daha düşük $BKİ$ düzeylerinde ortaya çıkabilmesi nedeniyle Kore literatüründe obezite çoğu zaman $BKİ \geq 25$ kg/m^2 üzerinden tanımlanmaktadır. Kore Obezite Derneği’nin 2022 klinik uygulama güncellemesinde fazla kiloluluk için $BKİ \geq 23$ kg/m^2 , obezite için ise $BKİ \geq 25$ kg/m^2 ölçütünün kullanıldığı belirtilmektedir (Haam vd., 2023). Bu durum, Güney Kore’nin uluslararası tabloda düşük obezite oranına sahip görünmesine karşın, ülke içi sağlık yönetimi açısından fazla kiloluluk ve obezite riskinin daha geniş bir nüfus grubunu ilgilendirdiğini göstermektedir. Kore Obezite Derneği’nin çalışmalarına dayanan ulusal değerlendirmeler, $BKİ \geq 25$ kg/m^2 ölçütü kullanıldığında yetişkin nüfusta obezite sıklığının oldukça yüksek düzeylere ulaştığını ve özellikle erkeklerde, genç yetişkinlerde

ve abdominal obezite göstergelerinde artış eğiliminin belirginleştiğini ortaya koymaktadır (Yang vd., 2022). Yang ve arkadaşlarının Kore obezite bilgi formuna dayalı çalışması, $BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ölçütüyle Kore nüfusunun yaklaşık % 40'ının obez sınıfında değerlendirilebildiğini belirtmektedir. Bu nedenle Güney Kore örneği, obeziteyle mücadelede tek bir uluslararası sınıflandırmaya bağlı kalmanın yeterli olmadığını göstermektedir. Ülkenin demografik, etnik, biyolojik ve metabolik risk özelliklerini dikkate alan ulusal izleme sistemleri sağlık politikası açısından kritik değer taşımaktadır. Uluslararası ölçütü düşük görünen obezite düzeyi, ulusal eşiklerle değerlendirildiğinde çok daha geniş bir risk grubunu görünür hâle getirebilir. Bu durum sağlık yönetimi açısından iki önemli sonuç üretmektedir. Birincisi, obezite politikalarının yalnızca küresel karşılaştırmalara dayanarak gevşetilmemesi gerekir; ikincisi, risk tanımı toplumun metabolik özelliklerine göre uyarlanmadığında, erken müdahale edilmesi gereken gruplar sağlık sisteminin izleme alanının dışında kalabilir. Güney Kore'nin politika deneyimi bu açıdan, obeziteyle mücadelede epidemiyolojik ölçüm, klinik eşik değerler, ulusal rehberler ve sağlık hizmeti planlaması arasındaki ilişkinin önemini açık biçimde ortaya koymaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri ise obeziteyle mücadele politikaları açısından farklı ve daha ağır bir tablo sunmaktadır. Ülke, uzun yıllardır obeziteyi halk sağlığını tehdit eden en önemli kronik risk alanlarından biri olarak tanımlamasına ve federal, eyalet ve yerel düzeyde çok sayıda müdahale programı geliştirmesine rağmen, obezite prevalansını kalıcı biçimde azaltmakta sınırlı başarı elde etmiştir. Bu durum, obeziteyle mücadelede politika araçlarının bütüncül, sürdürülebilir, eşitsizlikleri dikkate alan ve güçlü bir izleme-değerlendirme sistemiyle desteklenen bir sağlık yönetimi yaklaşımı içinde uygulanması gerektiğini göstermektedir. ABD örneği sağlık yönetimi açısından özellikle önemlidir; çünkü ülkede obeziteyle mücadele politikaları geniş bir araç setine sahip olmakla birlikte, sağlık sisteminin parçalı yapısı, federal ve eyalet düzeyleri arasındaki uygulama farklılıkları, özel sektörün ve gıda endüstrisinin güçlü etkisi, sosyoekonomik eşitsizlikler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki farklılıklar nedeniyle beklenen düzeyde nüfus sağlığı kazanımı üretmekte zorlanmaktadır.

ABD'de obezite prevalansı uzun dönemli eğilimler dikkate alındığında oldukça yüksek düzeydedir. CDC verilerine göre ABD'de 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı 2017–Mart 2020 döneminde % 41.9 olarak bildirilmiş; aynı dönemde ciddi obezite prevalansı % 9.2 olarak hesaplanmıştır (CDC, 2024a). CDC'nin 2021–2023 dönemine ilişkin NCHS veri özetinde ise yetişkin obezite prevalansı % 40.3 olarak verilmiştir (CDC, 2024b). Bu iki veri birlikte değerlendirildiğinde, ABD'de yetişkin

obezitesinin yaklaşık her on yetiştikenden dördünü etkileyen kalıcı bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. OECD ülke profili de Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite prevalansının OECD ortalamasının belirgin biçimde üzerinde olduğunu göstermektedir.

OECD verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin obezite oranı 2010 yılında % 33.7 iken 2020 yılında % 40.0'a yükselmiştir. Bu artış, ülkede uzun yıllardır yürütülen farkındalık kampanyaları, okul beslenme düzenlemeleri, menü etiketleme uygulamaları, yerel vergilendirme girişimleri ve toplum temelli programlara rağmen obezite yükünün kalıcı biçimde azaltılamadığını göstermektedir. Bu nedenle ABD deneyimi, obezite politikalarının sağlık sistemi, eğitim sistemi, sosyal destek mekanizmaları ve gıda politikaları arasında daha güçlü bir koordinasyonla yürütülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 2. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkin obezite oranlarının yıllara göre değişimi, BKİ ≥ 30 , OECD verilerine göre (OECD, 2022).

Yıl	Obezite oranı (%)
2010	33.7
2012	34.9
2014	36.5
2016	38.2
2018	39.6
2020	40.0

Tablo 2'de görülen yükseliş, ABD'de obeziteyle mücadele politikalarının sağlık yönetimi açısından eleştirel biçimde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. 2010–2020 döneminde obezite oranının kademeli biçimde artması, sorunun yalnızca bireysel farkındalık eksikliğiyle açıklanamayacağını göstermektedir. ABD'de obeziteye yönelik çok sayıda müdahale geliştirilmiş olmasına rağmen, bu müdahalelerin önemli bir kısmı parçalı biçimde uygulanmıştır. Federal politika, eyalet düzenlemeleri, yerel girişimler, okul programları, sosyal yardım mekanizmaları ve sağlık hizmetleri arasında her zaman güçlü bir bütünlük sağlanamamıştır. Bu durum, obeziteyle mücadelede program çeşitliliğinden çok uygulama bütünlüğünün, kurumsal koordinasyonun, kaynak tahsisinin ve sonuç odaklı izleme-değerlendirme kapasitesinin belirleyici olduğunu göstermektedir.

ABD'de çocukluk çağı obezitesiyle mücadelede en görünür politika girişimlerinden biri, 2010 yılında başlatılan *Let's Move!* kampanyasıdır. Bu kampanya, çocukluk çağı obezitesini azaltmayı, fiziksel aktiviteyi teşvik etmeyi, okul yemeklerinin besin kalitesini artırmayı, aileleri sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirmeyi ve toplumun farklı aktörlerini çocuk sağlığı etrafında harekete geçirmeyi amaçlamıştır. Aynı dönemde yürürlüğe giren *Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010*, okul yemeklerinde beslenme

standartlarının iyileştirilmesi bakımından önemli bir yasal düzenleme olmuştur. Bu düzenleme, okul öğünlerinde tam tahıl, sebze, meyve ve düşük yağlı süt ürünlerinin artırılması; sodyum, doymuş yağ ve enerji yoğun ürünlerin sınırlandırılması gibi uygulamalarla okul beslenme ortamını daha sağlıklı hâle getirmeyi hedeflemiştir. Okul yemeklerinin niteliğinin artması, çocukların okul ortamında daha sağlıklı gıdalara erişebilmesi açısından önemli bir kazanımdır. Ancak çocukların okul dışındaki beslenme çevresi, ailelerin gelir düzeyi, mahallelerde sağlıklı gıdaya erişim, reklam ve pazarlama baskısı, ekran süresi ve fiziksel aktivite olanakları bu kazanımları sınırlayabilmektedir. Bu nedenle ABD örneği, okul politikalarının tek başına yeterli olmadığını; çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde okul, aile, toplum, yerel yönetim, sağlık hizmetleri ve gıda piyasası arasında bütüncül bir yönetim modeline ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir.

ABD’de obeziteyle mücadelede kullanılan bir diğer politika aracı menü ve kalori etiketlemesidir. Federal düzeyde restoran zincirlerinde ve benzeri gıda hizmeti sunan işletmelerde kalori bilgilerinin görünür hâle getirilmesi, tüketicilerin daha bilinçli tercihler yapmasını desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, bireye bilgi sunarak davranış değişikliği yaratmayı hedefleyen daha liberal bir politika anlayışına dayanmaktadır. Ancak menü etiketleme uygulamalarına ilişkin literatür, bu politikanın etkisinin genellikle sınırlı ve bağlama duyarlı olduğunu göstermektedir. Kalori bilgisinin sunulması bazı tüketicilerde tercihleri etkileyebilmekle birlikte, fiyat, alışkanlık, ürün erişilebilirliği, porsiyon büyüklüğü, sağlık okuryazarlığı ve sosyal çevre gibi faktörler tüketim kararlarını güçlü biçimde belirlemeye devam etmektedir. Bu nedenle menü etiketleme, obeziteyle mücadelede yararlı fakat tek başına yeterli olmayan bir araç olarak değerlendirilmelidir. Sağlık yönetimi açısından bu tür bilgilendirme politikalarının etkili olabilmesi için tüketici eğitimi, sağlıklı seçeneklerin ekonomik olarak erişilebilir olması, porsiyon düzenlemeleri ve üretici reformülasyonu gibi yapısal müdahalelerle desteklenmesi gerekmektedir.

ABD’de düşük gelirli gruplara yönelik beslenme destek programları, obezite politikalarının sosyal eşitsizlik boyutunu görünür kılan önemli bir alandır. *Supplemental Nutrition Assistance Program* gıda güvencesizliği yaşayan birey ve ailelere beslenme desteği sağlaması bakımından kritik bir sosyal politika aracıdır. Ancak düşük gelirli grupların sağlıklı gıdaya erişiminde yaşanan çevrede taze ve besleyici gıdanın bulunabilirliği, ulaşım olanakları, mutfak ekipmanı, saklama koşulları, çalışma saatleri ve sağlık okuryazarlığı gibi yapısal faktörler de belirleyicidir. Bu nedenle beslenme destek programları, gıda güvencesizliğini azaltmada önemli olmakla birlikte, sağlıklı beslenme kalitesini artırmak için tek başına yeterli değildir. Sağlık yönetimi açısından bu durum,

obezite politikalarının sosyal yardım, gıda erişimi, yerel gıda ortamları ve sağlık eğitimiyle birlikte tasarlanması gerektiğini göstermektedir. Aksi hâlde obezite düşük gelirli gruplarda yalnızca bireysel tercih sorunu olarak görülür ve sorunu üreten yapısal koşullar gözden kaçırılır.

ABD’de bazı yerel yönetimler, şekerli içecek tüketimini azaltmak amacıyla vergilendirme politikaları uygulamaya başlamıştır. Berkeley, California, 2014 yılında ABD’de şekerli içecek vergisini uygulayan ilk şehirlerden biri olmuş ve bu uygulama kamu sağlığı politikaları açısından önemli bir örnek oluşturmuştur. Silver ve arkadaşlarının değerlendirmesi de Berkeley vergisinin fiyatlar, satışlar ve tüketim alışkanlıkları üzerindeki etkisini inceleyerek yerel vergilendirme uygulamalarının obeziteyle mücadelede kullanılabilecek mali araçlar arasında yer aldığını ortaya koymuştur (Silver vd., 2017). Ancak ABD’de bu tür vergilerin ulusal ölçekte yaygınlaşması kolay olmamıştır. Gıda ve içecek endüstrisinin politik etkisi, yerel yönetimler arasındaki farklılıklar, vergi karşıtı kampanyalar ve bireysel özgürlük söylemi, şekerli içecek vergilerinin daha geniş ölçekte uygulanmasını sınırlamaktadır. Bu durum, sağlık yönetimi açısından obezite politikalarının politik uygulanabilirliğe, kamuoyu desteğine ve düzenleyici kapasiteye de bağlı olduğunu göstermektedir.

ABD’de obezite politikalarının en önemli yapısal sorunlarından biri, sağlık sisteminin parçalı niteliğidir. Federal yönetim, eyalet yönetimleri, yerel yönetimler, özel sigorta şirketleri, kamu sağlık programları, okullar, toplum kuruluşları ve özel sektör aktörleri obeziteyle mücadelede farklı düzeylerde rol almakta; ancak bu aktörler arasında her zaman tutarlı ve sürdürülebilir bir koordinasyon sağlanamamaktadır. Sağlık sisteminin finansman yapısı, hizmete erişimdeki farklılıklar ve sigorta kapsamındaki eşitsizlikler, obeziteyle ilişkili koruyucu hizmetlerin ve uzun dönemli danışmanlık desteğinin toplumun tüm kesimlerine eşit biçimde ulaşmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle düşük gelirli, kırsal bölgelerde yaşayan, etnik azınlıklara mensup ve sağlık hizmetlerine erişimi sınırlı gruplar obeziteye bağlı sağlık riskleri bakımından daha kırılgan hâle gelmektedir. CDC’nin eyalet düzeyindeki obezite haritaları, ABD’de obezite yükünün coğrafi olarak da eşitsiz dağıldığını ve tüm eyaletlerde yetişkin obezitesinin yüksek bir halk sağlığı sorunu hâline geldiğini göstermektedir.

ABD’de geliştirilen müdahalelerin önemli bir kısmı bireysel davranış değişikliği, tüketici bilgilendirmesi ve yerel inisiyatifler üzerine kuruludur. Bu yaklaşım, bireysel seçim özgürlüğünü merkeze alan Amerikan politika kültürüyle uyumlu olmakla birlikte, obeziteyi üreten yapısal risk ortamlarını dönüştürmede sınırlı kalabilmektedir. Gıda endüstrisinin ürün formülasyonu, reklam stratejileri, porsiyon büyüklükleri ve

fiyatlandırma politikaları; kentlerin yürünebilirliği, güvenli fiziksel aktivite alanlarının varlığı ve düşük gelirli bölgelerde sağlıklı gıdaya erişim gibi faktörler güçlü biçimde düzenlenmediğinde, bireysel davranış değişikliği kampanyalarının etkisi sınırlı olmaktadır.

Gıda endüstrisinin ve ticari çıkar gruplarının politika süreçleri üzerindeki etkisi, ABD’de obeziteyle mücadelede önemli bir sınırlılık oluşturmaktadır. Sağlıksız gıda ve içeceklerin pazarlanması, çocuklara yönelik reklam stratejileri, şekerli içecek tüketimini artıran promosyonlar, porsiyon büyüklüklerinin yaygınlığı ve düzenleyici müdahalelere karşı geliştirilen lobi faaliyetleri, kamu sağlığı hedeflerinin uygulanmasını zorlaştırabilmektedir. Brownell ve Warner, tütün endüstrisiyle mücadele deneyiminden hareketle gıda politikalarında da ticari çıkarların halk sağlığı hedefleriyle çatışabileceğini belirtmektedir (Brownell ve Warner, 2009). Nestle de gıda politikalarının endüstriyel çıkarlar, pazarlama stratejileri ve politik karar alma süreçleriyle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (Nestle, 2013). Bu bağlamda ABD örneği, obeziteyle mücadelede sağlık yönetiminin düzenleyici yönetim, çıkar çatışmalarının yönetimi ve kamu yararının korunması gibi daha geniş politika alanlarını da kapsadığını göstermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde obeziteyle mücadele politikalarının güçlü yönleri ve sınırlılıkları birlikte değerlendirildiğinde karmaşık bir tablo ortaya çıkmaktadır. Güçlü yönler arasında geniş araştırma altyapısı, CDC gibi kurumlar aracılığıyla yürütülen düzenli izleme sistemleri, okul beslenme standartlarının geliştirilmesi, yerel düzeyde yenilikçi vergilendirme uygulamaları, toplum temelli programlar ve obezitenin ekonomik yüküne ilişkin kapsamlı veri üretimi yer almaktadır. Buna karşılık obezite oranlarının yüksek düzeyde kalması, politikaların parçalı yürütülmesi, ulusal düzeyde güçlü düzenleyici araçların sınırlı uygulanması, sosyoekonomik eşitsizliklerin devam etmesi, gıda endüstrisinin politik etkisi ve davranış değişikliği programlarının yapısal çevre düzenlemeleriyle yeterince bütünleşmemesi önemli sorun alanlarıdır. Sağlık yönetimi açısından bu tablo, obeziteyle mücadelede programların ortak hedeflere bağlanması, performans göstergeleriyle izlenmesi, risk gruplarına erişimi artırması ve sağlıklı yaşamı destekleyen çevresel koşullar üretmesi gerektiğini göstermektedir.

ABD deneyiminin Türkiye açısından sunduğu temel ders, obeziteyle mücadelede parçalı, kısa süreli ve yalnızca bireysel davranış değişikliğine dayanan politikaların sınırlı sonuç üreteceğidir. ABD’de okul yemekleri, menü etiketleme, yerel şekerli içecek vergileri, toplum kampanyaları ve sosyal destek programları gibi çok sayıda araç kullanılmasına rağmen, bu araçların ulusal düzeyde bütüncül bir sağlık yönetimi mimarisi içinde yürütülmemesi obezite prevalansının yüksek düzeyde kalmasına neden olmuştur.

Güney Kore örneği ise obezite oranları uluslararası ölçütlere göre düşük görünse bile artış eğiliminin erken dönemde izlenmesi, ulusal BKİ eşiklerinin metabolik risklere göre belirlenmesi ve halk sağlığı kapasitesinin koruyucu biçimde güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Uluslararası politika çerçevesi, Güney Kore ve ABD deneyimleri birlikte değerlendirildiğinde, obezite yönetiminde temel ilkenin gıda sistemini, okul ortamını, fiziksel çevreyi, birinci basamak hizmetlerini, sosyal destek mekanizmalarını ve düzenleyici politikaları ortak bir sağlık yönetimi mantığı içinde bütünleştirmek olduğu görülmektedir. Bu nedenle obeziteyle mücadelede etkili politika tasarımı; uygulama kapasitesi, sektörler arası koordinasyon, güçlü denetim, eşitsizliklere duyarlı kaynak tahsisi, veri temelli izleme ve düzenleyici kararlılık gerektirmektedir.

2.9. Obezitenin Ekonomik ve Sosyal Yansımaları

Obezite, günümüzde sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliğini, iş gücü piyasasının verimliliğini, sosyal güvenlik harcamalarını, toplumsal eşitsizlikleri ve bireylerin sosyal yaşama katılımını doğrudan etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Obezite prevalansındaki artış, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlaşmasıyla birlikte sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı hizmet talebini artırmakta; tanı, tedavi, izlem, ilaç kullanımı, hastane başvurusu ve uzun dönemli bakım gereksinimleri üzerinden sağlık harcamalarını büyütmektedir. Bu nedenle obezite, sağlık ekonomisi, kaynak tahsisi, hizmet planlaması ve sosyal politika alanlarının kesişiminde yer alan stratejik bir yönetim sorunu olarak değerlendirilmelidir. Dünya Obezite Federasyonu'nun 2023 raporunda, mevcut eğilimlerin sürmesi hâlinde fazla kiloluluk ve obezitenin küresel ekonomik etkisinin 2035 yılına kadar yıllık 4.32 trilyon ABD dolarına ulaşabileceği öngörülmektedir (World Obesity Federation, 2023). Bu büyüklük, obezitenin üretkenlik, sosyal güvenlik, eğitim, istihdam, gıda politikaları ve toplumsal refah düzeyiyle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Dünya Obezite Federasyonu'nun 2023 değerlendirmesi, önleme ve tedavi politikalarının güçlendirilmemesi durumunda obezitenin ekonomik etkisinin küresel GSYH'nin yaklaşık % 3'üne yaklaşabileceğini belirtmektedir.

Ekonomik açıdan obezitenin etkileri doğrudan ve dolaylı maliyetler üzerinden değerlendirilmektedir. Doğrudan maliyetler, obeziteyle ilişkili hastalıkların tanı, tedavi, ilaç, cerrahi girişim, hastane yatışı ve uzun dönemli takip süreçlerinden kaynaklanan sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi, uyku apnesi, osteoartrit, bazı kanser türleri ve karaciğer yağlanması gibi obeziteyle ilişkili hastalıklar, sağlık sisteminde sürekli izlem gerektiren

ve maliyeti yüksek hizmetleri oluşturmaktadır. OECD'nin obezitenin ekonomik yüküne ilişkin kapsamlı analizinde, fazla kiloluluk ve obezitenin sağlık harcamalarını artırdığı, iş gücü üretkenliğini azalttığı ve ülkelerin ekonomik büyümesi üzerinde uzun vadeli baskı oluşturduğu belirtilmektedir (OECD, 2019). OECD raporunda fazla kilolulukla ilişkili sağlık sorunlarının, iş gücü verimliliği ve sağlık harcamaları üzerindeki etkileriyle birlikte OECD ülkelerinde gayrisafi yurtiçi hasılayı ortalama % 3.3 azaltabileceği ifade edilmektedir. Tremmel vd. (2017) tarafından yapılan sistematik derleme de obezitenin ekonomik yükünün dolaylı üretkenlik kayıpları, iş gücü devamsızlığı, erken emeklilik ve engellilik gibi kanallar aracılığıyla toplum ekonomisi üzerinde geniş kapsamlı etkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Doğrudan sağlık harcamalarının artması, sağlık yönetimi açısından kaynak tahsisi sorununu daha görünür hâle getirmektedir. Obeziteye bağlı kronik hastalıkların tedavisi, sağlık sistemlerinin sınırlı kaynaklarının önemli bir bölümünün önlenebilir hastalıkların yönetimine ayrılmasına neden olmaktadır. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli yatırım yapılmadığında tedavi edici hizmetlerin daha fazla kaynak tükettiğini göstermektedir. Obezitenin yol açtığı diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi durumların uzun süreli izlem gerektirmesi; birinci basamak, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, ilaç tedavisi ve hastane bakım süreçleri arasında sürekli bir hizmet akışı yaratmaktadır. Sağlık yönetimi bakımından bu tablo, obeziteyle mücadelede maliyet-etkili önleme stratejilerine yatırım yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Çünkü obezite geliştikten ve komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra yürütülen tedavi süreçleri hem daha pahalı hem de sağlık sonuçları bakımından daha sınırlı etkiye sahiptir.

Dolaylı maliyetler, obezitenin ekonomik yükünü daha geniş bir çerçevede ortaya koymaktadır. İşe devamsızlık, işte verimlilik kaybı, erken emeklilik, engellilik, bakım ihtiyacı, sosyal güvenlik harcamalarının artması ve erken ölümler, obezitenin genel ekonomik üretkenlik üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle çalışma çağındaki bireylerde obeziteye bağlı kronik hastalıkların artması, iş gücü piyasasında kayıp üretkenlik, daha sık sağlık raporu kullanımı, düşük iş performansı ve uzun dönemli iş gücü kaybı gibi sonuçlara yol açabilmektedir. OECD, fazla kiloluluk ve obezitenin birçok ülkede gayrisafi yurtiçi hasıla üzerinde ciddi ekonomik kayıplar oluşturduğunu ve önleyici müdahalelerin ekonomik açıdan yüksek getiri sağlayabileceğini vurgulamaktadır (OECD, 2019). OECD politika özetlerinde de daha sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik eden halk sağlığı müdahalelerinin hem nüfus sağlığına katkı sağladığı hem de ekonomik açıdan yatırım değeri taşıdığı belirtilmektedir. Bu nedenle obezite, sağlık politikası kadar

ekonomik kalkınma, sosyal güvenlik ve çalışma yaşamı politikalarıyla da ilişkilendirilmesi gereken bir sorundur.

Çocukluk çağında başlayan obezite, ekonomik yükün uzun vadeli boyutunu daha da derinleştirmektedir. Erken yaşlarda ortaya çıkan fazla kiloluluk ve obezite, yetişkinlik döneminde diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom gibi kronik hastalıklara zemin hazırlamakta; bu durum sağlık sistemlerinde yaşam boyu süren maliyetlerin oluşmasına neden olmaktadır. Lobstein vd. (2015), çocukluk ve ergenlik dönemi obezitesinin yetişkinlik dönemindeki kronik hastalık risklerini de etkilediğini vurgulamaktadır. Bu nedenle okul sağlığı programları, sağlıklı beslenme politikaları, fiziksel aktivite olanakları, aile danışmanlığı ve çocuklara yönelik gıda pazarlamasının düzenlenmesi, uzun vadeli sağlık ekonomisi yatırımları olarak değerlendirilmelidir. Sağlık yönetimi açısından çocukluk çağında obeziteyi önlemek, ilerleyen yıllarda daha yüksek maliyetli klinik hizmet ihtiyacını azaltan stratejik bir politika alanıdır. Bu bağlamda çocukluk çağı obezitesinin önlenmesi, eğitim politikalarının, yerel yönetimlerin, gıda düzenlemelerinin ve sosyal destek mekanizmalarının da ortak sorumluluğu olarak ele alınmalıdır.

Obezitenin ekonomik etkileri küresel ölçekte değerlendirildiğinde, sorunun sağlık sistemleri üzerinde giderek büyüyen bir baskı yarattığı görülmektedir. Doğrudan sağlık harcamaları, dolaylı üretkenlik kayıpları ve toplam ekonomik maliyet birlikte ele alındığında obezite, ulusal ekonomiler ve küresel sağlık sistemleri açısından önemli bir risk alanıdır. Bu maliyet yapısı, obeziteyle mücadelede sağlık sistemlerinin, kamu maliyesinin, sosyal güvenlik kurumlarının, eğitim sisteminin ve yerel yönetimlerin ortak bir önleme mantığı içinde hareket etmesi gerektiğini göstermektedir. Aşağıdaki tablo, obezitenin sağlık sistemleri ve ekonomi üzerindeki temel maliyet kategorilerini özetlemektedir.

Tablo 3. Obezitenin küresel sağlık sistemine ekonomik yansımaları (World Obesity Federation, 2023).

Maliyet kategorisi	İçerik	Küresel etki
Doğrudan sağlık harcamaları	Obeziteyle ilişkili kronik hastalıkların; özellikle tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, uyku apnesi, osteoartrit ve bazı kanser türlerinin tanı, tedavi ve izlem maliyetleri	Sağlık bütçeleri üzerinde artan tedavi, ilaç, uzmanlık hizmeti ve uzun dönemli bakım yükü

Tablo 3. (Devamı)

Maliyet kategorisi	İçerik	Küresel etki
Dolaylı ekonomik kayıplar	İş gücü verimliliğinde azalma, işe devamsızlık, işte düşük performans, erken emeklilik, engellilik, bakım ihtiyacı ve sosyal güvenlik sistemine yansıyan maliyetler	Ulusal ekonomilerde üretkenlik kaybı, sosyal güvenlik harcamalarında artış ve iş gücü piyasasında kapasite kaybı
Toplam yıllık maliyet	Doğrudan sağlık harcamaları ile dolaylı ekonomik kayıpların toplam etkisi	Dünya Obezite Federasyonu tahminlerine göre küresel ekonomik etkinin 2035'e kadar yıllık 4.32 trilyon ABD dolarına ulaşabileceği öngörülmektedir

Tablo 3'te özetlenen maliyet kategorileri, obezitenin sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen bir kaynak yönetimi meselesi olduğunu göstermektedir. Doğrudan sağlık harcamaları, obeziteyle ilişkili hastalıkların klinik yönetimine ayrılan kaynakları artırırken, dolaylı maliyetler iş gücü piyasası ve sosyal güvenlik sistemi üzerinde daha geniş çaplı baskılar oluşturmaktadır. Bu nedenle obeziteyle mücadelede politika önceliği, obeziteye yol açan risk ortamlarını azaltan, erken tanı ve danışmanlık hizmetlerini güçlendiren, sağlıklı yaşamı destekleyen çevresel koşulları geliştiren ve risk gruplarına daha etkin ulaşan koruyucu sağlık politikalarına yönelmelidir. Obezitenin ekonomik sonuçları, sağlık hizmeti kullanımındaki artışla birlikte hizmet organizasyonu üzerinde de önemli etkiler yaratmaktadır. Obez bireylerin daha sık sağlık hizmeti kullanması, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine daha fazla ihtiyaç duyması, ilaç tedavilerinin süreklilik göstermesi ve obeziteye bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastane yatışlarının artması, sağlık sistemlerinde kapasite planlamasını daha karmaşık hâle getirmektedir. Bu durum, sağlık insan gücü planlaması, birinci basamak hizmetlerinin iş yükü, uzmanlık hizmetlerine erişim, kronik hastalık izlem programları ve dijital sağlık kayıt sistemleri bakımından yeni gereksinimler doğurmaktadır. Sağlık yönetimi açısından obezite, hizmet sisteminin bütününde talep yönetimi, bakım sürekliliği ve basamaklar arası koordinasyon bağlamında ele alınmalıdır.

Türkiye bağlamında obezitenin ekonomik yansımaları, artan kronik hastalık yükü, sağlık hizmeti talebi, yaşlanan nüfus, cinsiyete göre farklılaşan obezite oranları ve sağlıklı yaşam olanaklarına erişimdeki eşitsizliklerle birlikte değerlendirilmelidir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı % 20.2 olarak bildirilmiş; kadınlarda bu oran % 23.6, erkeklerde ise % 16.8 olarak açıklanmıştır (TÜİK, 2023). Bu veri, Türkiye'de obezitenin sağlık

hizmetleri planlaması ve risk gruplarına yönelik koruyucu politika geliştirme açısından da önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. TÜİK verilerinde erkeklerde obezite oranının % 16.8, kadınlarda ise % 23.6 olarak bildirilmesi, Türkiye’de obeziteyle mücadelede toplumsal cinsiyet boyutunun ayrıca dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir. Türkiye’de yürütülen TURDEP çalışmaları da diyabet, obezite ve metabolik risklerin erişkin nüfusta önemli düzeyde bulunduğunu göstererek obezitenin sağlık sistemi üzerindeki uzun vadeli etkilerini destekleyen epidemiyolojik bir zemin sunmaktadır (Satman vd., 2002; 2013). Bu tablo, birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli tarama ve danışmanlığın güçlendirilmesini, obeziteyle ilişkili kronik hastalıkların erken tanınmasını, risk gruplarına yönelik izlem sistemlerinin geliştirilmesini ve sağlıklı yaşamı destekleyen yerel politikaların yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Obezitenin sosyal yansımaları da ekonomik sonuçları kadar önemlidir. Obez bireyler çoğu zaman beden ağırlıkları nedeniyle damgalanma, ayrımcılık, dışlanma ve olumsuz kalıp yargılarla karşılaşmaktadır. Puhl ve Heuer (2009), obezite damgalamasının eğitim, istihdam, sağlık hizmetleri, medya ve kişilerarası ilişkilerde yaygın biçimde görülebildiğini; bu damgalamanın bireylerin psikolojik iyilik hâlini, sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışını ve sosyal katılımını olumsuz etkileyebildiğini belirtmektedir. Bu çalışma, obeziteye yönelik damgalamanın okul, işyeri, medya ve sağlık hizmetleri gibi kurumsal alanlarda da yeniden üretilebildiğini göstermesi bakımından önemlidir. Obez bireylerin toplumun kendilerine yönelttiği önyargılarla da mücadele etmek zorunda kalması, obeziteyi psikososyal yönü güçlü bir halk sağlığı sorunu hâline getirmektedir. Bu nedenle obezite politikalarında damgalamayla mücadele, hasta hakları, eşit hizmet sunumu ve kapsayıcı sağlık iletişimi de dikkate alınmalıdır. Sağlık yönetimi açısından obezite hizmetleri, bireyi suçlayan veya yalnızca irade eksikliği üzerinden açıklayan yaklaşımlar yerine, destekleyici, hasta merkezli ve sosyal koşulları dikkate alan bir bakım anlayışıyla yapılandırılmalıdır.

Obeziteye bağlı damgalanma, özellikle çocuklar, ergenler ve kadınlar üzerinde daha derin etkiler yaratabilmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde fazla kilolu olmak, akran zorbalığına maruz kalma, sosyal dışlanma, düşük özsaygı, okul başarısında düşüş ve beden memnuniyetsizliği gibi sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Pont vd. (2017), çocukluk çağı obezitesinde damgalama ve ayrımcılığın çocukların ruh sağlığı, sosyal gelişimi ve sağlık davranışları üzerinde olumsuz etkiler yarattığını vurgulamaktadır. Bu durum, okul temelli obezite politikalarının yalnızca sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite programlarıyla sınırlı kalmaması gerektiğini göstermektedir. Okul ortamlarında beden ağırlığına dayalı zorbalığı önleyen, kapsayıcı ve destekleyici psikososyal iklim oluşturan,

öğretmenleri ve aileleri bilinçlendiren programların geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık yönetimi açısından çocukluk çağında obeziteyle mücadele, çocukların sosyal ve psikolojik iyilik hâlini korumak anlamına da gelmektedir. Bu nedenle çocukluk çağı obezitesine yönelik politika tasarımlarında okul sağlığı, rehberlik hizmetleri, aile eğitimi, akran ilişkileri ve medya etkileri birlikte düşünülmelidir.

Obezite damgalaması sağlık hizmeti sunumunda da önemli sorunlara yol açabilmektedir. Obez bireyler sağlık kuruluşlarında yargılanma, küçümsenme veya yalnızca kiloları üzerinden değerlendirilme kaygısı yaşayabilmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerine başvurmayı geciktirebilmekte veya tedaviye uyumu azaltabilmektedir. Sağlık çalışanlarının obeziteye ilişkin tutumları, hasta-hekim iletişimini, danışmanlık sürecini ve bireyin sağlık hizmeti deneyimini doğrudan etkileyebilmektedir. Bu nedenle obezite yönetiminde sağlık personelinin damgalamadan uzak, hasta merkezli ve destekleyici iletişim becerileri bakımından güçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık yönetimi açısından bu durum, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, etik bakım ve sağlıkta eşitlik ilkeleriyle yakından ilişkilidir. Obeziteyi yalnızca bireyin hatalı tercihleriyle açıklayan bir sağlık hizmeti dili, hem bireyin sağlık sistemine güvenini azaltmakta hem de tedavi ve danışmanlık süreçlerinin sürdürülebilirliğini zayıflatmaktadır. Buna karşılık, obezitenin biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyoekonomik belirleyicilerini birlikte dikkate alan bir hizmet yaklaşımı, bireyin bakım sürecine katılımını güçlendirme potansiyeline sahiptir.

Obezitenin sosyal yansımaları toplumsal cinsiyetle de yakından ilişkilidir. Birçok toplumda beden görünümüne ilişkin normlar kadınlar üzerinde daha yoğun bir baskı oluşturmaktadır. Fazla kilolu veya obez kadınlar hem sağlık riskleri hem de toplumsal estetik beklentiler nedeniyle daha fazla damgalanma yaşayabilmektedir. Bu durum, kadınların sosyal yaşama katılımını, iş yaşamındaki deneyimlerini, psikolojik iyilik hâlini ve sağlık hizmetlerine başvurma davranışını etkileyebilmektedir. Öte yandan bazı sosyoekonomik ve kültürel bağlamlarda kadınların fiziksel aktiviteye erişimi, güvenli kamusal alan kullanımı, zaman kaynakları ve sağlıklı beslenme olanakları erkeklerden farklılaşabilmektedir. Türkiye’de obezite oranlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olması, obeziteyle mücadelede toplumsal cinsiyet duyarlılığının sağlık yönetimi açısından gerekli olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2023). Bu nedenle obezite politikalarının toplumsal cinsiyete duyarlı biçimde geliştirilmesi, özellikle kadınların sağlıklı yaşam olanaklarına erişimini artıran, fiziksel aktiviteyi gündelik yaşama dâhil edebilen, sağlıklı beslenme seçeneklerini ekonomik ve kültürel olarak erişilebilir kılan ve damgalamayı azaltan müdahalelerin tasarlanması gerekmektedir.

Türkiye bağlamında obezitenin ekonomik ve sosyal yansımaları, sağlık sisteminin kronik hastalık yükü, bölgesel eşitsizlikler, toplumsal cinsiyet farklılıkları, sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam olanaklarına erişim üzerinden değerlendirilmelidir. Türkiye’de obezite oranlarının özellikle kadınlarda ve ileri yaş gruplarında yüksek seyretmesi, obeziteye bağlı kronik hastalık yükünün ilerleyen yıllarda sağlık hizmetleri üzerinde daha belirgin baskı oluşturabileceğine işaret etmektedir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli tarama ve danışmanlığın güçlendirilmesini, obeziteyle ilişkili kronik hastalıkların erken tanınmasını, risk gruplarına yönelik izlem sistemlerinin geliştirilmesini ve sağlıklı yaşamı destekleyen yerel politikaların yaygınlaştırılmasını gerektirmektedir. Türkiye’de obeziteyle mücadelede sağlıklı gıda erişimi, fiziksel aktivite alanları, okul sağlığı, işyeri sağlığı, kadın sağlığı ve yaşlı sağlığı politikalarıyla bütünleşik bir yönetim yaklaşımının gerekli olduğu görülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, obeziteyle mücadeleyi sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, okul ve toplum temelli uygulamalarla birlikte ele alan temel politika belgelerinden biridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Ancak bu politika çerçevesinin ekonomik ve sosyal etkisinin değerlendirilebilmesi için yalnızca program faaliyetlerinin uygulanıp uygulanmadığı değil, risk gruplarına ne ölçüde ulaşıldığı, davranışsal göstergelerde nasıl bir değişim yarattığı, sağlık harcamaları üzerindeki uzun vadeli etkileri ve sosyal eşitsizlikleri azaltma kapasitesi de düzenli biçimde izlenmelidir.

Obezitenin ekonomik ve sosyal yansımaları birlikte değerlendirildiğinde, sorunun sağlık yönetimi açısından yalnızca maliyet azaltma ya da bireysel davranış değişikliği meselesi olmadığı anlaşılmaktadır. Obezite, sağlık sistemlerinin uzun vadeli kaynak kullanımını, hizmet talebini, insan gücü planlamasını, sosyal güvenlik yükünü, iş gücü verimliliğini, eğitim ve istihdam süreçlerini, psikososyal iyilik hâlini ve toplumsal eşitliği etkileyen çok katmanlı bir olgudur. Bu nedenle obeziteyle mücadele politikaları, ekonomik maliyetleri azaltırken aynı zamanda sosyal dışlanmayı önleyen, kırılgan grupları destekleyen, damgalamayı azaltan, hizmete erişimi kolaylaştıran ve sağlıklı yaşam koşullarını toplumun tüm kesimleri için erişilebilir kılan bir çerçevede geliştirilmelidir. Sağlık yönetimi disiplini açısından obezite, kaynakların etkin kullanımı kadar sağlık hizmetlerinin adil sunumu, koruyucu politikaların güçlendirilmesi, sektörler arası iş birliğinin kurumsallaştırılması ve toplum sağlığını belirleyen sosyal koşulların yönetimiyle de doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle obezitenin ekonomik ve sosyal yansımalarını azaltmak, sağlıklı gıdaya erişimi güçlendiren, fiziksel aktiviteyi destekleyen, çocukları ve kadınları koruyan, çalışma yaşamında üretkenliği destekleyen,

sosyal güvenlik yükünü azaltan ve bireyleri damgalamadan sağlık hizmetlerine dâhil eden bütüncül bir sağlık yönetimi yaklaşımıyla mümkün görünmektedir.

2.10. Literatür Değerlendirmesi ve Araştırma Boşlukları

Obezite literatürü, son yıllarda bu sorunun bireysel beslenme tercihleri, fiziksel aktivite yetersizliği veya enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengesizlik üzerinden dar biçimde açıklanamayacağını ortaya koyan daha geniş bir kuramsal zemine yönelmiştir. Bhatia vd. (2022), Vandevijvere vd. (2023) ve Pineda vd. (2024), obezitenin çok düzeyli, karmaşık ve sistemik bir halk sağlığı problemi olduğunu; bireysel davranışların gıda çevresi, sosyoekonomik koşullar, kültürel normlar, ticari belirleyiciler, kentleşme, ulaşım biçimleri, okul ve işyeri ortamları, sağlık hizmetlerine erişim, dijitalleşen yaşam tarzları ve politika uygulamalarıyla birlikte şekillendiğini göstermektedir. Bu yaklaşımda obezite, bireyin iradesine indirgenen bir kilo kontrolü sorunu olmaktan çok, obezogenik çevrelerin, gıda sistemlerinin, sosyal eşitsizliklerin ve sağlık sistemlerinin işleyiş biçiminin kesişiminde ortaya çıkan bir risk alanı olarak değerlendirilmektedir. Pineda vd. (2024), gıda çevresi üzerine yaptıkları sistematik değerlendirmede fast-food yoğunluğu, sağlıklı gıdaya erişim, taze sebze ve meyve arzı, mahalle ölçeğinde besin seçenekleri ve fiziksel çevre koşullarının obeziteyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Hagenaars vd. (2024) ve World Health Organization (2023), obeziteyi sağlık yönetimi açısından yalnızca klinik tedavi veya bireysel danışmanlık alanı olarak değil, izleme, önleme, hizmet örgütlenmesi, kaynak tahsisi, yönetim ve sektörler arası politika kapasitesi gerektiren kapsamlı bir yönetim sorunu olarak ele almaktadır.

Beslenme geçişi literatürünün güncel yönelimi, obezite artışını ekonomik kalkınma, kentleşme, gelir yapısındaki değişim, gıda üretiminin endüstrileşmesi, perakende gıda piyasalarının dönüşümü ve ultra işlenmiş gıda tüketiminin yaygınlaşmasıyla birlikte açıklamaktadır. Popkin ve Ng (2022), beslenme geçişinin güncel aşamasında ultra işlenmiş gıdaların obezite ve bulaşıcı olmayan hastalık yükü açısından belirleyici bir konuma geldiğini vurgulamaktadır. Dicken ve Batterham (2024), ultra işlenmiş gıdaların enerji yoğunluğu, kolay erişilebilirliği, pazarlama gücü, düşük doyuruculuk etkisi ve tüketim alışkanlıklarını dönüştürücü niteliği nedeniyle obezite riskini artıran önemli bir bileşen olduğunu göstermektedir. Popkin ve Laar (2025), bu dönüşümün düşük ve orta gelirli ülkelerde de hızlı biçimde görünür hâle geldiğini ve erken yaşlardan itibaren beslenme örüntülerini etkileyebildiğini belirtmektedir. Bununla birlikte, beslenme geçişine ilişkin literatür obezitenin nedenlerini açıklamada güçlü bir çerçeve sunsa da

sağlık yönetimi bakımından hâlâ bazı boşluklar taşımaktadır. World Health Organization (2023) ve Parretti vd. (2026), gıda sistemleri ve beslenme örüntülerindeki dönüşümün sağlık hizmetleriyle ilişkilendirilmesi gerektiğini; sağlık sistemlerinin bu dönüşüm karşısında koruyucu hizmetleri nasıl yapılandıracağı, risk gruplarını nasıl izleyeceği, birinci basamak hizmetlerini obeziteyle mücadeleye nasıl entegre edeceği ve politika etkisini hangi göstergelerle değerlendireceği konularının daha fazla çalışılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Küresel obezite literatürünün önemli bir bölümü prevalans, hastalık yükü ve sağlık sonuçları üzerinde yoğunlaşmaktadır. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC, 2024), 1990–2022 döneminde çocuklar, adölesanlar ve yetişkinler arasında obezite prevalansının belirgin biçimde arttığını ve obezitenin belirli ülke gruplarına özgü bir sorun olmaktan çıkarak küresel ölçekte yaygınlaşan bir halk sağlığı problemi hâline geldiğini göstermektedir. Zhou vd. (2024) ve Chen vd. (2024), yüksek beden kitle indeksine atfedilen ölüm ve engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı yükünün arttığını; obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri, karaciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi sorunları, uyku apnesi ve ruh sağlığı sorunlarıyla ilişkili geniş bir hastalık yükü oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, obezitenin yalnızca bireysel sağlık çıktıları açısından değil, sağlık sistemi sürdürülebilirliği bakımından da önemli bir risk alanı olduğunu göstermektedir. Buna karşın, küresel literatürde prevalans ve hastalık yüküne ilişkin kanıtlar güçlü olmakla birlikte, bu yükün sağlık hizmeti basamakları arasında nasıl yönetileceği, obeziteyle ilişkili kronik hastalıkların entegre bakım modelleri içinde nasıl izleneceği, birinci basamakta BKİ taraması ve danışmanlık süreçlerinin nasıl standartlaştırılacağı ve önleyici politikaların maliyet-etkililiğinin nasıl değerlendirileceği konularında daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır. World Health Organization (2023) ve Parretti vd. (2026), obezite yönetiminin birinci basamak, toplum temelli hizmetler, kronik bakım yaklaşımı ve hizmet entegrasyonu içinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye bağlamında yapılan güncel çalışmalar, obezitenin yetişkin nüfusta beslenme durumu, fiziksel aktivite düzeyi, kronik hastalıklar, komorbiditeler ve sağlık hizmeti maliyetleri açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Karaca Çelik vd. (2024), Türkiye’de yetişkinlerde obezite prevalansı, beslenme durumu ve fiziksel aktivite düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek obezitenin bireysel davranış örüntüleriyle ilişkili olmakla birlikte daha geniş sosyal, ekonomik ve çevresel koşullarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Oral vd. (2025), obeziteyle ilişkili hastalıklar üzerine yürüttükleri çok merkezli çalışmada Türkiye’de obezitenin

metabolik, kardiyovasküler ve organ sistemleriyle ilişkili çok sayıda komplikasyonla birlikte seyrettiğini ve bu durumun sağlık hizmeti talebini artıran önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Gogas Yavuz vd. (2024) ve Oksuz vd. (2025), Türkiye’de obezitenin ekonomik etkisine ilişkin güncel analizlerinde obezite ve obeziteyle ilişkili komplikasyonların kamu sağlık sistemi üzerinde anlamlı mali yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Buna rağmen Türkiye literatüründe obezite çalışmaları çoğunlukla prevalans, risk faktörleri, bireysel davranışlar, beslenme alışkanlıkları ve klinik sonuçlar üzerinde yoğunlaşmakta; sağlık sisteminin obeziteyi yönetme kapasitesi, birinci basamak hizmetlerinin rolü, bölgesel uygulama farklılıkları, politika belgelerinin sahaya yansımaları, izleme-değerlendirme mekanizmaları ve kurumsal koordinasyon düzeyi daha sınırlı biçimde tartışılmaktadır.

Türkiye’de obeziteyle mücadelede multidisipliner yaklaşımın güçlendirilmesi gerektiğine işaret eden güncel kaynaklar, obezite tedavi birimlerinin fiziksel koşulları, insan gücü yapısı, başvuru süreçleri, hasta yönetimi, izlem protokolleri ve disiplinler arası işleyiş bakımından daha standart bir yapıya kavuşturulmasının önemini vurgulamaktadır. Sonmez vd. (2025), Türkiye’de multidisipliner obezite tedavisine ilişkin uzlaşma raporunda obezite tedavi birimlerinin görevleri, insan gücü yapısı, hasta kabul süreçleri, izlem basamakları ve klinik işleyiş standartları üzerinde durmaktadır. Bu yaklaşım, obezitenin yalnızca diyetisyenlik, endokrinoloji veya cerrahi müdahale ekseninde değil, aile hekimliği, iç hastalıkları, psikoloji, fizyoterapi, beslenme danışmanlığı, bariatrik cerrahi, kronik hastalık yönetimi ve toplum sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Ancak Türkiye’de obezite yönetimi bakımından önemli bir boşluk, mevcut hizmetlerin hangi basamakta, hangi standartlarla, hangi izlem göstergeleriyle ve hangi performans ölçütleriyle yürütüldüğünün yeterince açık olmamasıdır. Powell ve Mannion, (2022), Kidder, (2024) ve Whitsel vd. (2024), sağlık politikalarının değerlendirilmesinde politika metinlerinin varlığı kadar uygulama kapasitesi, aktörler, bağlam, veri kaynakları, performans göstergeleri ve değerlendirme süreçlerinin de dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir.

Obezite politikalarının uygulanabilirliği, sağlık politikası analizinde giderek daha fazla vurgulanan yönetim, uygulama kapasitesi ve sektörler arası koordinasyon kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Powell ve Mannion, (2022), sağlık politikası süreçlerinin yalnızca resmi politika belgeleri üzerinden değil, aktörler, kurumsal yapı, bağlam, uygulama süreci ve karar alma dinamikleriyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Hagenars vd. (2024), obezite politikalarında yaşanan sınırlı ilerlemenin çoğu zaman kanıt eksikliğinden çok politika ataleti, sektörler arası

sorumluluk paylaşımının zayıflığı, gıda endüstrisinin etkisi, uygulama kapasitesi sorunları ve sağlıklı çevreleri destekleyecek düzenleyici araçların yeterince güçlü kullanılmamasıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. World Health Organization (2023), obeziteyle mücadelede çok sektörlü ülke düzeyi eylem, uygulama bilimi, hizmet sunumu ve izleme-değerlendirme bileşenlerinin birlikte ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda Türkiye literatüründe obezite politikalarının yalnızca politika metinleri ve ulusal program hedefleri üzerinden değil, politika döngüsü, uygulama kapasitesi, kurumsal koordinasyon, yerel yönetimlerin rolü, performans göstergeleri ve sürdürülebilirlik boyutlarıyla analiz edilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Obezitenin sağlık ekonomisi ve kaynak yönetimi boyutu, güncel literatürde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ling vd. (2022), çocukluk çağı fazla kiloluluk ve obezitesinin ekonomik yükünü sistematik olarak değerlendirerek obezitenin erken yaşlardan itibaren sağlık sistemi ve toplum üzerinde mali sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Nagi vd. (2024), obezitenin ekonomik maliyetlerine ilişkin sistematik değerlendirmede doğrudan sağlık harcamaları, üretkenlik kaybı ve ulusal ekonomi üzerindeki etkilerin birçok ülkede ciddi düzeylere ulaştığını ortaya koymaktadır. Fatoye vd. (2025), düşük ve orta gelirli ülkelerde obezitenin klinik ve ekonomik yükünün giderek arttığını ve bu ülkelerde obezite yönetiminin sağlık sistemi kapasitesi açısından önemli bir sorun hâline geldiğini belirtmektedir. Türkiye bağlamında Gogas Yavuz vd. (2024) ve Oksuz vd. (2025), obeziteyle ilişkili komplikasyonların kamu sağlık sistemi üzerindeki mali etkisini görünür kılmakta; obezite yönetiminin yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, kaynak tahsisi, hizmet planlaması ve maliyet-etkin politika geliştirme bakımından da ele alınması gerektiğini göstermektedir. Buna rağmen Türkiye’de obezitenin sağlık hizmeti basamaklarına, hastane kullanımına, birinci basamak izlem süreçlerine, ilaç harcamalarına, kronik hastalık yönetimi maliyetlerine ve uzun dönemli bakım gereksinimine etkisini bütüncül biçimde inceleyen çalışmalar sınırlıdır.

Uluslararası karşılaştırmalı literatürde obeziteyle mücadele politikaları, ülkelerin sağlık sistemi yapısı, düzenleyici kapasitesi, veri altyapısı, gıda piyasası, sosyoekonomik eşitsizlikleri ve kurumsal koordinasyon düzeyi üzerinden ele alınmaktadır. Haam vd. (2023), Güney Kore’de obezite tanısında Asya toplumlarına özgü BKİ eşiklerinin önemini vurgulamakta; Cho vd. (2025), Güney Kore’de ulusal sağlık sigortası ve sağlık taraması verilerinin obezite izlemi açısından güçlü bir veri altyapısı sağladığını göstermektedir. Washington vd. (2023), Amerika Birleşik Devletleri’nde obezite bakımına erişim ve hizmet kalitesi bakımından eşitsizliklerin devam ettiğini ortaya koymakta; Ard vd. (2025), ABD’de obezite yönetiminde halk sağlığı yaklaşımları ile

sağlık hizmetleri uygulamalarının daha güçlü biçimde bütünleştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Cobiac vd. (2024), Birleşik Krallık'ta şekerli içecek vergisinin çocuklar ve adölesanlar üzerindeki sağlık sonuçları ve sağlık eşitsizlikleri bakımından önemini incelemektedir. Batis vd. (2023) ve Salgado Hernández vd. (2023), Meksika'da şekerli içecek ve enerji yoğun gıda vergilerinin tüketim örüntüleri ve diyet bileşimi üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. Pfister ve Pozas. (2023) ve Taillie vd. (2024), Şili'de uyarı etiketi, reklam kısıtlamaları ve okul gıda satış düzenlemelerini içeren bütüncül politika paketinin besin satın alma davranışları ve sağlıklı gıda tüketimi üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır.

Bu ülke örnekleri, obezite politikalarında başarılı uygulamaların başka ülkelere doğrudan aktarılmasının mümkün olmadığını göstermektedir. Her politika aracı, ülkenin sağlık sistemi yapısı, finansman modeli, gıda piyasası, yerel yönetim kapasitesi, veri altyapısı, kültürel beslenme alışkanlıkları ve sosyoekonomik eşitsizlikleri dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Batis vd. (2023), Cobiac vd. (2024) ve Taillie vd. (2024), mali ve düzenleyici araçların etkisinin vergi tasarımı, üretici reformülasyonu, tüketici davranışı, gelir grupları arasındaki farklılıklar, pazarlama kısıtlamaları ve denetim kapasitesi gibi unsurlarla birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle şekerli içecek vergisi, yalnızca vergi oranıyla değil, verginin tasarımı, üretici reformülasyonuna etkisi, tüketici davranışına yansımaları, gelir grupları arasındaki etkileri ve elde edilen gelirin halk sağlığı programlarına aktarılıp aktarılmadığıyla birlikte değerlendirilmelidir. Benzer şekilde uyarı etiketi politikaları, yalnızca ambalaj üzerindeki işaretlerle sınırlı görülmemeli; reklam kısıtlamaları, okul çevresi düzenlemeleri, denetim kapasitesi ve tüketici farkındalığıyla birlikte ele alınmalıdır. Türkiye literatüründe uluslararası örnekler çoğu zaman iyi uygulama örnekleri olarak aktarılmakta; ancak bu uygulamaların Türkiye'nin sağlık yönetimi kapasitesi, kurumsal yapısı, yerel yönetim olanakları, sosyoekonomik farklılıkları ve uygulama gerçekliğiyle sistematik biçimde karşılaştırılması sınırlı kalmaktadır.

Obeziteyle mücadelede izleme-değerlendirme kültürü, güncel literatürde politika başarısının temel koşullarından biri olarak ele alınmaktadır. Kidder, (2024), halk sağlığı programlarının değerlendirilmesinde süreç, çıktı, sonuç ve etki göstergelerinin açık biçimde tanımlanması, veri kaynaklarının belirlenmesi ve değerlendirme sonuçlarının karar alma süreçlerine yansıtılması gerektiğini vurgulamaktadır. Whitsel vd. (2024), kamu sağlığı politikalarının uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi için politika etkisini, eşitlik boyutunu ve uygulama çıktılarını birlikte ele alan değerlendirme çerçevelerine ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda obezite prevalansı, çocukluk

çağı fazla kiloluluk oranı, fiziksel aktivite düzeyi, sağlıklı beslenme davranışları, okul kantini denetimleri, birinci basamakta BKİ taraması yapılan birey oranı, obezite danışmanlığı alan kişi sayısı, obeziteyle ilişkili kronik hastalık göstergeleri, bölgesel eşitsizlikler ve sağlık harcamaları gibi göstergelerin düzenli olarak izlenmesi gerekmektedir. Türkiye’de obezite politikaları açısından bu alan önemli bir boşluk taşımaktadır. Farklı kurumların ürettiği verilerin sürekliliği, karşılaştırılabilirliği, bölgesel düzeyde ayrıştırılabilirliği ve politika performansını ölçmedeki yeterliliği daha ayrıntılı biçimde tartışılmalıdır. Obeziteyle mücadelede etkili bir sağlık yönetimi yaklaşımı, yalnızca program ilan etmekle değil, programın hedef kitleye ulaşp ulaşmadığını, davranışsal ve biyomedikal göstergelerde değişim yaratıp yaratmadığını ve bu değişimin sağlık sistemi maliyetlerine nasıl yansıdığını izleyebilen bir değerlendirme altyapısıyla mümkündür.

Güncel sağlık sistemi literatürü, obezite önleme ve yönetiminin birinci basamak, toplum temelli hizmetler, kronik bakım yaklaşımı, multidisipliner ekip çalışması, dijital izlem, sağlık okuryazarlığı, hizmet entegrasyonu ve evrensel sağlık kapsayıcılığı içinde ele alınması gerektiğini göstermektedir. World Health Organization (2023), obezite önleme ve yönetimi hizmetlerinin sağlık sistemi ve toplum düzeyinde entegre edilmesini, birinci basamak ve kronik bakım yaklaşımıyla ele alınmasını önermektedir. Parretti vd. (2026), obezite yönetiminde birinci basamağın erken tarama, danışmanlık, izlem ve yönlendirme süreçleri açısından merkezi bir rol taşıdığını vurgulamaktadır. Sonmez vd. (2025), Türkiye’de multidisipliner obezite tedavisinin standartlaştırılması ve hasta yönetim süreçlerinin daha açık biçimde tanımlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık yönetimi açısından obezite, hizmet sunumu, insan gücü planlaması, bilgi sistemleri, finansman, performans yönetimi, kalite, erişilebilirlik ve yönetim boyutlarıyla birlikte ele alınması gereken bir alandır. Bu nedenle obezite literatüründeki mevcut boşlukların giderilmesi, prevalans ve risk faktörü çalışmalarının ötesine geçen; politika uygulama kapasitesini, sağlık sistemi örgütlenmesini, maliyet-etkililiği, hizmet basamakları arasındaki koordinasyonu ve izleme-değerlendirme mekanizmalarını birlikte analiz eden çalışmalarla mümkün olacaktır.

Bu çerçevede mevcut literatürün temel yönelimleri ve araştırma boşlukları aşağıdaki tabloda özetlenebilir:

Tablo 4. Obezite literatüründe öne çıkan yönelimler ve araştırma boşlukları

Literatürde öne çıkan alan	Mevcut bilgi birikimi	Sağlık yönetimi açısından önemi
Obezitenin nedenleri ve risk faktörleri	Beslenme, fiziksel aktivite, genetik, uyku, psikolojik etmenler, sosyoekonomik koşullar ve gıda çevresi kapsamlı biçimde incelenmiştir	Risk temelli hizmet planlaması, erken tarama ve hedeflenmiş müdahale tasarımı için gereklidir
Prevalans ve epidemiyoloji	Küresel ve ulusal düzeyde obezite oranları, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik değişkenlere göre incelenmiştir	Sağlık insan gücü, bütçe, birinci basamak kapasitesi ve izlem sistemleri için veri temeli sağlar
Sağlık sonuçları	Diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler ve psikososyal sonuçlarla ilişki iyi tanımlanmıştır	Kronik hastalık yönetimi, entegre bakım ve sevk zinciri açısından önemlidir
Türkiye’deki politikalar	Ulusal programlar, okul temelli uygulamalar, fiziksel aktivite rehberleri ve farkındalık kampanyaları bulunmaktadır	Politika döngüsü, koordinasyon ve izleme-değerlendirme kapasitesinin güçlendirilmesini gerektirir
Sağlık ekonomisi	Uluslararası literatür obezitenin doğrudan ve dolaylı maliyetlerini kapsamlı biçimde incelemektedir	Kaynak tahsisi, bütçe planlama ve önleme yatırımlarının gerekçelendirilmesi açısından önemlidir
Uluslararası karşılaştırmalar	Birleşik Krallık, Meksika, Şili, ABD ve Güney Kore gibi ülkeler farklı politika araçlarıyla incelenmektedir	Uluslararası deneyimlerin Türkiye’ye uyarlanabilirliğini değerlendirmek için gereklidir
İzleme ve değerlendirme	Program başarısının ölçülmesi gerektiği literatürde vurgulanmaktadır	Politika öğrenmesi, program güncellemesi ve hesap verebilirlik için temel koşuldur

Tablo 4’te görüldüğü üzere obezite literatürü, sorunun nedenleri, sonuçları ve yaygınlığı konusunda oldukça güçlü bir bilgi birikimi üretmiş olmakla birlikte, bu bilginin sağlık yönetimi süreçlerine nasıl dönüştürüleceği konusunda hâlen önemli boşluklar barındırmaktadır. Özellikle Türkiye bağlamında obeziteyi sağlık sistemi performansı, politika uygulama kapasitesi, kurumlar arası koordinasyon, kaynak tahsisi, birinci basamak hizmetleri, okul temelli müdahaleler, gıda düzenlemeleri ve izleme-değerlendirme mekanizmalarıyla birlikte ele alan çalışmaların sınırlı olması, bu araştırmanın kuramsal ve uygulamalı önemini artırmaktadır. Mevcut literatür, obezitenin biyolojik, davranışsal, psikolojik, sosyoekonomik ve çevresel belirleyicilerini büyük ölçüde ortaya koymuş; obezitenin sağlık sonuçları ve ekonomik yüküne ilişkin önemli bulgular üretmiştir. Ancak Türkiye bağlamında obeziteyi sağlık yönetimi

perspektifinden, uluslararası karşılaştırmalı politika analiziyle ve uygulama kapasitesi boyutuyla ele alan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu boşluk, Türkiye’deki obezite politikalarının politika tasarımı, uygulama, koordinasyon, kaynak yönetimi, izleme-değerlendirme ve sürdürülebilirlik açısından incelenmesini gerekli kılmaktadır. Böyle bir yaklaşım, obezitenin sağlık sisteminin yönetim kapasitesini, koruyucu hizmetlerin etkinliğini, kaynak kullanımının verimliliğini ve toplumsal eşitsizliklerle mücadele gücünü doğrudan ilgilendiren stratejik bir sağlık yönetimi sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü ve Deseni

Bu araştırma, Türkiye’de obezitenin mevcut durumunu sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirmeyi amaçlayan, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı nitelikte tasarlanmış ikincil veri analizine dayalı nicel bir araştırmadır. Araştırmada herhangi bir birincil veri toplama süreci yürütülmemiş; kamu kurumları ve uluslararası kuruluşlar tarafından yayımlanan güvenilir, erişilebilir ve karşılaştırılabilir istatistiksel veriler kullanılmıştır. Bu yönüyle çalışma, mevcut veri kaynaklarından hareketle obezitenin Türkiye’deki yaygınlığını, demografik dağılımını, cinsiyete göre farklılaşmasını, uluslararası göstergeler içindeki konumunu ve obeziteyle ilişkili bazı sağlık göstergelerini betimlemeyi hedefleyen doküman temelli nicel bir araştırma özelliği taşımaktadır.

Araştırmanın deseni, betimsel ve karşılaştırmalı analiz mantığı üzerine kurulmuştur. Betimsel boyutta Türkiye’de obeziteye ilişkin mevcut göstergeler yaş, cinsiyet ve ilgili sağlık değişkenleri temelinde incelenmiştir. Karşılaştırmalı boyutta ise Türkiye’nin obezite görünümü seçilmiş OECD ülkeleri ve uluslararası göstergelerle birlikte değerlendirilmiştir. Bu desen, obezitenin sağlık sistemi açısından doğurduğu yönetimsel öncelikleri de görünür kılmaya olanak sağlamaktadır. Araştırmanın sağlık yönetimi disipliniyle ilişkisi, obezitenin prevalans düzeyinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri, hizmet planlaması, risk gruplarının belirlenmesi, uluslararası politika karşılaştırmaları ve sağlık sistemi üzerindeki olası yükler bağlamında ele alınmasından kaynaklanmaktadır. Bu kapsamda araştırma, deneysel ya da nedensel ilişki kurmaya yönelik bir tasarıma sahip değildir. Çalışmanın amacı, obeziteye ilişkin değişkenler arasında doğrudan nedensellik kurmak değil, mevcut resmi göstergelerden hareketle Türkiye’de obezitenin güncel görünümünü sistematik biçimde ortaya koymak ve bu görünümü uluslararası bağlam içinde yorumlamaktır. Bu nedenle araştırma bulguları, tanımlayıcı istatistiksel göstergeler, oranlar, yüzdeler, tablo ve grafikler üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmanın bu tasarımı, obezite gibi çok boyutlu bir halk sağlığı sorununun sağlık yönetimi açısından hangi alanlarda politika, planlama ve hizmet organizasyonu gerektirdiğini tartışmaya uygun bir zemin sağlamaktadır.

3.2 Veri Kaynakları

Araştırmanın temel veri kaynağını T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022* oluşturmaktadır. Bu kaynakta yer alan beden kitle indeksi, obezite prevalansı, cinsiyete göre obezite dağılımı, yaş gruplarına ilişkin sağlık göstergeleri ve bazı biyokimyasal değişkenler araştırmanın ana analiz çerçevesini oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı verileri, Türkiye’de sağlık göstergelerinin ulusal düzeyde izlenmesi ve sağlık politikalarının değerlendirilmesi bakımından resmi ve kurumsal nitelik taşıdığı için araştırmada temel referans kaynağı olarak kullanılmıştır.

Araştırmada uluslararası karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla OECD ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan istatistiksel rapor ve veri setlerinden de yararlanılmıştır. OECD verileri, Türkiye’nin obezite düzeyinin diğer ülkelerle karşılaştırılmasına ve uluslararası sağlık göstergeleri içindeki konumunun değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün obeziteye ilişkin tanımları, sınıflandırmaları ve küresel değerlendirmeleri ise araştırmanın kavramsal ve karşılaştırmalı bağlamını desteklemek için kullanılmıştır. Bunun yanında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan sağlık ve nüfus göstergeleri, Türkiye’de obezitenin demografik görünümünü değerlendirmede yardımcı veri kaynağı olarak dikkate alınmıştır.

Veri kaynaklarının seçiminde üç temel ölçüt esas alınmıştır. İlk olarak, verilerin resmi kurumlar veya uluslararası kuruluşlar tarafından yayımlanmış olması dikkate alınmıştır. İkinci olarak, verilerin obezite, beden kitle indeksi, cinsiyet, yaş, ülke karşılaştırmaları ve sağlık göstergeleri açısından araştırma sorularını yanıtlamaya elverişli olması gözetilmiştir. Üçüncü olarak, kullanılan göstergelerin tablo ve grafik hâline getirilebilecek nicel nitelik taşımasına dikkat edilmiştir. Bu yaklaşım, araştırmanın veri temelli, karşılaştırılabilir ve denetlenebilir bir yöntemsel zeminde yürütülmesini sağlamaktadır.

3.3 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama süreci, kamuya açık ikincil veri kaynaklarının sistematik biçimde taranması, araştırma amacına uygun göstergelerin seçilmesi ve bu göstergelerin analiz edilebilir biçimde düzenlenmesi esasına dayanmaktadır. Birincil veri toplama yöntemlerinden anket, görüşme, gözlem veya deneysel uygulama kullanılmamıştır. Bunun yerine, Sağlık Bakanlığı, OECD, Dünya Sağlık Örgütü ve TÜİK gibi kurumların yayımladığı resmi raporlar, istatistik yıllıkları ve veri tabloları incelenmiş; obeziteyle doğrudan ilişkili göstergeler araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri toplama sürecinde öncelikle Türkiye’de obezitenin genel durumunu ortaya koyan göstergeler belirlenmiştir. Bu kapsamda yetişkin nüfusta beden kitle indeksine göre obezite ve obezite öncesi durum, cinsiyete göre obezite oranları, yaş gruplarına göre boy ve kilo ortalamaları ile obeziteyle ilişkili bazı biyokimyasal göstergeler değerlendirme kapsamına alınmıştır. Daha sonra Türkiye’nin uluslararası konumunu ortaya koymak amacıyla OECD ülkeleri ve seçilmiş ülke göstergeleri incelenmiş, Türkiye’nin obezite oranları uluslararası verilerle karşılaştırılmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmının sağlık yönetimi boyutunu güçlendirmek amacıyla obezitenin sağlık sistemi, koruyucu hizmetler ve politika geliştirme açısından anlam taşıyan yönleri de dikkate alınmıştır.

Elde edilen veriler araştırma sorularıyla ilişkilendirilerek sınıflandırılmıştır. Türkiye’de obezitenin genel durumu, cinsiyetler arası farklılıklar, uluslararası karşılaştırmalar ve obeziteyle ilişkili biyokimyasal göstergeler ayrı analiz başlıkları altında düzenlenmiştir. Bu sınıflandırma, bulgular bölümünde kullanılan tablo ve grafiklerin sistematik biçimde sunulmasını sağlamıştır.

3.4. Veri Analizi

Araştırmada elde edilen veriler betimsel istatistiksel analiz yaklaşımıyla değerlendirilmiştir. Analiz sürecinde frekans, yüzde, oran, ortalama ve karşılaştırmalı dağılımlar temel alınmış; veriler tablo ve grafikler aracılığıyla sunulmuştur. Türkiye’de obezitenin genel görünümü, beden kitle indeksi sınıflandırmaları ve obezite prevalansı üzerinden değerlendirilmiş; cinsiyete göre farklılaşmalar kadın ve erkek grupları arasında karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ayrıca yaş gruplarına ilişkin boy ve kilo ortalamaları ile obeziteyle ilişkili bazı biyokimyasal göstergeler betimsel düzeyde yorumlanmıştır.

Uluslararası karşılaştırma aşamasında Türkiye’nin obezite göstergeleri seçilmiş OECD ülkeleriyle birlikte değerlendirilmiştir. Bu karşılaştırmada amaç, Türkiye’nin uluslararası sıralamadaki konumunu sağlık yönetimi açısından ne tür politika ve hizmet planlama ihtiyaçları doğurduğunu tartışmaya zemin hazırlamaktır. Bu nedenle grafik ve tablolar obezitenin Türkiye’deki sağlık sistemi açısından taşıdığı önemi görünür kılan analitik araçlar olarak kullanılmıştır.

Veri analizi sürecinde değişkenler arasında nedensel ilişki kurmaya yönelik ileri istatistiksel testler uygulanmamıştır. Bunun temel nedeni, araştırmanın ikincil ve toplulaştırılmış verilere dayanmasıdır. Kullanılan veriler bireysel düzeyde ham veri seti niteliği taşımadığı için regresyon analizi, korelasyon analizi veya hipotez testleri gibi bireysel düzeyde ilişki kurmaya elverişli ileri istatistiksel teknikler tercih edilmemiştir.

Bunun yerine, mevcut göstergeler betimsel ve karşılaştırmalı düzeyde analiz edilmiştir. Bu yaklaşım, araştırmanın amacına uygundur; çünkü çalışma, obezitenin nedenlerini bireysel düzeyde test etmekten çok, mevcut resmi verilerden hareketle Türkiye’de obezitenin sağlık yönetimi açısından nasıl bir görünüm sergilediğini ortaya koymayı hedeflemektedir.

Analiz sonuçları yorumlanırken bu oranların sağlık sistemi, koruyucu hizmetler, politika geliştirme ve kaynak planlaması açısından ne anlama geldiği de değerlendirilmiştir. Özellikle kadınlarda obezite oranlarının yüksekliği, ileri yaş gruplarında riskin artması, Türkiye’nin uluslararası göstergeler içindeki konumu ve biyokimyasal bulguların obeziteyle ilişkili kronik hastalık yükü bakımından taşıdığı anlam, sağlık yönetimi perspektifiyle yorumlanmıştır. Bu yönüyle veri analizi, politika ve sağlık hizmetleri yönetimi açısından anlamlandırma sürecini de içermektedir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın en temel sınırlılığı, ikincil veri kaynaklarına dayanmasıdır. Bu nedenle araştırmada bireylerden doğrudan veri toplanmamış; katılımcıların beslenme davranışları, fiziksel aktivite alışkanlıkları, psikososyal özellikleri, sağlık algıları, sağlık hizmetlerine başvuru deneyimleri veya obeziteye ilişkin bireysel tutumları doğrudan ölçülmemiştir. Bu durum, obezitenin bireysel ve davranışsal belirleyicileri hakkında derinlemesine yorum yapma olanağını sınırlandırmaktadır. Araştırmanın bulguları, kullanılan resmî ve kurumsal veri kaynaklarının sunduğu göstergelerle sınırlıdır.

Bu çalışma tanımlayıcı ve karşılaştırmalı ikincil veri analizine dayandığından, değişkenler arasında nedensel ilişki kurmayı veya istatistiksel anlamlılık testi yapmayı amaçlamamaktadır. Bulgular, mevcut göstergelerin dağılımını, farklılaşma örüntülerini ve sağlık yönetimi açısından işaret ettiği öncelik alanlarını ortaya koymak üzere yorumlanmıştır. Bu nedenle çalışmada obezite ile sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme davranışı veya biyokimyasal göstergeler arasında nedensel bir ilişki kurulmamakta; yalnızca mevcut verilerde görülen dağılımlar ve karşılaştırmalı eğilimler sağlık yönetimi perspektifiyle değerlendirilmektedir.

Bir diğer sınırlılık, kullanılan verilerin toplulaştırılmış nitelikte olmasıdır. Sağlık Bakanlığı, OECD, DSÖ ve TÜİK verileri genellikle ulusal veya grup düzeyinde sunulduğundan, bireysel düzeyde değişkenler arası ilişkiyi istatistiksel olarak test etmek mümkün değildir. Örneğin obezite ile sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite, beslenme davranışı veya biyokimyasal göstergeler arasındaki ilişkiler, bireysel ham veri setleri olmadan anlamlılık testi, regresyon analizi veya nedensel modelleme yoluyla

değerlendirilememektedir. Bu nedenle araştırmada kullanılan biyokimyasal göstergeler de obeziteyle nedensel ilişki kurmak amacıyla değil, cinsiyete göre risk dağılımını ve sağlık yönetimi açısından izlenmesi gereken alanları betimlemek amacıyla ele alınmıştır.

Araştırmanın bir başka sınırlılığı, farklı kurumlar tarafından yayımlanan verilerin yıl, kapsam, ölçüm yöntemi ve sınıflandırma bakımından her zaman tam olarak aynı yapıda olmamasıdır. Uluslararası karşılaştırmalarda ülkeler arasında obezite tanımı, ölçüm yöntemi, yaş grubu kapsamı ve veri toplama teknikleri farklılık gösterebilmektedir. Bazı ülkelerde obezite oranları ölçüme dayalı verilerle, bazı ülkelerde ise beyana dayalı verilerle sunulabilmektedir. Bu durum, ülkeler arası karşılaştırmaların yorumlanmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir. Araştırmada bu sınırlılık dikkate alınmış ve karşılaştırmalar yalnızca resmî kurumların sunduğu göstergeler çerçevesinde yapılmıştır.

Son olarak, araştırma yalnızca mevcut resmî veriler üzerinden yürütüldüğü için obezite politikalarının sahadaki uygulama düzeyine ilişkin niteliksel bilgi üretmemektedir. Sağlık çalışanlarının deneyimleri, politika uygulayıcılarının görüşleri, aile hekimliği sisteminde obezite yönetiminin pratik sorunları, okul temelli uygulamaların yerel düzeydeki işleyişi ve bireylerin hizmete erişim deneyimleri bu araştırmanın kapsamı dışında kalmaktadır. Bu sınırlılık, ileride yapılacak çalışmalarda nitel araştırma yöntemleri, saha görüşmeleri, karma yöntem tasarımları ve bireysel düzeyde veri analizleriyle desteklenebilecek önemli bir araştırma alanı oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1 Türkiye’de Obezite ve Genel Durumu

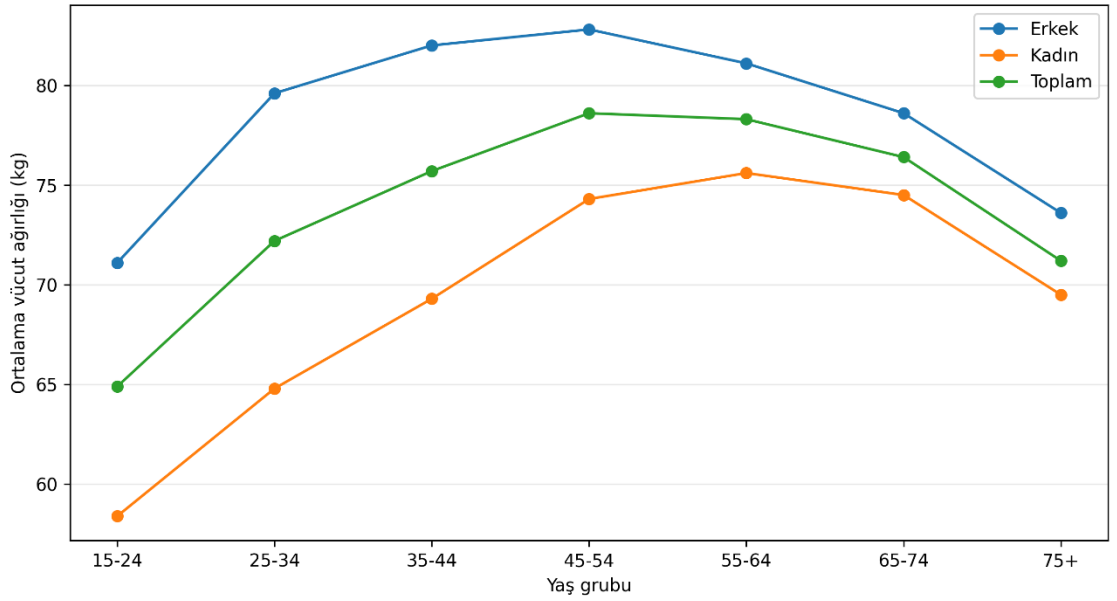
Türkiye’de obezitenin genel durumunu değerlendirmek için öncelikle yaş grupları ve cinsiyete göre ortalama vücut ağırlığı ile boy uzunluğu göstergeleri incelenmiştir. Bu göstergeler, doğrudan obezite prevalansını vermemekle birlikte, beden kitle indeksinin hesaplanmasında kullanılan iki temel değişkeni oluşturması nedeniyle obezite riskinin yaş ve cinsiyet grupları arasında nasıl farklılaştığını anlamada önemli bir betimsel zemin sağlamaktadır. Gönderilen verilerde Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2022 Türkiye Sağlık Araştırması’na dayalı olarak, 15 yaş ve üzeri bireylerde ortalama vücut ağırlığının toplamda 73.7 kg, ortalama boy uzunluğunun ise 167.7 cm olduğu görülmektedir. Erkeklerde ortalama vücut ağırlığı 78.9 kg ve ortalama boy uzunluğu 173.8 cm iken, kadınlarda ortalama vücut ağırlığı 68.6 kg ve ortalama boy uzunluğu 161.7 cm’dir. Bu dağılım, erkeklerin tüm yaş gruplarında kadınlara göre daha yüksek ortalama vücut ağırlığına ve daha uzun boy ortalamasına sahip olduğunu göstermektedir. Ancak obezite riski ağırlığın boy uzunluğuna oranı ve yaşla birlikte değişen beden kompozisyonu üzerinden değerlendirilmelidir. Bu nedenle boy ve kilo ortalamalarının birlikte incelenmesi, yaş ve cinsiyet temelli obezite riskinin daha doğru yorumlanmasına imkân vermektedir.

Tablo 5. Boy ve kilo ortalamalarının cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (beyana dayalı), 2022 (TÜİK, 2022).

Yaş Grubu	Erkek Vücut Ağırlığı (kg)	Kadın Vücut Ağırlığı (kg)	Toplam Vücut Ağırlığı (kg)	Erkek Boy (cm)	Kadın Boy (cm)	Toplam Boy (cm)
15–24	71.1	58.4	64.9	175.0	163.0	169.1
25–34	79.6	64.8	72.2	175.9	163.0	169.5
35–44	82.0	69.3	75.7	174.8	162.2	168.5
45–54	82.8	74.3	78.6	173.3	161.5	167.4
55–64	81.1	75.6	78.3	171.4	160.3	165.7
65–74	78.6	74.5	76.4	170.4	159.7	164.7
75+	73.6	69.5	71.2	168.9	157.9	162.3
15+	78.9	68.6	73.7	173.8	161.7	167.7

Tablo 5’de yer alan veriler, yaş ilerledikçe ortalama vücut ağırlığının belirli bir noktaya kadar arttığını, ileri yaşlarda ise yeniden azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Toplam nüfusta 15–24 yaş grubunda ortalama vücut ağırlığı 64.9 kg iken,

25–34 yaş grubunda 72.2 kg’a, 35–44 yaş grubunda 75.7 kg’a, 45–54 yaş grubunda ise 78.6 kg’a yükselmektedir. Bu artış, genç yetişkinlikten orta yaş dönemine geçişte kilo birikiminin belirginleştiğini göstermektedir. 55–64 yaş grubunda toplam ortalama ağırlık 78.3 kg ile yüksek düzeyini korumakta; 65–74 yaş grubunda 76.4 kg’a, 75 yaş ve üzeri grupta ise 71.2 kg’a gerilemektedir. Bu örüntü, orta yaş ve erken yaşlılık döneminin obezite riski açısından kritik bir dönem olduğunu, ileri yaşlarda ise kilo kaybının kas kütlesi azalması, iştah değişiklikleri, kronik hastalıklar ve yaşlanmaya bağlı fizyolojik süreçlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.



Şekil 1. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama vücut ağırlığı, (TÜİK, 2022).

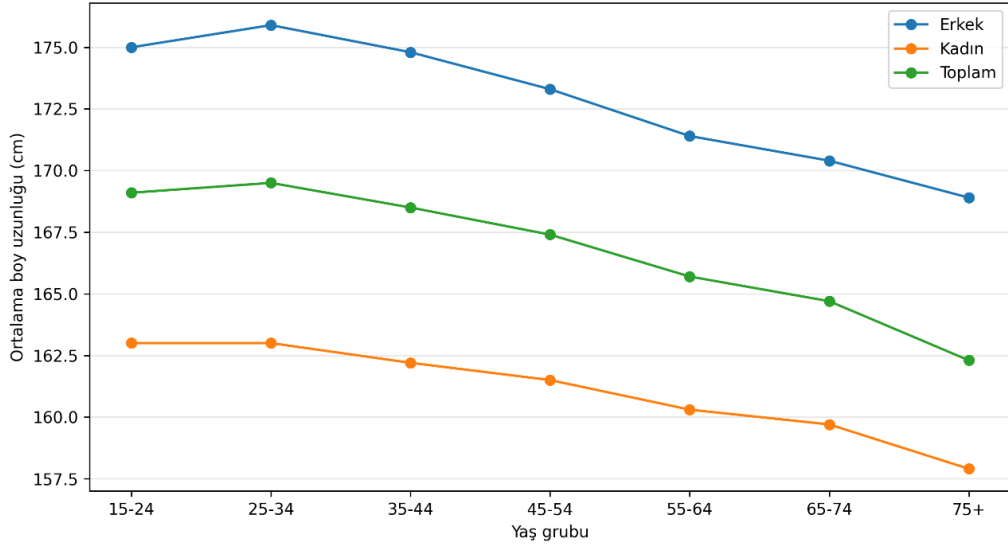
Şekil 1’de görüldüğü üzere erkeklerde ortalama vücut ağırlığı 15–24 yaş grubunda 71.1 kg iken 45–54 yaş grubunda 82.8 kg ile en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Kadınlarda ise ortalama vücut ağırlığı 15–24 yaş grubunda 58.4 kg iken 55–64 yaş grubunda 75.6 kg’a yükselmekte ve en yüksek değer bu yaş grubunda görülmektedir. Bu bulgu, kadınlarda kilo artışının erkeklere göre daha geç yaşlarda zirveye ulaştığını göstermektedir. Erkeklerde kilo artışı 45–54 yaş grubundan sonra düşüşe geçerken, kadınlarda 55–64 yaş grubuna kadar artışın devam etmesi, obezite riski açısından kadınların orta yaş sonrasında daha dikkatle izlenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu durum, sağlık yönetimi bakımından özellikle 45 yaş üzeri kadınlarda aile hekimliği temelli düzenli BKİ izlemi, metabolik risk taraması ve fiziksel aktivite danışmanlığına daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Yaş grupları arasındaki değişim daha net görülebilmesi için 15–24 yaş grubu referans alınarak ortalama vücut ağırlığı ve boy uzunluğu farkları hesaplanmıştır. Bu hesaplama, yaşla birlikte kilo artışının hangi dönemde hızlandığını ve cinsiyetler arasında ne ölçüde farklılaştığını ortaya koymaktadır.

Tablo 6. 15–24 Yaş grubuna göre ortalama vücut ağırlığı ve boy uzunluğu farkları (TÜİK, 2022).

Yaş Grubu	Erkek Ağırlık Farkı (kg)	Kadın Ağırlık Farkı (kg)	Toplam Ağırlık Farkı (kg)	Erkek Boy Farkı (cm)	Kadın Boy Farkı (cm)	Toplam Boy Farkı (cm)
15–24	0,0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
25–34	+8.5	+6.4	+7.3	+0.9	0.0	+0.4
35–44	+10.9	+10.9	+10.8	-0.2	-0.8	-0.6
45–54	+11.7	+15.9	+13.7	-1.7	-1.5	-1.7
55–64	+10.0	+17.2	+13.4	-3.6	-2.7	-3.4
65–74	+7.5	+16.1	+11.5	-4.6	-3.3	-4.4
75+	+2.5	+11.1	+6.3	-6.1	-5.1	-6.8

Tablo 6, 15–24 yaş grubuna göre vücut ağırlığındaki en yüksek toplam artışın 45–54 yaş grubunda 13.7 kg olduğunu göstermektedir. Erkeklerde en yüksek ağırlık farkı 45–54 yaş grubunda 11.7 kg iken, kadınlarda en yüksek fark 55–64 yaş grubunda 17.2 kg’dır. Bu bulgu, obezite riskinin kadınlarda özellikle 45 yaş sonrasında hızlandığını ve 55–64 yaş grubunda en belirgin düzeye ulaştığını göstermektedir. Aynı tabloda boy uzunluğunun yaşla birlikte azaldığı da görülmektedir. Toplam boy uzunluğu 15–24 yaş grubuna göre 75 yaş ve üzeri grupta 6.8 cm daha düşüktür. Bu durum, yaşlılık döneminde boy uzunluğundaki azalmanın da BKİ değerlerini etkileyebileceğini göstermektedir. Dolayısıyla ileri yaş gruplarında obezite değerlendirmesi yapılırken boy uzunluğundaki yaşa bağlı değişimler, kas kaybı ve vücut kompozisyonu da dikkate alınmalıdır.



Şekil 2. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama boy uzunluğu, (TÜİK, 2022).

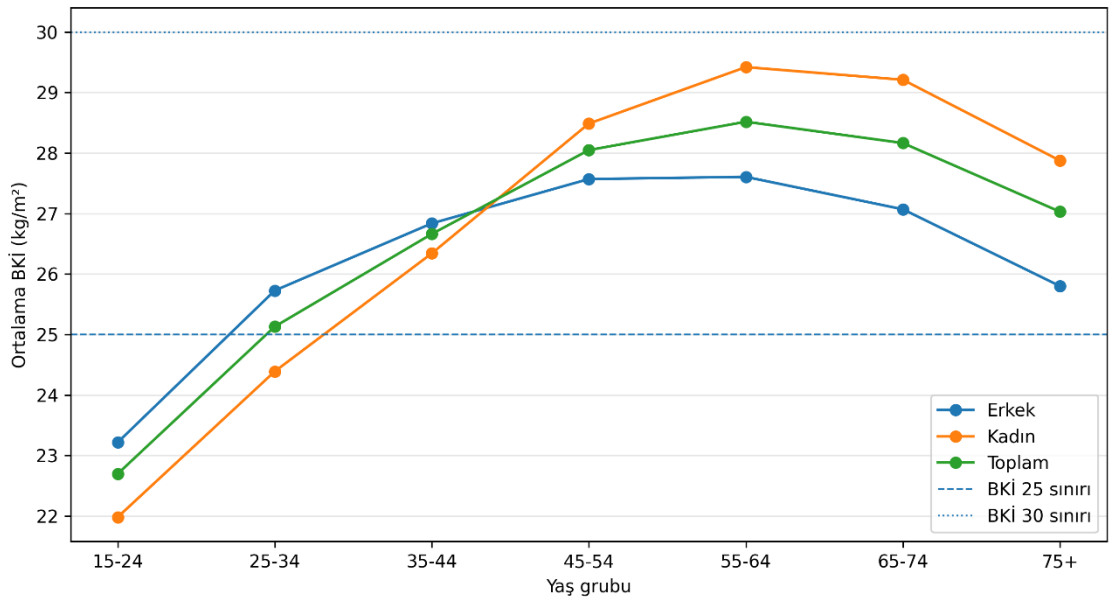
Şekil 2, yaş ilerledikçe ortalama boy uzunluğunun hem erkeklerde hem kadınlarda azaldığını göstermektedir. Erkeklerde ortalama boy uzunluğu 25–34 yaş grubunda 175.9 cm iken, 75 yaş ve üzeri grupta 168.9 cm’ye düşmektedir. Kadınlarda ise 15–34 yaş aralığında 163.0 cm olan ortalama boy uzunluğu, 75 yaş ve üzeri grupta 157.9 cm’ye gerilemektedir. Bu azalma, yaşlanma süreci, postür değişiklikleri, omurga yapısındaki değişimler ve kemik yoğunluğundaki azalma gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Bulgular açısından önemli olan nokta, boy uzunluğundaki azalmanın BKİ hesaplamalarını etkileyebilmesidir. Aynı vücut ağırlığı düzeyi, daha kısa boy uzunluğu ile birleştğinde daha yüksek BKİ değerine yol açmaktadır. Bu nedenle ileri yaşlarda obezite değerlendirmesi, boy uzunluğu ve beden kompozisyonu dikkate alınarak yapılmalıdır.

Tablo 7. Ortalama boy ve kilo değerlerinden hesaplanan tahmini BKİ, 2022

Yaş Grubu	Erkek BKİ	Ortalama Kadın BKİ	Ortalama Toplam BKİ
15–24	23.22	21.98	22.70
25–34	25.73	24.41	25.14
35–44	26.83	26.34	26.65
45–54	27.57	28.50	28.04
55–64	27.60	29.42	28.52
65–74	27.08	29.22	28.17
75+	25.80	27.87	27.02

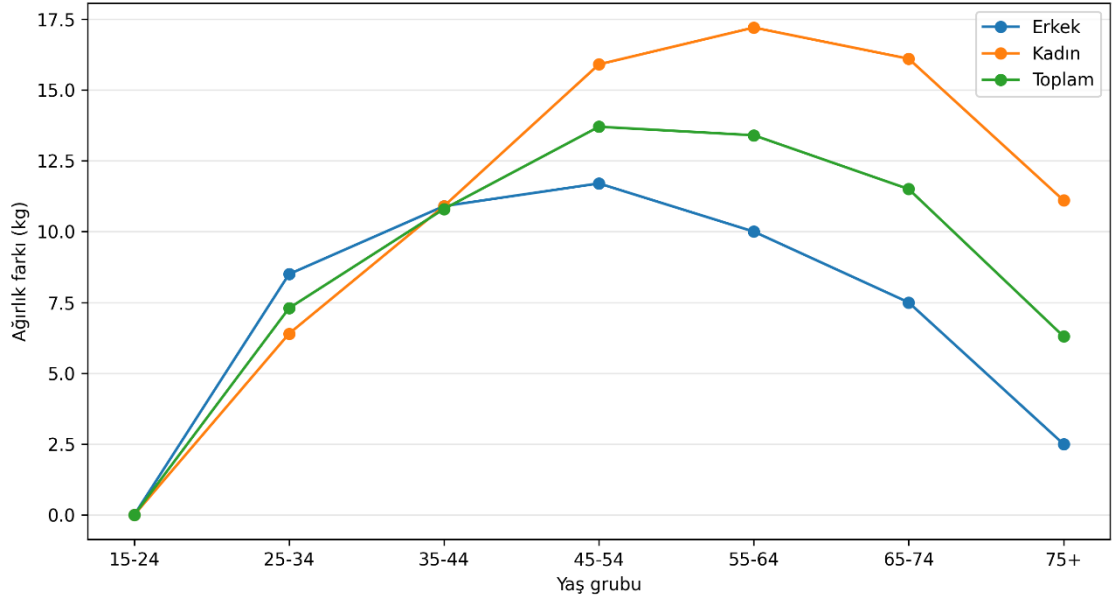
Tablo 7, ortalama BKİ tahminlerinin yaşla birlikte belirgin biçimde arttığını göstermektedir. Toplam nüfusta ortalama BKİ 15–24 yaş grubunda 22.70 ile normal

sınıra yakın bir düzeyde iken, 25–34 yaş grubunda 25.14’e yükselerek fazla kiloluluk sınırını aşmaktadır. 35–44 yaş grubunda 26.65, 45–54 yaş grubunda 28.04, 55–64 yaş grubunda ise 28.52 olarak hesaplanan toplam ortalama BKİ değerleri, orta yaş ve üzeri gruplarda fazla kiloluluk riskinin belirginleştiğini göstermektedir. Kadınlarda ortalama BKİ 45–54 yaş grubunda 28.50’ye, 55–64 yaş grubunda ise 29.42’ye ulaşmaktadır. Bu değerler, obezite sınırı olan 30 kg/m²’ye oldukça yakındır. Erkeklerde ise ortalama BKİ 35–64 yaş aralığında 26.83–27.60 arasında seyretmekte ve fazla kiloluluk düzeyinde kalmaktadır. Bu dağılım, kadınlarda yaşla birlikte obezite sınırına yaklaşan daha keskin bir risk artışı olduğunu göstermektedir.



Şekil 3. Yaş grubu ve cinsiyete göre ortalama BKİ tahmini, 2022

Şekil 3, ortalama BKİ tahminlerinin yaş grupları içinde nasıl değiştiğini göstermektedir. Grafikte 25 kg/m² sınırının aşılması, fazla kiloluluk düzeyine geçişi temsil etmektedir. Toplam nüfusta 25–34 yaş grubundan itibaren ortalama BKİ’nin 25 kg/m² sınırının üzerine çıktığı görülmektedir. Erkeklerde bu sınır 25–34 yaş grubunda aşılrken, kadınlarda 35–44 yaş grubundan itibaren aşılmaktadır. Ancak kadınlarda artış daha dik bir eğilim göstermekte ve 55–64 yaş grubunda 29,42 ile obezite sınırına oldukça yaklaşmaktadır. Bu bulgu, kadınlarda orta yaş sonrasında kilo artışının boy uzunluğu ile birlikte değerlendirildiğinde BKİ bakımından da daha belirgin bir risk oluşturduğunu göstermektedir. Sağlık yönetimi açısından bu sonuç, 35 yaş sonrası kadınlarda erken tarama ve yaşam tarzı danışmanlığının; 45 yaş sonrası kadınlarda ise kardiyometabolik risk izleminin daha sistematik hâle getirilmesi gerektiğini göstermektedir.



Şekil 4. 15–24 Yaş grubuna göre ortalama vücut ağırlığı farkı, 2022

Şekil 4, 15–24 yaş grubu referans alındığında ağırlık farkının yaşla birlikte nasıl değiştiğini göstermektedir. Toplam nüfusta ağırlık farkı 25–34 yaş grubunda 7.3 kg, 35–44 yaş grubunda 10.8 kg, 45–54 yaş grubunda 13.7 kg ve 55–64 yaş grubunda 13.4 kg’dır. Erkeklerde artış 45–54 yaş grubunda zirve yaparken, kadınlarda artış 55–64 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Bu bulgu, obeziteye yönelik müdahalelerin orta yaşa geçiş döneminden itibaren başlatılması gerektiğini göstermektedir. Özellikle 25–34 yaş grubunda toplam ağırlığın 15–24 yaş grubuna göre 7.3 kg artmış olması, genç yetişkinlikten çalışma yaşamına geçiş, fiziksel aktivite azalması, düzensiz beslenme, stres ve kent yaşamı gibi faktörlerin erken dönemde kilo artışına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, Türkiye’de obezitenin genel durumuna ilişkin üç temel sonuç ortaya koymaktadır. İlk olarak, vücut ağırlığı yaşla birlikte düzenli biçimde artmakta ve orta yaş döneminde en yüksek düzeylere ulaşmaktadır. İkinci olarak, kadınlarda kilo artışı erkeklere göre daha geç yaşlarda zirve yapmakta, ancak artış büyüklüğü daha belirgin olmaktadır. Üçüncü olarak, boy uzunluğundaki yaşa bağlı azalma, ileri yaş gruplarında BKİ değerlendirmesinin yalnızca ağırlık üzerinden yapılmasını sınırlandırmaktadır. Ortalama BKİ tahminleri, 25–34 yaş grubundan itibaren toplam nüfusta fazla kiloluluk sınırının aşıldığını, kadınlarda ise 45 yaş sonrası obezite sınırına oldukça yaklaşıldığını göstermektedir. Bu nedenle Türkiye’de obezite yönetimi, fazla kiloluluk evresinde başlayan erken önleme programlarıyla yürütülmelidir.

Tablo 8. Türkiye’de yetişkin obezite prevalansı (%) TURDEP-I (Türkiye diyabet, hipertansiyon, obezite ve endokrinolojik hastalıklar prevalans çalışması) (1997–1998) ve TURDEP-II (2010).

Çalışma	Yıl	Genel Obezite Oranı (%)	Kadın (%)	Erkek (%)
TURDEP - I	1997-1998	22.0	30.0	13.0
TURDEP - II	2010	31.2	44.0	27.0

Türkiye’de obezite prevalansının epidemiyolojik düzeyde izlenmesine olanak sağlayan en kapsamlı iki ulusal saha araştırması olan TURDEP-I (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması) (1997–1998) ve TURDEP-II (2010), ülkemizde obezitenin zaman içindeki dramatik artışını net bir şekilde ortaya koymaktadır (Satman vd., 2013). TURDEP-I verilerine göre genel yetişkin obezite oranı % 22 iken, bu oran 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında % 31.2’ye yükselmiştir. Kadınlarda obezite oranı % 30’dan % 44’e, erkeklerde ise % 13’ten % 27’ye yükselmiştir; bu artış, kentleşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve fiziksel aktivitenin azalması gibi toplumsal ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Erem, 2015).

TURDEP-II sonuçları, obezite prevalansının geçmiş dönemlere göre belirgin biçimde artmakta olduğunu göstermektedir; Türkiye, bu dönemde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2009–2013) gibi politika girişimleri başlatmış olsa da, TURDEP-II verileri obezite artış hızını yavaşlatacak düzeyde kalıcı davranış değişikliği yaratılmadığını ortaya koymaktadır (Satman vd., 2002; Türkiye Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu durum, halk sağlığı temelli çok sektörlü yaklaşımların politika planlama ve uygulama aşamasında daha güçlü biçimde bütünleşmesi gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2016).

Tablo 9. On beş yaş ve üzeri bireylerde beden kütle indeksinin cinsiyete göre dağılımı (beyana dayalı), (%), (TÜİK; 2008; 2010; 2012; 2014; 2016; 2019; 2022).

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

Tablo 9. (Devamı)

Yıl	Cinsiyet	Düşük Kilolu	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
2014	Kadın	5.1	43.6	30.4	20.9
	Toplam	3.9	44.2	34.8	17.2
	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
	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
	Erkek	2.7	40.3	39.7	17.3
2016	Kadın	5.6	40.4	30.1	23.9
	Toplam	4.0	42.1	34.3	19.6
	Erkek	2.7	40.3	39.7	17.3
2019	Kadın	4.9	40.0	30.4	24.8
	Toplam	3.8	40.1	35.0	21.1
	Erkek	2.3	40.6	40.4	16.8
2022	Kadın	4.9	40.6	30.9	23.6
	Toplam	3.6	40.6	35.6	20.2

Bireylerin vücut ağırlığı ve boy ölçüsü, obezitenin temel göstergesi olan Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplamasında kullanılan iki temel parametredir. Bu nedenle, bu ölçütlerin cinsiyet ve yaş grubu bazında dağılımının incelenmesi, obezite eğilimlerinin daha iyi anlaşılmasına olanak tanır (WHO, 2022).

Tablodaki veriler incelendiğinde, 2008–2022 yılları arasında Türkiye’de obezite oranlarının her iki cinsiyette de artış eğilimi gösterdiği, ancak kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek düzeyde seyrettiği görülmektedir. Örneğin, 2008 yılında obezite prevalansı erkeklerde % 12.3 iken kadınlarda % 18.5 olarak kaydedilmiş, 2022 yılına gelindiğinde bu oran erkeklerde % 16.8’e, kadınlarda ise % 23.6’ya yükselmiştir. Erkeklerde fazla kilolu olma oranı görece daha yüksek kalmaya devam ederken, kadınlarda obeziteye geçişin daha belirgin olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, TURDEP-II verileriyle de paralellik göstermektedir; söz konusu çalışmada kadınlarda obezite prevalansı % 44.2, erkeklerde ise % 27.3 bulunmuştur (Satman vd., 2013).

Tablo 10. Cinsiyete göre obez yetişkinlerin oranı (TÜİK; 2008; 2010; 2012; 2014; 2016; 2019; 2022).

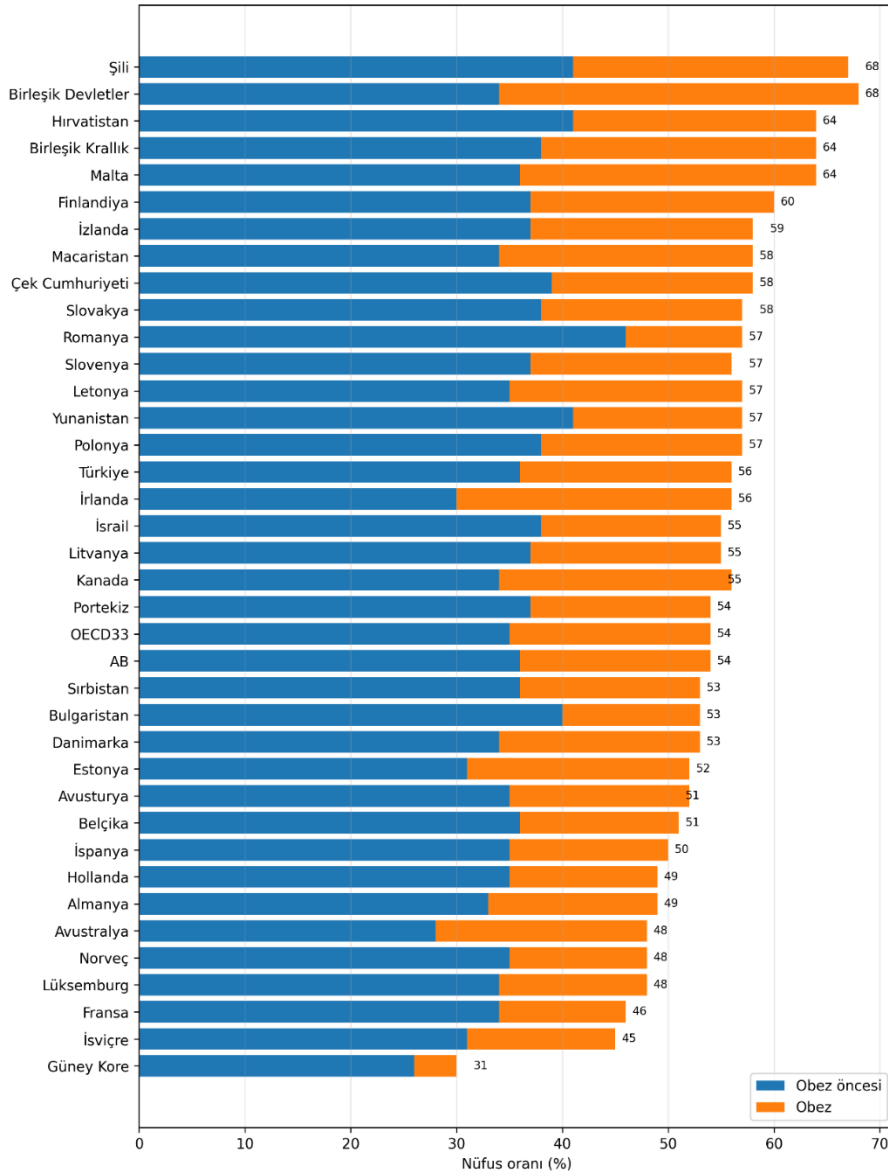
Yıl	Toplam	Erkek	Kadın
2008	15.2	12.3	18.5
2010	16.9	13.2	21.0
2012	17.2	13.7	20.9
2014	19.9	15.3	24.5
2016	19.6	15.2	23.9

Tablo 10. (Devamı)

Yıl	Toplam	Erkek	Kadın
2019	21.1	17.3	24.8
2022	20.2	16.8	23.6

4.2. Obezitenin Uluslararası Karşılaştırılması

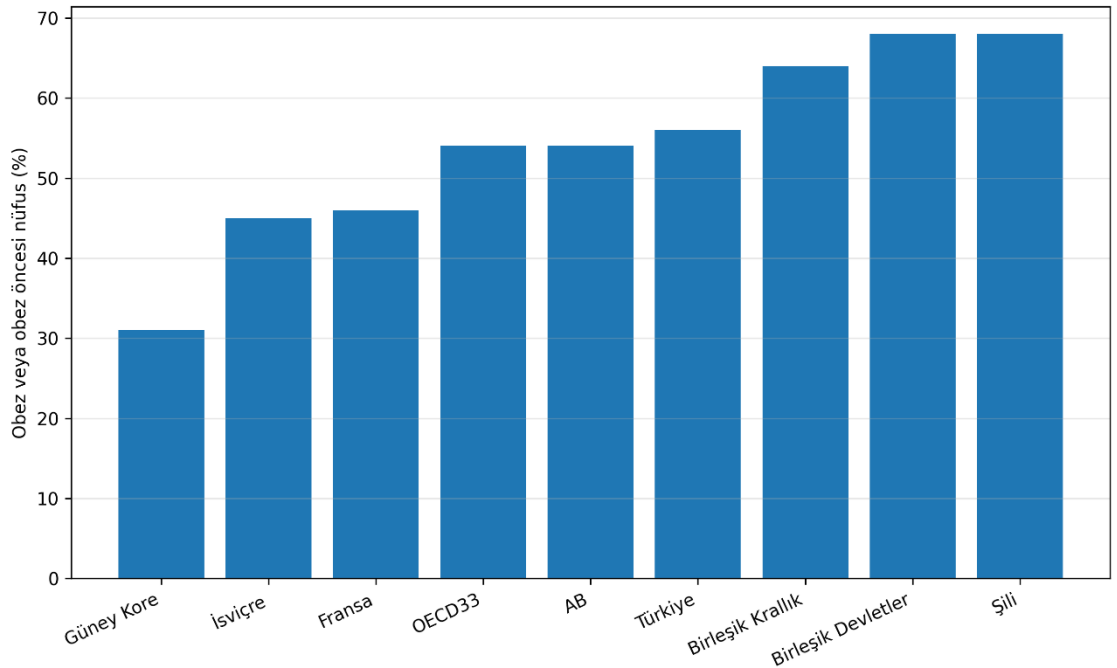
Obezite ve obezite öncesi durumun uluslararası karşılaştırılması, Türkiye'nin OECD ve Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında nasıl bir risk profiline sahip olduğunu göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Bu bölümde 15 yaş ve üzeri bireylerde obez veya obez öncesi nüfus oranları ile obezite prevalansının cinsiyete göre dağılımı, 2021 yılı veya verisi bulunabilen en yakın yıl esas alınarak değerlendirilmiştir. Türkiye verisi 2022 yılına ait olmakla birlikte, karşılaştırmalı ülke verileri 2021 yılı veya en yakın yıl göstergelerine dayanmaktadır. Bu nedenle bulgular, aynı döneme yakın uluslararası verilerin karşılaştırılması yoluyla Türkiye'nin göreceli konumunu belirlemeye yöneliktir.



Şekil 5. 15 Yaş ve üzeri bireylerde obez veya obez öncesi nüfus, 2021 veya en yakın yıl

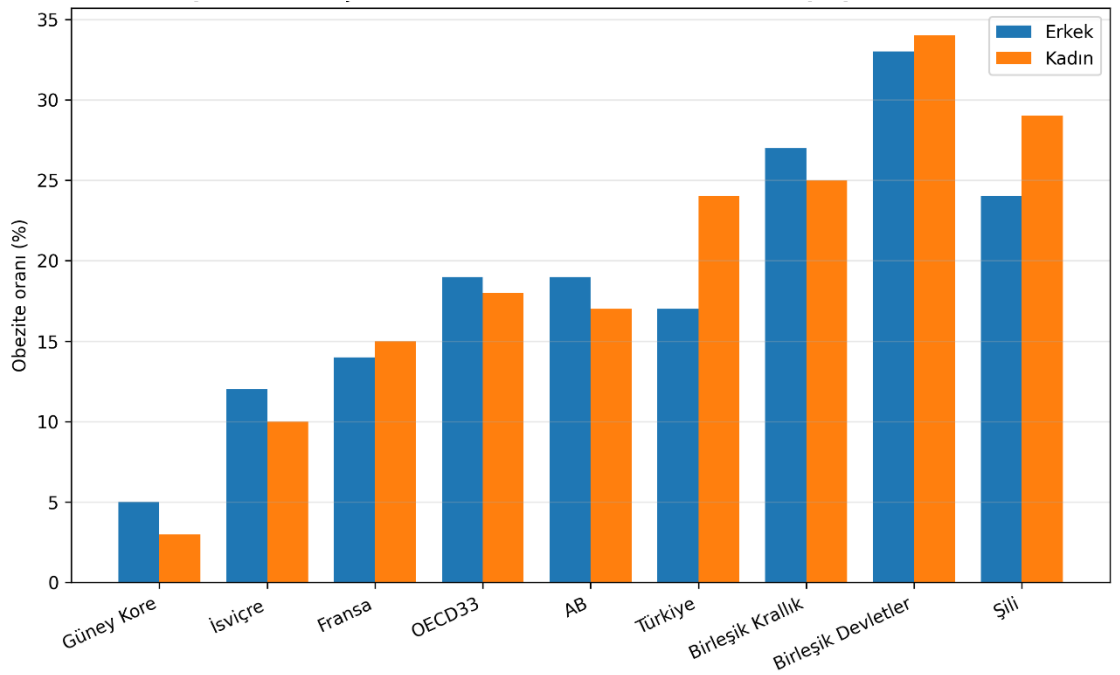
Şekil 5'te obezite ve obezite öncesi nüfusun ülkelere göre toplam dağılımı görülmektedir. En yüksek toplam oranlar Şili ve Birleşik Devletler'de % 68 düzeyindedir. Malta, Hırvatistan ve Birleşik Krallık % 64 ile bu ülkeleri izlemektedir. Türkiye ise % 56 ile orta-yüksek risk grubunda yer almaktadır. Güney Kore'nin % 31 düzeyindeki toplam oranı, karşılaştırılan ülkeler içinde en düşük düzeyi göstermektedir. Türkiye'nin Güney Kore'den 25 yüzde puan daha yüksek toplam obez/obez öncesi nüfusa sahip olması, iki ülke arasında beslenme kültürü, fiziksel aktivite alışkanlıkları, okul temelli sağlık politikaları, tarama sistemleri ve sağlık yönetimi kapasitesi açısından da önemli farklılıklar bulunduğunu düşündürmektedir.

Türkiye'nin % 56 toplam oranı, obezite öncesi grupta yer alan geniş bir nüfusu da kapsadığı için sağlık yönetimi açısından özellikle önemlidir. Obezite öncesi grup, henüz obezite sınırına ulaşmamış olmakla birlikte ilerleyen yıllarda obeziteye ve obeziteye bağlı kronik hastalıklara geçiş riski taşıyan geniş bir nüfus kitlesini temsil etmektedir. Türkiye'de obez öncesi nüfus oranının % 36, obez nüfus oranının ise % 20 olması, obeziteyle mücadelede fazla kiloluluk evresinde erken müdahalenin sağlık sistemi açısından daha stratejik olduğunu göstermektedir. Bu nedenle Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde BKİ izlemi, bel çevresi ölçümü, beslenme danışmanlığı ve fiziksel aktivite yönlendirmelerinin obezite gelişmeden önce başlatılması gerekmektedir.



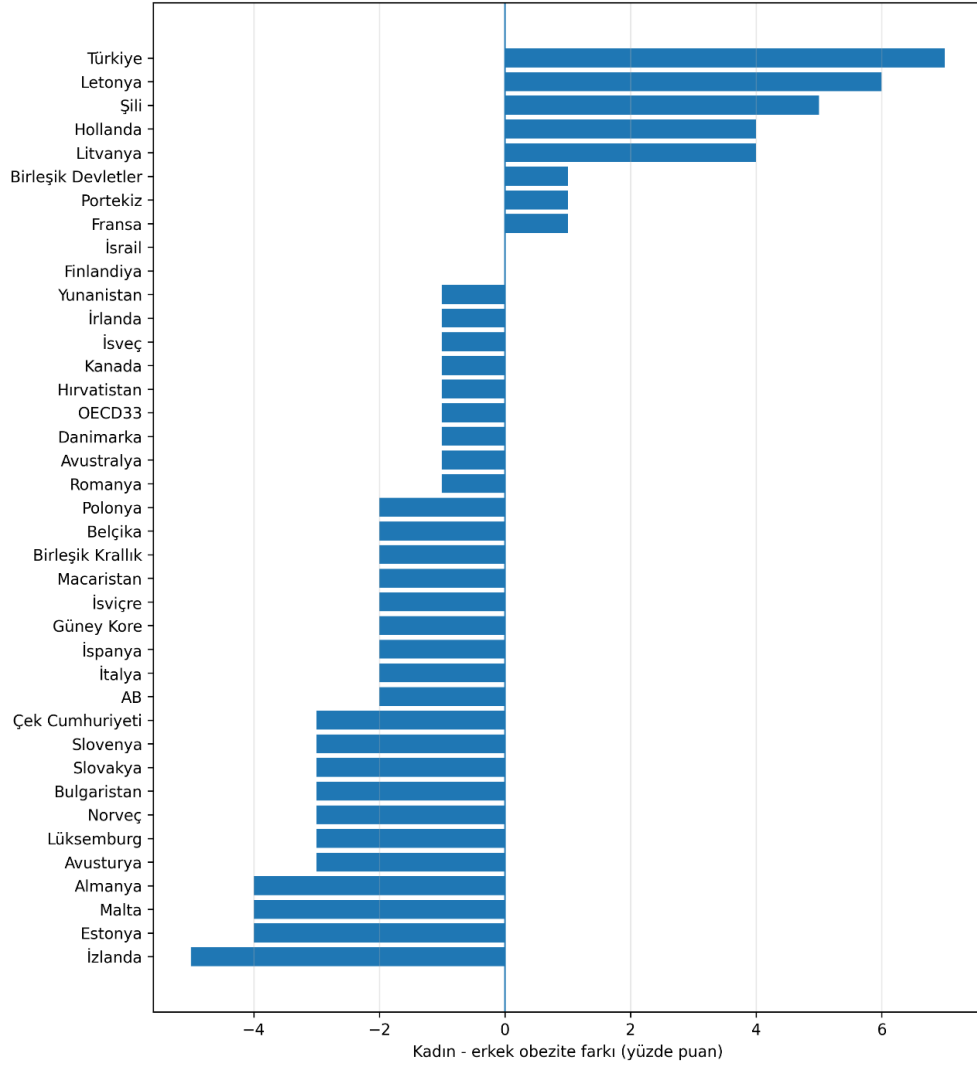
Şekil 6. Seçilmiş ülkelerde obez veya obez öncesi nüfus, 2021 veya en yakın yıl

Şekil 6, Türkiye'nin seçilmiş ülkeler içindeki konumunu daha açık biçimde göstermektedir. Türkiye'nin toplam obez veya obez öncesi nüfus oranı % 56 olup, AB ve OECD33 ortalamalarının üzerinde, ancak Birleşik Krallık, ABD ve Şili'nin altında yer almaktadır. Fransa'da bu oran % 46, İsviçre'de % 45, Güney Kore'de ise % 31 düzeyindedir. Türkiye'nin Fransa'dan 10 yüzde puan, İsviçre'den 11 yüzde puan, Güney Kore'den ise 25 yüzde puan daha yüksek olması, Türkiye'de obeziteyle mücadele politikalarının daha güçlü önleyici bileşenlerle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Buna karşılık Türkiye'nin ABD'den 12 yüzde puan ve Şili'den 12 yüzde puan daha düşük olması, Türkiye açısından hâlen önemli bir önleme fırsatı bulunduğunu göstermektedir.



Şekil 7. Cinsiyete göre obezite oranının uluslararası karşılaştırması, 2021 veya en yakın yıl

Şekil 7, seçilmiş ülkelerde erkek ve kadın obezite oranlarını karşılaştırmalı olarak göstermektedir. Türkiye'de kadın obezite oranının erkeklere göre belirgin biçimde yüksek olduğu görülmektedir. ABD'de kadın ve erkek oranları birbirine oldukça yakın olup kadınlarda % 34, erkeklerde % 33 düzeyindedir. Güney Kore'de ise hem kadın hem erkek obezite oranları oldukça düşüktür; erkeklerde % 5, kadınlarda % 3 düzeyindedir. Türkiye'nin kadın obezite oranı % 24 ile Güney Kore kadın oranının 21 yüzde puan üzerindedir. Bu fark, Türkiye'de kadınlara yönelik obezite önleme ve izleme programlarının daha sistematik biçimde geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.



Şekil 8. Cinsiyet farkına göre obezite oranları, 2021 veya en yakın yıl

Şekil 8, kadın-erkek obezite farkını ülkelere göre göstermektedir. Pozitif değerler kadınlarda obezite oranının erkeklerden daha yüksek olduğunu, negatif değerler ise erkeklerde obezite oranının kadınlardan daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Türkiye +7 yüzde puanlık fark ile kadınlarda obezite yükünün erkeklerden belirgin biçimde fazla olduğu ülkeler arasında öne çıkmaktadır. Bu durum, Türkiye’de obezitenin toplumsal cinsiyet boyutunun sağlık yönetimi açısından ayrıca değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Kadınlarda daha yüksek obezite oranı; doğum sonrası kilo artışı, menopoz dönemi, fiziksel aktiviteye erişim kısıtları, bakım emeği yükü, sosyoekonomik eşitsizlikler ve kültürel normlarla birlikte ele alınmalıdır.

Uluslararası bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’nin üç yönlü bir risk profiline sahip olduğu görülmektedir. İlk olarak Türkiye, obez veya obez öncesi toplam nüfus oranında % 56 ile AB ve OECD33 ortalamalarının üzerindedir. İkinci olarak

Türkiye’de obezite oranı % 20 olup obezite öncesi nüfus oranı % 36 düzeyindedir; bu durum fazla kiloluluk evresinde erken müdahale ihtiyacını güçlendirmektedir. Üçüncü olarak kadınlarda obezite oranının erkeklerden 7 yüzde puan yüksek olması, Türkiye’de obezite yönetiminin cinsiyete duyarlı biçimde yapılandırılması gerektiğini göstermektedir.

4.3. Obezite ile İlişkili Biyokimyasal Bulgular

Obezite, yalnızca vücut ağırlığı veya beden kitle indeksi üzerinden değerlendirilebilecek bir durum değildir. Obeziteyle birlikte lipid metabolizmasında meydana gelen değişiklikler, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, tip 2 diyabet ve insülin direnci gibi kronik hastalık risklerini artırabilmektedir. Bu nedenle total kolesterol, HDL kolesterol düşüklüğü ve açlık trigliserid düzeyi gibi biyokimyasal göstergeler, obeziteyle ilişkili metabolik risklerin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu bölümde, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017* verileri esas alınarak, 15 yaş ve üzeri bireylerde kolesterol ve açlık trigliserid düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı değerlendirilmiştir.

Tablo 11. On beş yaş ve üzeri bireylerde kolesterol ve açlık trigliserid düzeylerinin cinsiyete göre dağılımı (T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri 2017).

Biyokimyasal Gösterge	Eşik Değer	Erkek (%)	Kadın (%)	Toplam (%)
Total kolesterol	≥190 mg/dl	20.9	28.5	24.7
Total kolesterol	≥240 mg/dl	6.5	9.5	8.0
HDL düşüklüğü	Erkek <40 mg/dl; Kadın <50 mg/dl	55.6	49.1	52.3
Açlık trigliserid	≥150 mg/dl	30.2	21.0	25.6
Açlık trigliserid	≥180 mg/dl	19.9	13.6	16.7

Not: Total kolesterol hesaplamasına ilaç kullanan bireyler de dâhil edilmiştir. Düşük HDL düzeyi hesaplanırken erkeklerde 40 mg/dl, kadınlarda 50 mg/dl eşik değeri esas alınmıştır.

Tablo 11’de görüldüğü üzere, toplam nüfusta en yaygın biyokimyasal risk göstergesi HDL düşüklüğüdür. HDL düşüklüğü toplamda % 52.3 düzeyindedir. Bu oran erkeklerde % 55.6, kadınlarda ise % 49.1 olarak bildirilmiştir. Buna göre erkeklerde HDL düşüklüğü kadınlardan daha yüksek düzeydedir. HDL kolesterolün kardiyovasküler sistem üzerindeki koruyucu etkisi dikkate alındığında, toplumun yarısından fazlasında HDL düzeyinin düşük olması önemli bir kardiyometabolik risk alanına işaret etmektedir.

Bu bulgu, obeziteyle ilişkili metabolik risklerin daha geniş bir nüfus grubunda lipid profili bozukluklarının yaygın olduğunu göstermektedir.

Total kolesterol göstergeleri incelendiğinde, 15 yaş ve üzeri bireylerde total kolesterolün ≥ 190 mg/dl düzeyinde olma oranı toplamda % 24.7'dir. Bu oran kadınlarda % 28.5, erkeklerde ise % 20.9'dur. Kadınlarda total kolesterol yüksekliği erkeklerden 7.6 yüzde puan daha fazladır. Daha yüksek eşik olan ≥ 240 mg/dl düzeyinde ise toplam oran % 8.0; kadınlarda % 9.5, erkeklerde % 6.5'tir. Bu düzeyde de kadınlarda oran erkeklerden 3,0 yüzde puan daha yüksektir. Bu bulgular, kadınlarda kolesterol yüksekliğinin erkeklere kıyasla daha belirgin olduğunu göstermektedir. Özellikle orta yaş ve menopoz sonrası dönemde hormonal değişimler, yağ dağılımındaki dönüşüm ve fiziksel aktivite düzeyindeki azalma, kadınlarda lipid profili bozukluklarının artmasıyla ilişkili olabilir.

Açlık trigliserid düzeylerinde ise kadınlardan farklı olarak erkeklerde daha yüksek bir risk örüntüsü görülmektedir. Açlık trigliserid düzeyi ≥ 150 mg/dl olan bireylerin oranı toplamda %25.6'dır. Erkeklerde bu oran % 30.2 iken kadınlarda % 21.0'dır. Buna göre erkeklerde trigliserid yüksekliği kadınlardan 9.2 yüzde puan daha fazladır. Açlık trigliserid düzeyi ≥ 180 mg/dl olan bireylerin oranı ise toplamda % 16.7; erkeklerde % 19.9, kadınlarda % 13.6'dır. Bu eşikte de erkeklerde oran kadınlardan 6.3 yüzde puan daha yüksektir. Bu durum, erkeklerde trigliserid yüksekliği ve HDL düşüklüğünün birlikte daha belirgin bir metabolik risk profili oluşturduğunu göstermektedir.

Tablo 12. Biyokimyasal göstergelerde cinsiyete göre risk farkı (Tablo 11 verilerinden hesaplanmıştır).

Biyokimyasal Gösterge	Erkek (%)	Kadın (%)	Kadın-Erkek Farkı
Total kolesterol ≥ 190 mg/dl	20.9	28.5	+7.6
Total kolesterol ≥ 240 mg/dl	6.5	9.5	+3.0
HDL düşüklüğü	55.6	49.1	-6.5
Açlık trigliserid ≥ 150 mg/dl	30.2	21.0	-9.2
Açlık trigliserid ≥ 180 mg/dl	19.9	13.6	-6.3

Tablo 12, biyokimyasal göstergelerde cinsiyete göre belirgin bir farklılaşma olduğunu ortaya koymaktadır. Pozitif değerler kadınlarda riskin erkeklere göre daha yüksek olduğunu, negatif değerler ise erkeklerde riskin kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre kadınlarda total kolesterol yüksekliği daha belirgin iken, erkeklerde HDL düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği daha yüksek düzeydedir. En yüksek kadın lehine fark total kolesterol ≥ 190 mg/dl göstergesinde görülmektedir. Bu göstergede kadınların oranı erkeklerden 7.6 yüzde puan daha yüksektir. Erkeklerde ise en belirgin fark açlık trigliserid ≥ 150 mg/dl göstergesinde ortaya çıkmaktadır. Bu göstergede

erkeklerin oranı kadınlardan 9.2 yüzde puan daha yüksektir. Bu dağılım, obeziteyle ilişkili biyokimyasal risklerin kadın ve erkeklerde aynı şekilde ilerlemediğini göstermektedir. Kadınlarda total kolesterol yüksekliği daha baskın bir risk alanı olarak öne çıkarken, erkeklerde düşük HDL ve yüksek trigliserid düzeyleri daha belirgindir. Bu durum, obezite yönetiminde tek tip tarama ve izlem yaklaşımının yeterli olmayacağını göstermektedir. Kadınlarda kolesterol izlemi, menopoz sonrası kardiyometabolik riskler ve kilo artışı birlikte değerlendirilmelidir. Erkeklerde ise trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü, abdominal yağlanma, insülin direnci ve metabolik sendrom bileşenleri birlikte ele alınmalıdır.

Tablo 13. Toplam nüfusta biyokimyasal risk göstergelerinin yaygınlık sıralaması, (Tablo 11 verilerinden hesaplanmıştır).

Biyokimyasal Gösterge	Toplam Oran (%)
HDL düşüklüğü	52.3
Açlık trigliserid ≥ 150 mg/dl	25.6
Total kolesterol ≥ 190 mg/dl	24.7
Açlık trigliserid ≥ 180 mg/dl	16.7
Total kolesterol ≥ 240 mg/dl	8.0

Tablo 13, toplam nüfusta biyokimyasal risk göstergelerinin yaygınlık sıralamasını göstermektedir. Buna göre en yaygın sorun HDL düşüklüğüdür. HDL düşüklüğünün % 52.3 düzeyinde olması, lipid profili açısından toplumun yarısından fazlasının kardiyometabolik risk taşıdığını göstermektedir. İkinci sırada % 25.6 ile açlık trigliserid ≥ 150 mg/dl, üçüncü sırada ise % 24.7 ile total kolesterol ≥ 190 mg/dl yer almaktadır. Bu iki göstergenin yaklaşık aynı düzeyde olması, Türkiye’de lipid bozukluklarının çoklu biyokimyasal göstergelerle değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Total kolesterol ≥ 240 mg/dl düzeyinin % 8.0 olması, daha ağır kolesterol yüksekliği bulunan grubun toplum içinde daha sınırlı bir paya sahip olduğunu göstermektedir. Ancak bu oran klinik açıdan önemsiz değildir; çünkü yüksek kolesterol düzeyleri kardiyovasküler hastalık riskini artıran temel biyobelirteçler arasında yer almaktadır. Benzer şekilde açlık trigliserid ≥ 180 mg/dl oranının % 16,7 düzeyinde olması, metabolik sendrom ve insülin direnci açısından dikkate alınması gereken geniş bir risk grubunun bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Cinsiyete göre öne çıkan biyokimyasal risk profili (Tablo 11 ve Tablo 12 verilerinden oluşturulmuştur).

Cinsiyet	Öne Çıkan Risk Göstergeleri	Bulgusal Değerlendirme
Erkek	HDL düşüklüğü; açlık trigliserid yüksekliği	Erkeklerde HDL düşüklüğü % 55.6, trigliserid ≥ 150 mg/dl oranı % 30.2'dir.
Kadın	Total kolesterol yüksekliği	Kadınlarda total kolesterol ≥ 190 mg/dl oranı % 28.5, ≥ 240 mg/dl oranı % 9.5'tir.
Toplam nüfus	HDL düşüklüğü; trigliserid ve kolesterol yüksekliği	HDL düşüklüğü % 52.3, trigliserid ≥ 150 mg/dl % 25.6, kolesterol ≥ 190 mg/dl % 24.7'dir.

Tablo 14, biyokimyasal risklerin cinsiyetlere göre farklı bir dağılım gösterdiğini özetlemektedir. Erkeklerde HDL düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği daha baskın bir risk profili oluştururken, kadınlarda total kolesterol yüksekliği daha belirgindir. Toplam nüfusta ise HDL düşüklüğü en yaygın biyokimyasal sorun olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgular, obeziteyle mücadelede lipid profili izleminin de obezite yönetiminin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde obeziteyle ilişkili biyokimyasal risklerin yaygın olduğu görülmektedir. Toplam nüfusta HDL düşüklüğünün % 52.3 düzeyinde olması, toplumun yarısından fazlasında kardiyometabolik koruyucu mekanizmalardan birinin zayıflamış olabileceğini düşündürmektedir. Açlık trigliserid ≥ 150 mg/dl oranının % 25.6, total kolesterol ≥ 190 mg/dl oranının ise % 24.7 olması, lipid profili bozukluklarının toplumun yaklaşık dörtte birini ilgilendiren önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Bu nedenle obeziteyle ilişkili biyokimyasal risklerin izlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin de temel sorumluluk alanlarından biri olmalıdır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı ve ilgili kurumsal veri kaynakları temel alınarak Türkiye’de obezitenin mevcut görünümü sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirilmiştir. Obezite göstergeleri yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi sınıflamaları, uluslararası karşılaştırmalar ve bazı biyokimyasal risk parametreleri çerçevesinde tartışılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı ve karşılaştırmalı ikincil veri analizine dayanması nedeniyle bulgular, değişkenler arasında nedensel ilişki kurmak veya istatistiksel anlamlılık testi yapmak amacıyla değil; mevcut göstergelerin dağılımını, farklılaşma örüntülerini ve sağlık yönetimi açısından işaret ettiği öncelik alanlarını ortaya koymak amacıyla yorumlanmıştır. Bu çerçevede bulgular, Türkiye’de obezitenin yalnızca bireysel yaşam tarzı tercihleriyle açıklanamayacak kadar çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olduğunu; sağlık sisteminin koruyucu hizmet kapasitesi, kronik hastalık yönetimi, kaynak planlaması, izleme-değerlendirme mekanizmaları ve politika uygulama süreçleri bakımından dikkatle ele alınması gereken bir alan sunduğunu göstermektedir. Bu yönüyle araştırma bulguları, obezitenin sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, sosyal eşitsizlikler ve hizmet organizasyonu bağlamında daha kapsamlı biçimde değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırmada ulaşılan temel bulgulardan biri, Türkiye’de obezite oranlarının yıllar içinde artış eğilimi göstermesidir. Tablo 6’da yer alan verilere göre 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı 2016 yılında % 19.6 iken 2022 yılında % 20,2’ye yükselmiştir. Bu artış, sayısal olarak sınırlı görünmekle birlikte, Türkiye’de obezitenin kalıcı ve izlenmesi gereken bir halk sağlığı problemi olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgu, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması sonuçlarıyla da uyumludur. TBSA 2010’da 19 yaş ve üzeri bireylerde obezite prevalansı % 30.3 olarak bildirilmiş, 2017 yılında ise bu oran % 31.5’e yükselmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye’de obezite prevalansının dönemsel dalgalanmalardan bağımsız biçimde yüksek düzeyini koruduğu ve halk sağlığı gündemindeki ağırlığını sürdürdüğü anlaşılmaktadır. Bilici vd. (2020) tarafından yapılan epidemiyolojik değerlendirmelerde de Türkiye’de 2000’li yıllardan itibaren obezitenin hem kadınlarda hem erkeklerde artış eğilimi gösterdiği vurgulanmıştır.

Obezite oranlarındaki artış eğiliminin sağlık yönetimi açısından önemi, gelecekte sağlık hizmetlerine yönelik talep ve kronik hastalık yükü bakımından oluşturabileceği

baskıyla ilişkilidir. Obezite; tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, dislipidemi ve bazı kanser türleri için temel risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir (WHO, 2023). Bu nedenle obezite prevalansındaki artış eğilimi, sağlık sisteminin ilerleyen yıllarda tanı, tedavi, izlem, ilaç kullanımı ve rehabilitasyon gereksinimleri bakımından daha fazla yükü karşılayabileceğini düşündürmektedir. Bu tablo, sağlık yönetimi açısından koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini, birinci basamakta obezite taramasının standartlaştırılmasını, risk gruplarının düzenli izlenmesini ve obeziteyle ilişkili kronik hastalıkların erken dönemde yönetilmesini gerekli kılan bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Yalnızca tedavi edici hizmet kapasitesini artırmaya dayalı bir yaklaşımın, obezite gibi önlenabilir ve yönetilebilir bir risk alanında uzun vadeli sürdürülebilirlik sağlamada sınırlı kalacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın dikkat çekici bulgularından biri, obezite oranlarının cinsiyete göre belirgin biçimde farklı bir dağılım sergilemesidir. 2022 yılı itibarıyla kadınlarda obezite oranı % 24.8 iken erkeklerde bu oran % 17.3 olarak belirlenmiştir. Bu dağılım, Türkiye’de obezitenin toplumsal cinsiyet boyutuyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Kadınlarda obezite oranının daha yüksek seyretmesi; gebelik, doğum sayısı, menopoz sonrası metabolik değişimler, yaşa bağlı vücut kompozisyonu değişiklikleri, fiziksel aktiviteye erişim olanakları, ev içi bakım yükü, toplumsal cinsiyet rolleri ve sosyokültürel normlar gibi çok sayıda unsurla birlikte yorumlanabilir. Kozan Cikirkeci ve Esin (2025), kadınlarda obezite eğiliminin kültürel normlar ve toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkili biçimde fiziksel aktivite düzeylerinin sınırlandırılması üzerinden değerlendirilebileceğini belirtmektedir. Kadınlara yönelik obeziteyle mücadele programlarının fiziksel aktiviteye erişimi kolaylaştıran yerel hizmetler, kadın sağlığı merkezli danışmanlık, menopoz sonrası metabolik risk izlemi ve sosyal destek mekanizmalarıyla bütünleştirilmesi sağlık yönetimi açısından önemli görünmektedir.

Tablo 4’te yer alan boy ve kilo ortalamaları, yaş ilerledikçe vücut ağırlığında artış eğiliminin belirginleştiğini göstermektedir. Özellikle 45 yaş ve üzerindeki gruplarda kilo ortalamalarının yükselmesi, yaşlanma süreciyle birlikte bazal metabolizma hızındaki değişimler, fiziksel aktivite düzeyindeki azalma, kronik hastalıkların daha sık görülmesi ve uzun yıllar içinde yerleşen beslenme alışkanlıklarıyla birlikte değerlendirilebilir. Yaşa bağlı kilo artışı, sağlık yönetimi açısından yaşlanan nüfusun kronik hastalık yükü bakımından daha yakından izlenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Türkiye’de nüfusun yaşlanma eğilimi dikkate alındığında, obezite ve yaşlanma ilişkisinin sağlık hizmetleri üzerinde oluşturabileceği baskı daha fazla önem kazanmaktadır. İleri yaş gruplarında obezite görülme sıklığının artması; diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar,

osteoartrit ve fonksiyonel kapasite kaybı gibi sorunların izlenmesini daha önemli hâle getirmektedir. Bu nedenle yaşlı nüfusta obezite yönetimi, hareket kapasitesinin korunması, kronik hastalık izlemi, beslenme danışmanlığı, düşme riskinin azaltılması ve yaşam kalitesinin desteklenmesi gibi bütüncül hizmetlerle birlikte düşünülmelidir.

Uluslararası karşılaştırma bulguları, Türkiye'nin obezite açısından Avrupa ve OECD ülkeleri içinde dikkatle izlenmesi gereken bir konumda bulunduğunu göstermektedir. Şekil 1'de Türkiye'de obez veya obez öncesi bireylerin toplam oranının % 56 olduğu görülmektedir. Fransa, İtalya ve İsviçre gibi ülkelerde bu oranların daha düşük seyretmesi, buna karşılık Macaristan ve Birleşik Krallık gibi ülkelerde daha yüksek oranların görülmesi, obezitenin ülkelerin sağlık sistemi yapısı, beslenme kültürü, kentleşme biçimi, eğitim düzeyi, gelir dağılımı, fiziksel aktivite olanakları ve düzenleyici politika kapasitesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir (OECD, 2023). Türkiye'nin uluslararası konumu, obeziteyle mücadelede gıda ortamlarının düzenlenmesi, sağlıklı besine erişim, okul temelli müdahaleler, fiziksel aktiviteyi destekleyen şehir planlaması ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle bütünlük bir yaklaşımın gerekliliğine işaret etmektedir. Bu bağlamda Türkiye, obezite oranları çok yüksek ülkelerin deneyimlerinden olduğu kadar, daha düşük prevalans gösteren ülkelerin önleyici politika araçlarından da yararlanabilecek bir konumda değerlendirilebilir.

Türkiye'de obezite prevalansının eğitim ve gelir düzeyiyle ilişkili olduğuna yönelik literatür bulguları, bu araştırmanın sonuçlarının toplumsal eşitsizlikler bağlamında da yorumlanmasını gerekli kılmaktadır. Düşük gelir grubunda yer alan bireylerin sağlıklı gıdalara erişimde güçlük yaşaması, ucuz ve enerji yoğun besinlere daha fazla yönelmesi, fiziksel aktivite için güvenli ve erişilebilir alanlardan daha sınırlı biçimde yararlanması obezite riskiyle ilişkili önemli faktörler arasında değerlendirilmektedir. San ve Beyenal (2025), Karaca Çelik vd. (2024) ve Pineda vd. (2024) bu ilişkinin sosyoekonomik koşullar, beslenme örüntüleri, fiziksel aktivite olanakları ve gıda çevresi bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, obezitenin gelir, eğitim, yerleşim yeri, sağlık okuryazarlığı ve çevresel olanaklarla bağlantılı sosyal bir sorun olduğunu göstermektedir. Sağlık yönetimi açısından bu bulgu, obeziteyle mücadelede evrensel politikalarla hedeflenmiş müdahalelerin birlikte yürütülmesi gerektiğine işaret etmektedir. Tüm nüfusa yönelik genel farkındalık kampanyaları yararlı olmakla birlikte, düşük gelirli gruplar, kadınlar, ileri yaş grupları, fiziksel aktivite olanaklarına erişimi sınırlı bireyler ve kronik hastalık riski yüksek gruplar için daha özel ve erişilebilir hizmet modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Araştırmada ele alınan kolesterol ve trigliserid düzeylerine ilişkin veriler, obeziteyle birlikte izlenmesi gereken kardiyometabolik risk göstergelerinin cinsiyete göre farklı dağılımlar sergilediğine işaret etmektedir. Kadınlarda total kolesterol yüksekliği ve HDL düşüklüğünün, erkeklerde ise açlık trigliserid yüksekliğinin daha görünür olması, obezite yönetiminde yalnızca BKİ göstergesine odaklanmanın yeterli olmadığını göstermektedir. Gorini vd. (2025), Koceva vd. (2024) ve Kim vd. (2025) tarafından ortaya konulan metabolik farklılıklara ilişkin bulgular da obeziteyle ilişkili risklerin cinsiyete duyarlı biçimde izlenmesi gerektiğini desteklemektedir. Bununla birlikte bu araştırmada kullanılan veriler toplulaştırılmış ikincil verilere dayandığından, biyokimyasal göstergeler ile obezite arasında nedensel veya istatistiksel olarak test edilmiş bir ilişki kurulmamaktadır. Santisteban vd. (2025) ve Kelly vd. (2025) tarafından vurgulanan cinsiyete bağlı metabolik farklılıklar, lipid profili göstergelerinin obeziteyle birlikte değerlendirilmesinin gerekliliğini desteklemektedir. Bulgular, sağlık yönetimi açısından cinsiyete duyarlı tarama, izlem ve danışmanlık süreçlerinin önemine işaret eden betimsel göstergeler olarak değerlendirilmelidir.

Kadınlarda obezite prevalansının yüksek seyretmesiyle total kolesterol yüksekliğinin aynı risk tablosu içinde görünmesi, özellikle kardiyovasküler hastalık riski açısından dikkatle değerlendirilmesi gereken bir bulgudur. Literatürde abdominal yağlanmanın, özellikle menopoz sonrası dönemde lipid metabolizmasıyla ilişkili olumsuz değişimlerle birlikte ele alınabileceği ve kardiyovasküler risk değerlendirmesinde önemli olduğu belirtilmektedir. van Oortmerssen vd. (2025), Koceva vd. (2024) ve Kim vd. (2025) bu metabolik farklılıkların kadınlarda obezite ve lipid profili değerlendirmesinde dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Türkiye’de kadınlarda obezite oranlarının erkeklere göre daha yüksek olması, kadın sağlığı politikalarında kilo yönetimi ile kardiyometabolik risk izleminin birlikte ele alınmasını gerekli kılan bir gösterge olarak yorumlanabilir. Bu noktada aile hekimliği sistemi, kadınların düzenli BKİ, bel çevresi, kolesterol, kan basıncı ve glukoz izlemlerinin yapılması bakımından önemli bir hizmet basamağıdır. Ancak bu hizmetlerin işlevsel olabilmesi için ölçüm sonuçlarının risk sınıflandırmasına dönüştürülmesi, bireye özgü danışmanlık sunulması, yaşam tarzı değişikliği desteğinin süreklilik kazanması ve gerekli durumlarda uzmanlık hizmetlerine yönlendirme mekanizmalarının etkin biçimde işletilmesi gerekmektedir.

Erkeklerde trigliserid düzeylerinin daha yüksek bulunması, obezitenin cinsiyete göre farklı metabolik görünümlemlerle birlikte değerlendirilebileceğini göstermektedir. Berisha vd. (2025), Santisteban vd. (2025) ve Kelly vd. (2025), trigliserid düzeylerinin beslenme örüntüsü, metabolik risk profili, abdominal yağlanma ve kardiyometabolik

değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Türkiye’de erkeklerde obezite oranı kadınlara göre daha düşük olmasına rağmen trigliserid düzeylerinin daha yüksek seyretmesi, obezite değerlendirmesinde yalnızca BKİ’ye dayalı yaklaşımın sınırlı kalabileceğine işaret etmektedir. Erkeklerde metabolik sendrom bileşenlerinin daha dikkatli izlenmesi, özellikle trigliserid yüksekliği, abdominal yağlanma, kan basıncı ve glukoz metabolizmasının birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bulgu, sağlık politikalarında cinsiyete duyarlı risk yönetiminin önemini güçlendirmektedir. Kadınlarda obezite ve kolesterol yönetimi, erkeklerde ise trigliserid ve metabolik sendrom bileşenlerinin kontrolü öncelikli müdahale alanları arasında değerlendirilebilir.

Bu araştırmanın bulguları, obeziteyle ilişkili politikaların yalnızca bireysel davranış değişikliği üzerinden kurgulanmasının yetersiz kalacağını göstermektedir. Türkiye’de obezite oranlarının yüksek seyretmesi, kadınlarda ve ileri yaş gruplarında riskin belirginleşmesi, obezite öncesi bireylerin toplam nüfus içinde önemli bir paya sahip olması ve lipid profili göstergelerinde cinsiyete göre farklı risklerin görülmesi, daha bütüncül ve hedeflenmiş sağlık politikalarına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Toplum temelli müdahaleler, okul sağlığı programları, aile hekimliği temelli tarama ve danışmanlık hizmetleri, sağlıklı gıdaya erişim politikaları, fiziksel aktiviteyi destekleyen yerel çevre düzenlemeleri, sağlık okuryazarlığı programları ve gıda politikalarının düzenlenmesi birlikte ele alınmadığında obeziteyle mücadelede kalıcı başarı sağlanmasının güçleşeceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle Türkiye’de obezite yönetimi, eğitim, yerel yönetimler, tarım, gıda, ulaşım, medya ve sosyal politika alanlarının birlikte sorumluluk üstlendiği çok sektörlü bir çerçeve içinde ele alınmalıdır.

Sağlık yönetimi açısından tartışmanın en önemli boyutlarından biri, obeziteyle mücadelede izleme-değerlendirme kapasitesinin güçlendirilmesi gerekliliğidir. Obezite prevalansı, cinsiyet, yaş grubu, bölge, sosyoekonomik düzey, fiziksel aktivite, beslenme davranışı ve biyokimyasal risk göstergeleri düzenli biçimde izlenmediğinde, geliştirilen politikaların hangi alanlarda istenen sonuçlara yaklaştığı ve hangi gruplara ulaşmakta sınırlı kaldığı açık biçimde değerlendirilememektedir. Bu nedenle obezite politikalarının ölçülebilir göstergeler, sorumlu kurumlar, uygulama takvimleri, performans ölçütleri ve geri bildirim mekanizmalarıyla desteklenmesi gerekmektedir. Türkiye’de mevcut veriler obezitenin yaygınlığını göstermede önemli bir işlev üstlenmekle birlikte, politika sonuçlarını değerlendirmek için daha ayrıntılı, sürekliliği olan ve bölgesel düzeyde karşılaştırmaya imkân veren veri altyapısına ihtiyaç bulunmaktadır.

Bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’de obezitenin ciddi ve çok boyutlu bir halk sağlığı sorunu olduğu; bu sorunun yalnızca klinik tedavi, bireysel diyet

önerileri veya dönemsel farkındalık kampanyalarıyla yönetilemeyeceği anlaşılmaktadır. Obezite, sağlık sistemi üzerinde artan kronik hastalık yükü, sağlık harcamaları, hizmet talebi, iş gücü kaybı ve sosyal eşitsizlikler bağlamında geniş kapsamlı sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle obeziteyle mücadelede koruyucu ve önleyici hizmetlerin güçlendirilmesi, risk gruplarına yönelik hedeflenmiş müdahalelerin geliştirilmesi, cinsiyete ve yaşa duyarlı sağlık politikalarının oluşturulması, birinci basamak hizmetlerinin obezite yönetimindeki rolünün artırılması ve toplum düzeyinde sağlıklı yaşam koşullarının desteklenmesi gerekmektedir. Araştırma bulguları, Türkiye’de obeziteyle mücadelede sağlık yönetimi odaklı, çok disiplinli, veri temelli ve sürdürülebilir politika yaklaşımlarına duyulan ihtiyacı açık biçimde göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Türkiye’de obezitenin mevcut durumunu sağlık yönetimi perspektifinden değerlendirmek, obezite göstergelerini yaş, cinsiyet, uluslararası karşılaştırmalar ve biyokimyasal risk profilleri üzerinden yorumlamak ve bu bulgulardan hareketle uygulanabilir politika önerileri geliştirmek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmada elde edilen bulgular, obezitenin Türkiye’de yalnızca bireysel davranışlara indirgenemeyecek kadar geniş, sağlık sisteminin koruyucu hizmet kapasitesini, birinci basamak danışmanlık süreçlerini, kronik hastalık yönetimini, veri temelli izleme mekanizmalarını ve sektörler arası politika koordinasyonunu doğrudan ilgilendiren yapısal bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Türkiye’de obezitenin yaş ve cinsiyete göre farklılaşması, uluslararası göstergelerde orta-yüksek risk grubunda yer alması ve biyokimyasal risk göstergelerinin cinsiyete göre ayrışması, obeziteyle mücadelede tek tip ve genel müdahalelerin yeterli olmayacağını; hedef gruplara, yaşam dönemlerine ve risk profillerine göre farklılaştırılmış sağlık yönetimi stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmanın en belirgin sonuçlarından biri, Türkiye’de obezite oranlarının cinsiyete göre betimsel düzeyde farklı bir dağılım göstermesidir. Bulgular, 2008–2022 döneminde obezite oranlarının her iki cinsiyette de artış eğilimi sergilediğini; 2022 yılı itibarıyla kadınlarda obezite oranının erkeklerle göre daha yüksek düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bu gözlenen dağılım, obeziteyle mücadele politikalarının kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet rolleri, fiziksel aktiviteye erişim, gebelik sonrası kilo yönetimi, menopoz dönemi metabolik değişiklikleri ve sosyoekonomik koşullar dikkate alınarak yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, araştırma ikincil ve toplulaştırılmış verilere dayandığından, bu farklılığın istatistiksel anlamlılığına veya doğrudan nedenlerine ilişkin bir çıkarım yapılmamaktadır. Bu nedenle sonuçlar, cinsiyet temelli obezite görünümünün sağlık yönetimi açısından izlenmesi gereken öncelikli bir alan olduğunu ortaya koyan betimsel bulgular olarak değerlendirilmelidir.

Boy, kilo ve tahmini BKİ değerlerinin yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermesi, obezitenin yaşam döngüsü içinde değişen bir risk alanı olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle ileri yaş gruplarında vücut ağırlığı ve BKİ düzeylerinin artması, obezite yönetiminin yalnızca yetişkin nüfusa yönelik genel kampanyalarla değil, yaşa duyarlı izlem programlarıyla yürütülmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bulgu doğrultusunda,

15 yaş ve üzeri bireyler için aile hekimliği sisteminde düzenli BKİ takibi yapılmalı, orta yaş ve ileri yaş gruplarında bel çevresi, kan basıncı, açlık glukozu, kolesterol ve trigliserid ölçümleriyle birlikte bütüncül metabolik risk değerlendirmesi uygulanmalıdır. Genç yaş gruplarında ise obezite gelişmeden önce fazla kiloluluk evresinin erken belirlenmesi önem taşımaktadır. Türkiye’de obez öncesi nüfusun geniş bir kitleyi temsil etmesi, sağlık sisteminin müdahale zamanlamasını obezite geliştikten sonraki tedavi aşamasından, fazla kiloluluk dönemindeki erken önleme aşamasına kaydırması gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada Türkiye’nin uluslararası karşılaştırmalardaki konumu da sağlık yönetimi açısından önemli sonuçlar üretmiştir. Türkiye’nin obez veya obez öncesi nüfus oranının birçok ülkeye kıyasla yüksek düzeyde yer alması, mevcut politikaların daha güçlü veri temelli izleme ve performans değerlendirme mekanizmalarıyla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye’nin toplam obez/obez öncesi nüfus oranının AB ve OECD ortalamalarının üzerinde olması, buna karşın ABD ve Şili gibi yüksek riskli ülkelerin altında kalması, Türkiye açısından hâlen önemli bir önleme fırsatı bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle ulusal düzeyde obezite izleme sistemi yalnızca dönemsel istatistik üretmekle sınırlı kalmamalı; iller, yaş grupları, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve risk grupları temelinde düzenli performans göstergeleri oluşturmalıdır. Bu göstergeler; obezite prevalansı, obez öncesi nüfus oranı, fiziksel aktivite düzeyi, sağlıklı beslenme davranışları, birinci basamakta BKİ tarama oranı, diyetisyen danışmanlığına yönlendirme oranı, okul temelli sağlıklı beslenme uygulamaları ve yerel yönetimlerin fiziksel aktivite altyapısı gibi ölçütleri kapsamalıdır.

Biyokimyasal bulgular, obeziteyle ilişkili metabolik risklerin cinsiyete göre farklılaştığını göstermektedir. Kadınlarda total kolesterol yüksekliğinin erkeklere göre daha belirgin olması, kadınlara yönelik obezite yönetiminde kolesterol izlemi, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve menopoz sonrası metabolik takip süreçlerinin daha sistematik biçimde ele alınmasını gerektirmektedir. Erkeklerde ise HDL düşüklüğü ve trigliserid yüksekliğinin daha belirgin olması, erkek nüfusta dislipidemi, abdominal obezite, sedanter yaşam ve beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili risklerin daha yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu sonuç, obeziteyle mücadelede cinsiyetten bağımsız standart bir tarama yaklaşımının yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınlar için kolesterol odaklı kardiyometabolik risk izlemi, erkekler için ise HDL ve trigliserid profiliyle birlikte abdominal obezite değerlendirmesi standartlaştırılmalıdır. Bu yaklaşım, obezitenin yalnızca kilo fazlalığı olarak değil, metabolik risklerin erken habercisi olarak yönetilmesini sağlayacaktır.

Fiziksel aktivite düzeylerinin yetersizliği ve sedanter yaşam biçiminin yaygınlaşması, çalışmanın bulgularıyla uyumlu biçimde obezite riskini artıran temel alanlardan biri olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle obeziteyle mücadelede bireylerin yalnızca egzersiz yapmaya teşvik edilmesi yeterli değildir; fiziksel aktiviteyi gündelik yaşamın doğal bir parçası hâline getirecek çevresel ve yönetsel düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Yerel yönetimler tarafından yürüyüş yolları, bisiklet rotaları, açık spor alanları, güvenli parklar ve mahalle düzeyinde erişilebilir fiziksel aktivite alanları artırılmalıdır. Özellikle kadınların ve ileri yaş gruplarının fiziksel aktiviteye katılımını kolaylaştıracak güvenli, erişilebilir ve kültürel olarak uygun alanlar oluşturulmalıdır. Bu öneri, kadınlarda obezite oranlarının yüksekliği ve ileri yaş gruplarında riskin artması bulgularıyla doğrudan ilişkilidir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, bu araştırmanın sonuçları Türkiye’de obeziteyle mücadelede üç temel önceliğe işaret etmektedir. İlk öncelik, yüksek riskli grupların belirlenmesi ve bu gruplara yönelik hedeflenmiş koruyucu hizmetlerin geliştirilmesidir. Kadınlar, ileri yaş grupları, obez öncesi bireyler ve biyokimyasal risk göstergeleri yüksek olan bireyler bu kapsamda öncelikli gruplar olarak değerlendirilmelidir. İkinci öncelik, ulusal ve yerel düzeyde veri temelli izleme sistemlerinin güçlendirilmesidir. Türkiye’nin uluslararası karşılaştırmadaki konumu, yalnızca merkezi politika belgeleriyle değil, ölçülebilir hedefler, performans göstergeleri ve yerel uygulama kapasitesiyle yönetilmelidir. Üçüncü öncelik ise obeziteyle mücadelede sağlık, eğitim, yerel yönetimler, gıda politikaları, medya ve sosyal politika alanlarının birlikte çalışmasını sağlayacak çok sektörlü yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesidir. Bu üç öncelik birlikte ele alındığında, obeziteyle mücadele genel temenniler düzeyinden çıkarak doğrudan bulgulara dayalı, ölçülebilir ve uygulanabilir bir sağlık yönetimi stratejisine dönüşmektedir.

6.1. Obeziteyle Mücadelede Karşılaşılan Engeller ve Aşılma Yolları

Obeziteyle mücadelede karşılaşılan engeller, bu araştırmanın bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde daha somut bir nitelik kazanmaktadır. Türkiye’de kadınlarda obezite oranının erkeklerden yüksek olması, obez öncesi nüfusun genişliği, uluslararası karşılaştırmada Türkiye’nin orta-yüksek risk grubunda yer alması ve biyokimyasal risk göstergelerinin cinsiyete göre farklılaşması, obeziteyle mücadelede yalnızca bireysel farkındalığa dayalı yaklaşımların yeterli olmadığını göstermektedir. Bu nedenle engeller; sağlık okuryazarlığı eksikliği, sosyoekonomik eşitsizlikler, fiziksel aktiviteye erişim

kısıtlılığı, kültürel normlar, kurumsal koordinasyon eksikliği, uygulama kapasitesinin yetersizliği ve davranış değişikliğinin sürdürülememesi başlıkları altında ele alınmalıdır.

Türkiye’de obeziteyle mücadelede karşılaşılan önemli engellerden biri, sağlık okuryazarlığının yetersiz olmasıdır. Bulgular, obezite riskinin cinsiyet, yaş ve metabolik göstergeler açısından farklılaştığını ortaya koyduğu için sağlık okuryazarlığı programları da genel bilgilendirme faaliyetleriyle sınırlı kalmamalıdır. Bireylerin BKİ, bel çevresi, kolesterol, HDL, trigliserid, açlık glukozu ve obez öncesi risk düzeyi gibi göstergeleri anlayabilmesi ve bu göstergeleri kendi sağlık davranışlarıyla ilişkilendirebilmesi gerekmektedir. Bu eksiklik, hem sağlık hizmetlerinden doğru biçimde yararlanmayı zorlaştırmakta hem de sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesini engellemektedir (Nutbeam, 2008). Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinde kadınlara, orta yaş ve ileri yaş gruplarına, fazla kilolu bireylere ve biyokimyasal risk göstergeleri yüksek olan kişilere yönelik kısa, anlaşılır ve izlem odaklı sağlık okuryazarlığı eğitimleri verilmelidir. Okullarda sağlık eğitim programlarının yaygınlaştırılması, medya desteğiyle toplumun bilgilendirilmesi ve dijital sağlık okuryazarlığını güçlendirecek mobil uygulamaların kullanılması, obezitenin erken dönemde fark edilmesine katkı sağlayacaktır.

Sosyoekonomik eşitsizlikler, obeziteyle mücadelede diğer temel engellerden biridir. Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlıklı gıdaya erişimde güçlük yaşaması, daha ucuz, enerji yoğun ve işlenmiş gıdalara yönelme riskini artırmaktadır (Beyaz Sipahi, 2021). Araştırmada obez öncesi nüfusun genişliği ve Türkiye’nin uluslararası karşılaştırmada riskli konumu dikkate alındığında, sağlıklı gıdaya erişim yalnızca bireysel tercih meselesi olarak değerlendirilemez. Bu nedenle düşük gelirli haneler, okul çağındaki çocuklar, kadınlar ve ileri yaş grupları için sağlıklı gıda destekleri, okul kantinlerinde besleyici ürünlerin teşviki ve sosyal yardım programlarının sağlıklı beslenmeyi destekleyecek biçimde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca dezavantajlı bölgelerde güvenli yürüyüş yolları, parklar ve egzersiz alanlarının yetersizliği, fiziksel aktiviteyi sınırlayan çevresel bir engel olarak değerlendirilmelidir. Kentsel dönüşüm ve yerel planlama süreçlerinde yeşil alanların, yürüyüş yollarının ve açık spor alanlarının zorunlu bileşenler hâline getirilmesi, obeziteyle mücadelede çevresel desteği artıracaktır (Bauman vd., 2012).

Kültürel alışkanlıklar ve toplumsal cinsiyet rolleri, özellikle kadınlarda obezite oranlarının yüksekliği bulgusuyla ilişkili önemli bir engel alanıdır. Bazı toplumsal yapılarda kilo fazlalığının refah veya sağlıklı görünümle ilişkilendirilmesi, kadınlarda kilo alımının olağanlaştırılması ve fiziksel aktivitenin kadınlar için ikincil bir faaliyet olarak görülmesi, obeziteyle mücadelede davranış değişikliğini zorlaştırmaktadır (Ng vd.,

2014). Bu nedenle kadınlara yönelik müdahaleler yalnızca diyet ve egzersiz önerileriyle sınırlı kalmamalı; ev içi sorumluluklar, zaman yetersizliği, güvenli fiziksel aktivite alanlarına erişim, menopoz dönemi metabolik değişiklikleri ve sosyal destek eksikliği gibi faktörleri dikkate alan programlar biçiminde tasarlanmalıdır. Yerel liderler, dini kanaat önderleri, kadın kooperatifleri, belediye kadın merkezleri ve medya figürleri bu süreçte kültüre duyarlı mesajların yaygınlaştırılmasına katkı sağlayabilir.

Kurumsal koordinasyon eksikliği, Türkiye'nin uluslararası karşılaştırmadaki riskli konumu dikkate alındığında daha kritik bir sorun hâline gelmektedir. Sağlık, eğitim, tarım, gıda, yerel yönetimler, medya ve sosyal politika alanlarının yeterince entegre çalışmaması, obezite politikalarının sahaya aktarılmasını güçleştirmektedir. Bu sorunun aşılabilmesi için ulusal düzeyde yapılandırılmış bir Obeziteyle Mücadele Eylem Planı güncellenmeli; planın her bir hedefi ölçülebilir performans göstergeleriyle ilişkilendirilmelidir. Bu göstergeler arasında kadınlarda obezite oranının azaltılması, obez öncesi bireylerde yıllık izlem oranının artırılması, birinci basamakta BKİ ve bel çevresi tarama oranının yükseltilmesi, okul kantin denetimlerinin düzenli yapılması, yerel yönetimlerin fiziksel aktivite alanı yatırımları ve biyokimyasal risk tarama oranları yer almalıdır. Plan çerçevesinde görev tanımları, bütçeler, sorumlu kurumlar ve raporlama dönemleri belirlenerek kurumsal hesap verebilirlik sağlanmalıdır (WHO, 2023).

Obeziteyle mücadelede politikaların yetersiz uygulama kapasitesi, bulgulardan türeyen önerilerin sahaya yansımalarını sınırlayan bir diğer sorundur. Yasal düzenlemeler ve ulusal programlar mevcut olsa da, okul kantinleri, gıda etiketleme, sağlıklı beslenme eğitimi, birinci basamak taramaları ve fiziksel aktivite altyapısı gibi alanlarda uygulama sürekliliğinin sağlanamaması politika etkisini azaltmaktadır. Bu nedenle izleme ve denetim süreçleri yalnızca mevzuat uyumu açısından değil, sonuç göstergeleri açısından da yürütülmelidir. Örneğin, bir ilde okul temelli sağlıklı beslenme programı uygulanıyorsa, bu uygulamanın çocuklarda fazla kiloluluk oranına, fiziksel aktivite davranışına ve sağlıklı gıda tüketimine etkisi düzenli olarak ölçülmelidir. Böylece politika uygulamaları, yalnızca faaliyet sayısı üzerinden değil, sağlık çıktıları üzerinden değerlendirilebilir (WHO, 2023).

Bireysel motivasyon eksikliği ve davranış değişikliğini sürdürme gücü de obeziteyle mücadelede önemli bir engeldir. Bulgular, obezite riskinin yalnızca belirli bir döneme ait geçici bir sorun olmadığını; yaş, cinsiyet ve metabolik risklerle birlikte uzun dönemli izlem gerektirdiğini göstermektedir. Bu nedenle kilo verme programları kısa süreli müdahaleler olarak değil, uzun dönemli davranış değişikliği ve metabolik izlem süreçleri olarak tasarlanmalıdır. Motivasyonel danışmanlık, bireye özel davranışsal terapi

programları, grup destek mekanizmaları, mobil takip uygulamaları ve düzenli geri bildirim sistemleri bu süreçte kullanılabilir (Waters vd., 2011). Özellikle kadınlar, obez öncesi bireyler ve biyokimyasal risk göstergeleri yüksek kişiler için aile hekimliği, diyetisyenlik ve psikososyal destek hizmetlerinin birlikte yürütüldüğü izlem modelleri geliştirilmelidir.

6.2. Sağlık Politikalarının Etkin Şekilde Hayata Geçirilmesi

Araştırma bulguları, Türkiye’de obeziteyle mücadelede politika belgelerinin varlığının tek başına yeterli olmadığını; bu politikaların veri temelli, hedef gruplara duyarlı, yerel uygulama kapasitesini güçlendiren ve ölçülebilir performans göstergelerine dayanan bir yapıya kavuşturulması gerektiğini göstermektedir. Kadınlarda obezite oranının yüksekliği, ileri yaş gruplarında riskin artması, obez öncesi nüfusun genişliği, Türkiye’nin uluslararası karşılaştırmada orta-yüksek risk grubunda bulunması ve biyokimyasal risklerin cinsiyete göre farklılaşması, sağlık politikalarının bütüncül ve kademeli biçimde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Özellikle obeziteyle mücadelede geliştirilen stratejilerin sahada başarı göstermesi; uygulayıcı kapasitenin güçlendirilmesi, kurumsal koordinasyonun sağlanması, izleme ve değerlendirme sistemlerinin işlerliğe kavuşturulması gibi yapısal faktörlere bağlıdır (WHO, 2016).

Politika uygulamalarında ilk gereklilik, güçlü bir liderlik ve koordinasyon yapısının kurulmasıdır. Sağlık Bakanlığı bu sürecin merkezinde yer almalı; ancak obeziteyle mücadele yalnızca sağlık sektörü içinde yürütülmemelidir. Milli Eğitim Bakanlığı okul sağlığı ve kantin düzenlemeleri, Tarım ve Orman Bakanlığı sağlıklı gıdaya erişim ve gıda politikaları, yerel yönetimler fiziksel aktivite alanları, medya kuruluşları halk sağlığı iletişimi, üniversiteler ise veri analizi ve program değerlendirme süreçlerinde aktif rol üstlenmelidir. Türkiye’nin uluslararası karşılaştırmada AB ve OECD ortalamalarının üzerinde risk göstermesi, ulusal düzeyde işlevsel bir Obeziteyle Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Bu kurul; strateji üretme, kaynak planlaması, uygulama denetimi, veri paylaşımı ve yıllık performans raporlaması gibi alanlarda merkezi bir eşgüdüm mekanizması işlevi görmelidir (WHO, 2016).

Politika uygulayıcılarının mesleki kapasitesi, araştırmanın kadınlar, ileri yaş grupları ve biyokimyasal risk göstergeleri açısından ortaya koyduğu farklılaşmalar nedeniyle özel önem taşımaktadır. Aile hekimleri, diyetisyenler, halk sağlığı hemşireleri, psikologlar ve egzersiz danışmanları, obeziteyi yalnızca kilo fazlalığı olarak değil, metabolik risklerle birlikte izlenmesi gereken kronik bir halk sağlığı sorunu olarak ele almalıdır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan profesyonellere

kadınlarda kolesterol izlemi, erkeklerde HDL ve trigliserid riski, ileri yaşta metabolik sendrom, obez öncesi bireylerde erken müdahale ve davranış değişikliği danışmanlığı konularında sürekli mesleki gelişim eğitimleri verilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri dijital veri yönetim sistemleriyle entegre edilerek bireylerin risk düzeylerinin takibi ve müdahale süreçlerinin izlenmesi kolaylaştırılmalıdır. Bu sistemlerin standardize edilmesi, hem kalite yönetimini hem de eş zamanlı hizmet sunumunu kolaylaştıracaktır (Samaan, Klein, Mansour, ve DeWitt, 2009).

Toplunun sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgi sahibi olması, obezite politikalarının uygulanabilirliği açısından temel bir gerekliliktir. Ancak sağlık okuryazarlığı müdahaleleri, yalnızca genel farkındalık mesajlarıyla sınırlı kaldığında kadınlar, ileri yaş grupları ve metabolik riski yüksek bireyler üzerinde yeterli etki üretmeyebilir. Bu nedenle kamu spotları, sosyal medya kampanyaları, yerel bilgilendirme toplantıları ve aile sağlığı merkezi eğitimleri; kadınlarda obezite riski, menopoz sonrası kilo kontrolü, erkeklerde trigliserid ve HDL riski, fazla kiloluluk döneminde erken müdahale ve sağlıklı gıda seçimi gibi bulgu temelli alt mesajlarla yapılandırılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve karar verme becerilerini içeren bütüncül bir kavram olarak ele alınmalıdır (Nutbeam, 2008).

Çevresel faktörlerin iyileştirilmesi, Türkiye’de obez öncesi nüfusun genişliği ve fiziksel aktivite yetersizliği dikkate alındığında temel politika alanlarından biridir. Yerel yönetimlerin kent planlamasında sağlıklı yaşamı destekleyen yatırımlar yapmaları, halkın fiziksel aktiviteye erişimini doğrudan etkilemektedir. Bisiklet yolları, yürüyüş parkurları, açık spor alanları ve güvenli parklar toplumda aktif yaşamın norm hâline gelmesine katkı sunar (Bauman vd., 2012). Bu altyapı yatırımları özellikle kadınlar, yaşlılar, düşük gelirli bireyler ve çocuklar için erişilebilir olmalıdır. Yerel yönetimlere yönelik mali ve teknik destek mekanizmaları oluşturulmalı; belediyelerin obeziteyle mücadele performansı, kişi başına düşen aktif yaşam alanı, mahalle düzeyinde yürüyüş yolu erişimi ve toplum temelli fiziksel aktivite programı sayısı gibi göstergelerle izlenmelidir.

Obeziteyle mücadelede yasal düzenlemelerin bağlayıcılığı artırılmalıdır. Okul kantinlerinde sağlıksız gıda satışının sınırlandırılması, şekerli içeceklere yönelik vergilendirme politikalarının güçlendirilmesi, gıda etiketleme sistemlerinin zorunlu hâle getirilmesi ve çocuklara yönelik sağlıksız gıda pazarlamasının denetlenmesi, obezite öncesi nüfusun azaltılması açısından önemli politika araçlarıdır (WHO, 2017; Samaan, Klein, Mansour, ve DeWitt, 2009). Bu düzenlemeler, yalnızca merkezi mevzuat düzeyinde kalmamalı; okul, belediye ve il sağlık müdürlüğü düzeyinde düzenli olarak

denetlenmelidir. Denetim sonuçları yıllık olarak raporlanmalı ve obezite göstergeleriyle ilişkilendirilerek değerlendirilmelidir.

Politikaların başarısı, etkilerinin düzenli olarak ölçülmesine bağlıdır. Bu nedenle Ulusal Obezite İzleme Platformu kurulmalı ve bu platform üzerinden yaş, cinsiyet, il, sosyoekonomik düzey, BKİ, obez öncesi oran, fiziksel aktivite düzeyi, biyokimyasal risk göstergeleri ve birinci basamak danışmanlık hizmetleri izlenmelidir. Türkiye'nin uluslararası karşılaştırmada riskli konumu, bu tür bir izleme sisteminin yalnızca akademik bir öneri değil, sağlık yönetimi açısından zorunlu bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Platform, politika yapıcılarının hangi bölgede hangi risk grubunun öncelikli olduğunu görmesini sağlamalı; kadınlarda obezite oranının yüksek olduğu illerde kadın sağlığı merkezleriyle entegre programlar, erkeklerde biyokimyasal risk göstergelerinin yüksek olduğu bölgelerde kardiyometabolik tarama programları, çocukluk ve gençlik döneminde fazla kiloluluk artışı görülen alanlarda okul temelli müdahaleler uygulanmalıdır.

Geliştirilen politikaların sahada benimsenmesi ve sürdürülebilirliği için toplum katılımı güçlendirilmelidir. Sivil toplum kuruluşlarının, hasta derneklerinin, akademik çevrelerin, belediyelerin, okul aile birliklerinin ve yerel halkın karar alma süreçlerine katılımı, sağlık politikalarının sosyal kabulünü artırmakta ve uygulama sahasında desteklenmesini kolaylaştırmaktadır. Katılımcı politika geliştirme süreçleri, halkın ihtiyaçlarına duyarlı, kültürel olarak uygun ve daha gerçekçi stratejilerin oluşmasına olanak tanır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2025). Bu katılım mekanizmaları özellikle kadınlar, düşük gelirli gruplar ve yaşlı bireyler gibi bulgularda riskli görülen grupların ihtiyaçlarını doğrudan politika sürecine taşımalıdır.

6.3. Bireysel Düzeyde Öneriler

Bireysel düzeyde öneriler, araştırmanın bulgularıyla ilişkilendirildiğinde daha hedefli bir çerçeveye kavuşmaktadır. Türkiye'de kadınlarda obezite oranının erkeklerden yüksek olması, ileri yaş gruplarında BKİ düzeylerinin artması ve biyokimyasal risk göstergelerinin cinsiyete göre farklılaşması, bireysel düzeyde danışmanlık hizmetlerinin standart ve genel önerilerden çıkarılarak risk profiline göre kişiselleştirilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve kilo yönetimi konusunda bilgilendirilmesi yeterli değildir; bu bilgilendirme BKİ, bel çevresi, yaş, cinsiyet, kolesterol, HDL ve trigliserid düzeyleriyle ilişkilendirilmiş kişisel sağlık hedeflerine dönüştürülmelidir.

Kadınlarda obezite oranının yüksekliği dikkate alındığında, kadınlara yönelik bireysel danışmanlık programlarında yaşam dönemleri temel alınmalıdır. Ergenlik,

gebelik öncesi dönem, gebelik sonrası dönem, orta yaş ve menopoz sonrası dönem, kilo artışı ve metabolik risk açısından farklı gereksinimler doğurmaktadır. Bu nedenle kadın bireylerde yalnızca kilo kaybı hedeflenmemeli; kolesterol izlemi, bel çevresi kontrolü, kas kütlelerinin korunması, fiziksel aktiviteye güvenli erişim, sağlıklı beslenme planı ve psikososyal destek birlikte ele alınmalıdır. Diyetisyenler tarafından yürütülecek kişiye özgü beslenme planlamaları, yalnızca ağırlık yönetimini değil, metabolik sağlık hedeflerini de gözetmelidir.

Erkeklerde HDL düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği bulgusu dikkate alındığında, erkek bireylerde beslenme danışmanlığı özellikle doymuş yağ, basit karbonhidrat, şekerli içecek tüketimi, alkol kullanımı, abdominal obezite ve sedanter yaşam biçimiyle ilişkilendirilmelidir. Erkeklerle yönelik bireysel müdahalelerde kilo takibinin yanında bel çevresi ölçümü, trigliserid izlemi, HDL düzeyi ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi düzenli yapılmalıdır. Bu yaklaşım, obeziteyle ilişkili biyokimyasal risklerin erken dönemde saptanmasına ve kronik hastalık gelişmeden önce önleyici müdahalelerin başlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Fiziksel aktivitenin yaşam tarzı hâline getirilmesi, obeziteyle mücadelede bireysel düzeyde en temel davranışsal müdahalelerden biridir. Ancak bu öneri, araştırma bulgularında ortaya çıkan yaş ve cinsiyet farklılıklarıyla ilişkilendirilerek uygulanmalıdır. Kadınlar için güvenli, düzenli ve sosyal destek içeren fiziksel aktivite programları; ileri yaş grupları için eklem sağlığını koruyan, düşük yoğunluklu ancak sürekliliği olan egzersiz modelleri; genç ve orta yaşlı bireyler için sedanter yaşamı azaltmaya yönelik günlük adım hedefleri ve aktif ulaşım uygulamaları önerilmelidir. Sağlık profesyonelleri bu noktada yalnızca bilgi verici değil, davranış değişikliğini izleyen ve destekleyen bir rehberlik rolü üstlenmelidir.

Beslenme farkındalığının artırılması da bireysel düzeyde temel bir öneridir. Ancak bu farkındalık, yalnızca “sağlıklı beslenme” söylemiyle sınırlı kalmamalıdır. Bireylere gıda etiketi okuma, porsiyon kontrolü, duygusal yeme farkındalığı, öğün planlama, şekerli içeceklerden kaçınma, lif tüketimini artırma ve yüksek kalorili işlenmiş gıdaları sınırlama konularında uygulamalı danışmanlık verilmelidir. Obez öncesi bireylerin geniş bir nüfus kitlesini oluşturması, bu grubun obezite gelişmeden önce birinci basamakta tanımlanmasını ve bireysel danışmanlık programlarına alınmasını gerekli kılmaktadır. Böylece bireysel öneriler, yalnızca obez bireylerin kilo vermesine değil, fazla kilolu bireylerin obeziteye ilerlemesini önlemeye de hizmet edecektir.

6.4. Toplumsal Düzeyde Öneriler

Toplumsal düzeyde öneriler, araştırmanın Türkiye'nin uluslararası karşılaştırmadaki konumu, obez öncesi nüfusun genişliği, kadınlarda obezite oranının yüksekliği ve biyokimyasal risk göstergelerinin cinsiyete göre farklılaşması bulgularından türetilmelidir. Bu açıdan obeziteyle mücadele, yalnızca bireylerin sağlıklı seçimler yapmasına bırakılmamalı; sağlıklı seçimleri kolaylaştıran toplumsal, ekonomik ve çevresel koşullar güçlendirilmelidir. Özellikle okul, işyeri, mahalle ve aile sağlığı merkezi gibi gündelik yaşam alanları obeziteyle mücadelede temel uygulama sahaları olarak değerlendirilmelidir.

Okul temelli uygulamalar, obezite öncesi nüfusun ilerleyen yaşlarda obeziteye dönüşmesini önlemede stratejik önem taşımaktadır. Okul kantinlerinde sağlıklı gıdaya erişimin artırılması, şekerli içecek ve enerji yoğun ürünlerin sınırlandırılması, beslenme okuryazarlığı derslerinin müfredata eklenmesi ve düzenli fiziksel aktivite uygulamalarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu uygulamalar yalnızca çocukluk çağı obezitesini önlemekle kalmayacak, uzun vadede yetişkin obezite prevalansını azaltmaya da katkı sağlayacaktır. Okul temelli programların etkisi, öğrencilerin BKİ dağılımı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı gıda tüketim alışkanlıkları üzerinden düzenli olarak izlenmelidir.

Yerel yönetimlerin aktif yaşamı teşvik eden çevresel düzenlemeleri, toplumsal düzeyde en önemli müdahale alanlarından biridir. Yürüyüş yolları, bisiklet rotaları, açık hava spor alanları, güvenli parklar ve mahalle ölçekli fiziksel aktivite alanları toplumun genel hareket düzeyini artıracaktır. Ancak bu yatırımların özellikle kadınlar, yaşlılar, çocuklar ve düşük gelirli gruplar için erişilebilir olması gerekir. Kadınlarda obezite oranlarının yüksekliği, kadınlara yönelik güvenli spor alanları, belediye destekli egzersiz programları, mahalle temelli yürüyüş grupları ve kadın sağlığı merkezleriyle bağlantılı beslenme danışmanlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını gerekli kılmaktadır.

Toplumsal düzeyde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, obezitenin önlenmesinde dolaylı fakat güçlü bir etki yaratacaktır. İlk ve ortaöğretim düzeyinde beslenme ve sağlık okuryazarlığı dersleri, erken yaşta bilinç oluşumuna katkı sağlayacaktır. Yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıyla yürütülecek toplum temelli eğitim atölyeleri, yetişkin nüfusun bilgiye erişimini kolaylaştırabilir. Dijital platformlar ve sosyal medya aracılığıyla yürütülecek kanıta dayalı bilgilendirme kampanyaları ise özellikle genç erişkinlerin farkındalığını artırmada etkili olacaktır. Bu kampanyalar, araştırmanın bulgularına uygun olarak kadınlarda obezite, erkeklerde biyokimyasal risk, obez öncesi

dönemde erken müdahale ve ileri yaşta metabolik izlem gibi alt temalarla çeşitlendirilmelidir.

Sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması, obeziteyle mücadelede toplumsal düzeyde vazgeçilmez bir stratejidir. Obezite, yalnızca biyolojik ve davranışsal faktörlerle değil, sağlıklı gıdaya erişim, gelir düzeyi, eğitim, güvenli çevre, çalışma koşulları ve sosyal destek gibi belirleyicilerle de ilişkilidir. Bu nedenle düşük gelirli ve kırsal bölgelerde sağlıklı yaşam koşullarını güçlendirecek çok sektörlü uygulamalar hayata geçirilmelidir. Mahalle bazlı yürüyüş ve bisiklet yolları, okul kantinlerinde sağlıklı gıda satışını teşvik eden düzenlemeler, aile sağlığı merkezlerinde ücretsiz beslenme danışmanlığı, sosyal yardım programlarında sağlıklı gıda desteği ve yerel üretici pazarlarına erişimin kolaylaştırılması bu kapsamda somut uygulamalar olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., ... Murray, C. J. L. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *The New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Ard, J., Huett-Garcia, A., ve Bildner, M. (2025). Tackling the complexity of obesity in the US through adaptation of public health strategies. *Frontiers in Public Health*, 13, 1477401. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1477401>
- Avena, N. M., Rada, P., ve Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>
- Batis, C., Castellanos-Gutiérrez, A., Sánchez-Pimienta, T. G., Reyes-García, A., Colchero, M. A., Basto-Abreu, A., ... ve Rivera, J. A. (2023). Comparison of dietary intake before vs after taxes on sugar-sweetened beverages and nonessential energy-dense foods in Mexico, 2012 to 2018. *JAMA Network Open*, 6(7), e2325191. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.25191>
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., ve Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380(9838), 258–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1)
- Berisha, H., Hattab, R., Comi, L., Giglione, C., Migliaccio, S., ve Magni, P. (2025). Nutrition and lifestyle interventions in managing dyslipidemia and cardiometabolic risk. *Nutrients*, 17(5), 776. <https://doi.org/10.3390/nu17050776>
- Beyaz Sipahi, B. (2021). Türkiye’de Obezite Üzerine Sosyoekonomik Faktörlerin Etkisi ve Gelir Eşitsizliği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 76(2), 547-573. <https://doi.org/10.33630/ausbf.822558>
- Bhatia, A., Smetana, S., Heinz, V., ve Hertzberg, J. (2022). Modeling obesity in complex food systems: Systematic review. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 1027147.
- Bilici, S., Ayhan, B., Karabudak, E., ve Köksal, E. (2020). Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults. *Nutrition Research and Practice*, 14(1), 70–75. <https://doi.org/10.4162/nrp.2020.14.1.70>

- Brownell, K. D., ve Warner, K. E. (2009). The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? *Milbank Quarterly*, 87(1), 259–294. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00555.x>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). *Adult obesity facts*. <https://www.cdc.gov/obesity/adult-obesity-facts/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). *Obesity and severe obesity prevalence in adults: United States, August 2021–August 2023*. National Center for Health Statistics, <https://doi.org/10.15620/cdc/159281>
- Chaput, J. P., ve Dutil, C. (2016). Lack of sleep as a contributor to obesity in adolescents: Impacts on eating and activity behaviors. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 103. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0428-0>
- Chen, Y., Ma, L., Han, Z., ve Xiong, P. (2024). The global burden of disease attributable to high body mass index in 204 countries and territories: findings from 1990 to 2019 and predictions to 2035. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 26(9), 3998–4010. <https://doi.org/10.1111/dom.15748>
- Cho, S., Jung, J. H., Nam, G. E., Cho, I. Y., Park, K. Y., Jeong, S. M., ve Han, K. (2025). 2024 obesity fact sheet in Korea: prevalence of obesity, abdominal obesity, obesity defined by body fat percentage, and underweight in adults in Korea from 2013 to 2022. *Journal of Obesity ve Metabolic Syndrome*, 34(4), 405.
- Cobiac, L. J., Rogers, N. T., Adams, J., Cummins, S., Smith, R., Mytton, O., ... ve Scarborough, P. (2024). Impact of the UK soft drinks industry levy on health and health inequalities in children and adolescents in England: An interrupted time series analysis and population health modelling study. *PLoS medicine*, 21(3), e1004371. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004371>
- Colchero, M. A., Popkin, B. M., Rivera, J. A., ve Ng, S. W. (2016). Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: Observational study. *BMJ*, 352, Article h6704. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6704>
- Dicken, S. J., ve Batterham, R. L. (2024). Ultra-processed food and obesity: What is the evidence? *Current Nutrition Reports*, 13, 23–38. <https://doi.org/10.1007/s13668-024-00517-z>
- Drewnowski, A., ve Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6–16. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>

- Erem, C. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic ve Endocrine*, 8, 38–41. <https://doi.org/10.1016/j.ijcme.2015.07.002>
- Erem, C., Arslan, C., Hacıhasanoğlu, A., Değer, O., Topbaş, M., Ukinc, K., Ersöz, H. Ö., ve Telatar, M. (2004). Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population: Trabzon obesity study. *Obesity Research*, 12(7), 1117–1127. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.140>
- Fatoye, F., Mbada, C., Niyi-Odumosu, F., Fatoye, C., Useh, U., Hakimi, Z., ve Gebrye, T. (2025). The clinical and economic burden of obesity in low-and middle-income countries: a systematic review: Health Economics. *International Journal of Obesity*, 49(12), 2453-2461.
- Gogas Yavuz, D., Akhtar, O., Low, K., Gras, A., Gurser, B., Yilmaz, E. S., ve Basse, A. (2024). The economic impact of obesity in Turkey: A micro-costing analysis. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 16, 123–132. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S446560>
- Gorini, S., Camajani, E., Feraco, A., Armani, A., Karav, S., Filardi, T., Aulisa, G., Cava, E., Strollo, R., Padua, E., Caprio, M., ve Lombardo, M. (2025). Exploring gender differences in the effects of diet and physical activity on metabolic parameters. *Nutrients*, 17(2), 354. <https://doi.org/10.3390/nu17020354>
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., ve Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-88>
- Haam, J. H., Kim, B. T., Kim, E. M., Kwon, H., Kang, J. H., Park, J. H., Kim, K. K., Rhee, S. Y., Kim, Y. H., ve Lee, K. Y. (2023). Diagnosis of Obesity: 2022 Update of Clinical Practice Guidelines for Obesity by the Korean Society for the Study of Obesity. *Journal of obesity ve metabolic syndrome*, 32(2), 121–129. <https://doi.org/10.7570/jomes23031>
- Habicht, J. P., Victora, C. G., ve Vaughan, J. P. (1999). Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 10–18. <https://doi.org/10.1093/ije/28.1.10>
- Hagenaars, L. L., Schmidt, L. A., Groeniger, J. O., Bekker, M. P., Ter Ellen, F., de Leeuw, E., ... ve Stronks, K. (2024). Why we struggle to make progress in obesity prevention and how we might overcome policy inertia: Lessons from the complexity and political sciences. *Obesity Reviews*, 25(5), e13705.

- Hatemi, H., Yumuk, V. D., Turan, N., ve Arik, N. (2003). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 1(4), 285–290. <https://doi.org/10.1089/1540419031361363>
- Heindel, J. J., Blumberg, B., Cave, M., Machtinger, R., Mantovani, A., Mendez, M. A., Nadal, A., Palanza, P., Panzica, G., Sargis, R., Vandenberg, L. N., ve Vom Saal, F. (2017). Metabolism disrupting chemicals and metabolic disorders. *Reproductive Toxicology*, 68, 3–33. <https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2016.10.001>
- Jafar, T. H., Gandhi, M., Jehan, I., Naheed, A., de Silva, H. A., Shahab, H., Alam, D., Luke, N., ve Lim, C. W. (2018). Determinants of uncontrolled hypertension in rural communities in South Asia—Bangladesh, Pakistan, and Sri Lanka. *American Journal of Hypertension*, 31(11), 1205–1214. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpy071>
- James, W. P. T. (2008). The epidemiology of obesity: The size of the problem. *Journal of Internal Medicine*, 263(4), 336–352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01922.x>
- Karaca Çelik, K. E., Morales-Suárez-Varela, M., Uçar, N., Soriano, J. M., İnce Palamutoğlu, M., Baş, M., Toprak, D., Hajhamidi, L., Erol Doğan, Ö., ve Doğan, M. (2024). Obesity prevalence, nutritional status, and physical activity levels in Turkish adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1438054. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1438054>
- Kelly, R. K., Harris, K., Muntner, P., ve Woodward, M. (2025). Variations in sex differences in major cardiometabolic risk factors by age and menopause status: results from the UK Biobank. *Open Heart*, 12(1).
- Kickbusch, I., ve Gleicher, D. (2012). Governance for health in the 21st century. *World Health Organization Regional Office for Europe*. <https://iris.who.int/handle/10665/326429>
- Kidder, D. P. (2024). CDC program evaluation framework, 2024. *MMWR. Recommendations and Reports*, 73.
- Kim, H., Kim, S. E., ve Sung, M. K. (2025). Sex and gender differences in obesity: biological, sociocultural, and clinical perspectives. *The World Journal of Men's Health*, 43(4), 758. <https://doi.org/10.5534/wjmh.250126>
- Kingdon, J. W. (2014). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). Pearson. <https://questanbridge.com/wp-content/uploads/2024/11/Agendas-Alternatives-and-Public-Policies.pdf>

- Koceva, A., Herman, R., Janez, A., Rakusa, M., ve Jensterle, M. (2024). Sex-and gender-related differences in obesity: from pathophysiological mechanisms to clinical implications. *International journal of molecular sciences*, 25(13), 7342.
- Kolotkin, R. L., Meter, K., ve Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2(4), 219–229. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00040.x>
- Kozan Cikirikci, E. H., ve Esin, M. N. (2025). Nutrition Literacy And Its Predictors In Overweight/Obese And Non-Overweight/Obese Adult Turkish Women. *Journal of Health Literacy*, 10(1), 63-75. <https://doi.org/10.22038/jhl.2024.80045.1578>
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). Russell Sage Foundation.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y., ve McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: Part of a bigger picture. *The Lancet*, 385(9986), 2510–2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61746-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61746-3)
- Loos, R. J. F., ve Yeo, G. S. H. (2022). The genetics of obesity: from discovery to biology. Nature reviews. *Genetics*, 23(2), 120–133. <https://doi.org/10.1038/s41576-021-00414-z>
- Lovejoy, J. C., Champagne, C. M., de Jonge, L., Xie, H., ve Smith, S. R. (2008). Increased visceral fat and decreased energy expenditure during the menopausal transition. *International Journal of Obesity*, 32(6), 949–958. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.25>
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74234-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74234-3)
- Millî Eğitim Bakanlığı. (2018). *Beslenme Dostu Okullar Programı uygulama kılavuzu*. Millî Eğitim Bakanlığı. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_12/21163232_BDO_Uyg_Kl_2018.pdf
- Musaiger, A. O. (2011). Overweight and obesity in eastern Mediterranean region: Prevalence and possible causes. *Journal of Obesity*, 2011, 407237. <https://doi.org/10.1155/2011/407237>
- Nagi, M. A., Ahmed, H., Rezq, M. A. A., Sangroongruangsri, S., Chaikledkaew, U., Almalki, Z., ve Thavorncharoensap, M. (2024). Economic costs of obesity: a

- systematic review. *International Journal of Obesity*, 48(1), 33–43.
<https://doi.org/10.1038/s41366-023-01398-y>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2024). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: A pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 403(10431), 1027–1050. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02750-2)
- Nestle, M. (2013). Food politics: How the food industry influences nutrition and health (1st ed.). University of California Press.
<http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt7zw29z>
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945), 766–781.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science ve Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: Obesity, BMI, and health: A critical review. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128. <https://doi.org/10.1097/NT.0000000000000092>
- OECD. (2019). The heavy burden of obesity: The economics of prevention. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>
- OECD. (2020). OECD reviews of public health: Korea: A healthier tomorrow. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/be2b7063-en>
- Oksuz, E., Malhan, S., Alis, H., Gogas Yavuz, D., Karakan, T., Sargin, M., Sonmez, A., Tokgozoglu, L., Gurser, B., Yilmaz, E. S., ve Yumuk, V. D. (2025). Annual health expenditures by body mass index categories and the economic impact of obesity in Türkiye: A retrospective modeling study. *Obesity Facts*, 18(3), 269–286.
<https://doi.org/10.1159/000542821>
- Onat, A., Uzunlar, B., Uyarel, H., ve Doğan, Y. (2003). Yetişkinlerimizde abdominal obezite ve obezite göstergeleri: İnsülin, glukoz intoleransı, inflamasyona etkileri, koroner risk öngördürücülüğü. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 31(2), 65–73.
https://pdfjournalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_31_2_65_73.pdf
- Oral, A., Solmaz, I., Koca, N., Topaloglu, U. S., Demir, I., Dundar, A., Kirik, A., Basci, O. K., Sen, H., ve Binnetoglu, E. (2025). Obesity-related disorders in Türkiye: A

- multicenter retrospective cross-sectional analysis from the OBREDI-TR study. *Journal of Clinical Medicine*, 14, 2680.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *Health at a glance 2022: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Parretti, H. M., Erskine, S. E., Coulman, K. D., Mears, R., Clare, K., Williamson, K., ... ve Hughes, C. A. (2026). A review of the management of obesity in primary care. *Clinical Obesity*, 16(1), e70040.
- Patsch, J. R., Miesenböck, G., Hopferwieser, T., Mühlberger, V., Knapp, E., Dunn, J. K., Gotto, A. M., Jr., ve Patsch, W. (1992). Relation of triglyceride metabolism and coronary artery disease: Studies in the postprandial state. *Arteriosclerosis and Thrombosis*, 12(11), 1336–1345. <https://doi.org/10.1161/01.ATV.12.11.1336>
- Pfister, F., ve Pozas, C. (2023). The influence of Chile's food labeling and advertising law and other factors on dietary and physical activity behavior of elementary students in a peripheral region: a qualitative study. *BMC nutrition*, 9(1), 11.
- Pineda, E., Stockton, J., Scholes, S., Lassale, C., ve Mindell, J. S. (2024). Food environment and obesity: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Nutrition, Prevention ve Health*, 7(1), 204–211.
- Pont, S. J., Puhl, R., Cook, S. R., Slusser, W., Section on Obesity, ve Obesity Society. (2017). Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 140(6), e20173034. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
- Popkin, B. M. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *The Journal of Nutrition*, 131(3), 871S–873S. <https://doi.org/10.1093/jn/131.3.871S>
- Popkin, B. M., ve Laar, A. (2025). Nutrition transition's latest stage: Are ultra-processed food increases in low-and middle-income countries dooming our preschoolers' diets and future health?. *Pediatric Obesity*, 20(5), e70002. <https://doi.org/10.1111/ijpo.70002>
- Popkin, B. M., ve Ng, S. W. (2022). The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. *Obesity reviews*, 23(1), e13366. <https://doi.org/10.1111/obr.13366>
- Popkin, B. M., Adair, L. S., ve Ng, S. W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*, 70(1), 3–21. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x>

- Powell, M., ve Mannion, R. (2022). Modelling the health policy process: one size fits all or horses for courses?. *International journal of health policy and management*, 12, 7580. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7580>
- Puhl, R. M., ve Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941–964. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Sacks, G., Swinburn, B., ve Lawrence, M. (2009). Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*, 10(1), 76–86. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00524.x>
- Salgado Hernández, J. C., Ng, S. W., ve Colchero, M. A. (2023). Changes in sugar-sweetened beverage purchases across the price distribution after the implementation of a tax in Mexico: a before-and-after analysis. *BMC Public Health*, 23(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15041-y>
- Samaan, Z. M., Klein, M. D., Mansour, M. E., ve DeWitt, T. G. (2009). The impact of the electronic health record on an academic pediatric primary care center. *The Journal of ambulatory care management*, 32(3), 180–187. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e3181ac9667>
- San, S., ve Beyenal, N. (2025). Socioeconomic and Lifestyle Determinants of Obesity Among Turkish Women: Evidence From a Cross-Sectional Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 62, 00469580251398379. <https://doi.org/10.1177/00469580251398379>
- Santisteban, V., López-Yerena, A., Muñoz-Garcia, N., Vilahur, G., Badimon, L., ve Padro, T. (2025). Obesity alters VLDL profile and remnant cholesterol differently in metabolically healthy men and women: a ¹H-NMR study. *Lipids in Health and Disease*, 24(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12944-025-02723-2>
- Satman, I., Yılmaz, T., Şengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Baştar, I., Tütüncü, Y., Sargın, M., Dinççağ, N., Karsıdağ, K., Kalaça, S., Özcan, C., ve King, H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9), 1551–1556. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.9.1551>
- Satman, İ., Ömer, B., Tütüncü, Y., Kalaça, S., Gedik, S., Dinççağ, N., Karsıdağ, K., Genç, S., Telci, A., Canbaz, B., Türkmen, S., Yılmaz, T., Çakır, B., ve Tuomilehto, J. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 28(2), 169–180. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9771-5>

- Scarborough, P., Adhikari, V., Harrington, R. A., Elhussein, A., Briggs, A. D., Rayner, M., ve Marteau, T. M. (2020). Impact of the announcement and implementation of the UK soft drinks industry levy on sugar content, price, and product size of carbonated beverages: A controlled interrupted time series analysis. *PLoS Medicine*, 17(2), e1003025. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003025>
- Silver, L. D., Ng, S. W., Ryan-Ibarra, S., Taillie, L. S., Induni, M., Miles, D. R., Poti, J. M., ve Popkin, B. M. (2017). Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. *PLOS Medicine*, 14(4), Article e1002283. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002283>
- Sonmez, A., Bayram, F., Banli, O., Demirci, I., Kiyici, S., Kucuk Yetgin, M., Bayraktaroglu, T., Akbas, F., Coskun, H., ve Ocakli, S. (2025). Türkiye consensus report on the multidisciplinary obesity treatment in adults. *Obesity Facts*, 18(5), 514–534. <https://doi.org/10.1159/000545605>
- Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., ve Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253–272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M., ve Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378(9793), 804–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60813-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60813-1)
- Swinburn, B., Egger, G., ve Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563–570. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Hareketli hayat programı 2014–2017*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/hareketli-hayat-programi-2014-2017.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017: Saha Uygulaması Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve->

hareketli-hayat-

db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Beslenme_ve_Saglik_Arastirmasi_TBSA_2017.pdf

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). *Birinci basamak hekimler için obezite ile mücadele el kitabı*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Birinci_Basamak_Hekimler_Icin_Obezite_Ile_Mucadele_El_Kitabi.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye fiziksel aktivite rehberi*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Fiziksel_Aktivite_Rehberi.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Türkiye çocukluk çağı şişmanlık araştırması COSI-TUR 2016*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Cocukluk_Cagi_Sismanlik_Arastirmasinin_COSI-TUR_2016.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı: Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019–2023. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Turkiye_Saglikli_Beslenme_ve_Hareketli_Hayat_Programi_Yetiskin_ve_Cocukluk_Cagi_Obezite_sinin_Onlenmesi_ve_Fiziksel_Aktivite_Eylem_Plani_2019-2023_2.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık istatistikleri yılı 2022*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı (2025–2028). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/17/turkiye-obezite-ile-mucadele-ve-fiziksel-aktivite-eylem-plani-2025-2028-13.05.2025-yayin-numaralari-eklenmis.pdf>
- Taheri, S., Lin, L., Austin, D., Young, T., ve Mignot, E. (2004). Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Medicine*, 1(3), e62. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0010062>
- Taillie, L. S., Bercholz, M., Popkin, B. M., Reyes, M., Colchero, M. A., ve Corvalán, C. (2021). Changes in food purchases after the Chilean policies on food labelling,

- marketing, and sales in schools: A before and after study. *The Lancet Planetary Health*, 5(8), e526–e533. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00172-8](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00172-8)
- Taillie, L. S., Bercholz, M., Popkin, B., Rebolledo, N., Reyes, M., ve Corvalán, C. (2024). Decreases in purchases of energy, sodium, sugar, and saturated fat 3 years after implementation of the Chilean food labeling and marketing law: An interrupted time series analysis. *PLOS Medicine*, 21(9), e1004463. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004463>
- Tansel, A., ve Karaoğlu, D. (2019). Determinants of Health Behaviors and Obesity in Turkey. *Sosyoekonomi*, 27(41), 11-40. <https://doi.org/10.17233/sosyoekonomi.2019.03.01>
- Tremmel, M., Gerdtham, U. G., Nilsson, P. M., ve Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: A systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(4), 435. <https://doi.org/10.3390/ijerph14040435>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu.
- Ural, D., Kılıçkap, M., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayıkçıoğlu, M., Özer, N., Barçın, C., Arınsoy, T., Çelik, A., Yılmaz, M. B., ve Tokgözoğlu, L. (2018). Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(7), 577–590.
- Van Oortmerssen, J. A. E., Mulder, J. W. C. M., Kavousi, M., ve Roeters van Lennep, J. E. (2025). Lipid metabolism in women: A review. *Atherosclerosis*, 405, 119213. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2025.119213>
- Vandevijvere, S., de Pauw, R., Djojoseparto, S., Gorasso, V., Guariguata, L., Løvhaug, A. L., Mialon, M., van Dam, I., ve von Philipsborn, P. (2023). Upstream determinants of overweight and obesity in Europe. *Current Obesity Reports*, 12(4), 417–428. <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00524-1>
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2–4.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., ve Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511–544. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., ve Gilson, L. (2008). “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and

- challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308–317.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- Walt, G., ve Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353–370.
<https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
- Washington, T. B., Johnson, V. R., Kendrick, K., Ibrahim, A. A., Tu, L., Sun, K., ve Stanford, F. C. (2023). Disparities in access and quality of obesity care. *Gastroenterology Clinics*, 52(2), 429–441.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2023.02.003>
- Waters, E., de Silva-Sanigorski, A., Hall, B. J., Brown, T., Campbell, K. J., Gao, Y., Armstrong, R., Prosser, L., ve Summerbell, C. D. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD001871. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub3>
- Whitsel, L. P., Honeycutt, S., Radcliffe, R., Johnson, J., Chase, P. J., ve Noyes, P. (2024). Policy implementation and outcome evaluation: establishing a framework and expanding capacity for advocacy organizations to assess the impact of their work in public policy. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 27.
<https://doi.org/10.1186/s12961-024-01110-0>
- World Health Organization (WHO). (2017). Fiscal policies aimed at reducing the consumption of sugary drinks and other regulatory measures that promote healthy diets in the Republic of Maldives: A policy report.
<https://www.who.int/docs/default-source/obesity/report-on-fiscal-policies-reduce-consumption-sugar.pdf>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation* (WHO Technical Report Series No. 894). World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e3ce2c65-c0d8-496c-ae93-4709403fe79a/content>
- World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/809f813f-5b90-4187-861b-3953bb54e244/content>

- World Health Organization. (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/868658c2-7df1-4e04-9dbc-05b7cc8b6a09/content>
- World Health Organization. (2022). European Regional Obesity Report 2022. WHO.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e65ae612-3723-4df5-a0e3-639dcdaa9ef8/content>
- World Health Organization. (2023). *Health service delivery framework for prevention and management of obesity*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Health service delivery framework for prevention and management of obesity*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2025). *Obesity and overweight*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?utm_source.
- Yang, H. J., Kim, M. J., Hur, H. J., Lee, B. K., Kim, M. S., ve Park, S. (2022). Association Between Korean-Style Balanced Diet and Risk of Abdominal Obesity in Korean Adults: An Analysis Using KNHANES-VI (2013-2016). *Frontiers in nutrition*, 8, 772347. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.772347>
- Yardımcı, N. (2023). The impact of socioeconomic status (SES) of families on childhood obesity in Türkiye. *Nüfusbilim Dergisi*, 45, 28–46. <https://izlik.org/JA98HC32RY>
- Zhou, X. D., Chen, Q. F., Yang, W., Zuluaga, M., Targher, G., Byrne, C. D., ... ve Zheng, M. H. (2024). Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. *EClinicalMedicine*, 76, 102848. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102848>

ÖZGEÇMİŞ

Elifnaz ERGÜL ortaöğrenimini 2019 yılında Tevfik Serdar Anadolu Lisesi'nde tamamlamıştır. 2021 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, 2023 yılında ise Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden onur öğrencisi olarak mezun olmuştur. 2023 Haziran ayından itibaren klinik, futbol okulu ve online diyet platformlarında kişiye özel beslenme ve diyet danışmanlığı hizmeti vermektedir.