

# OBEZİTEDE SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ VE TÜRKİYE'YE DAİR BİR DEĞERLENDİRME

Işıl ERGİN\*

**Özet:** Bu yazıda sağlıkta eşitsizlikler başlığı obezite örneği üzerinden irdelenmiştir. Obeziteye dair eşitsizlikler yazınında birikenlerin kısa bir özeti yanı sıra Türkiye gibi ülkeler açısından bu alana ulusal verilerle katkı koymanın önündeki kimi engeller tanımlanmıştır. Ayrıca; bu sağlık sorununa eşitsizlikler penceresinden bakan bir makale paylaşılmıştır. Makalede obezite/aşırı kiloluluk sorununun Türkiye'deki sıklığı ve bu sıklığın refah ve gelir gruplarındaki dağılımı irdelenmekte, bu eşitsizliklerin kadın/erkek farkı yanı sıra bölgesel resmi de çizilmektedir. Saptanan eşitsizlikler bölgeler ve cinsiyetler arasında farklı tablolar sergilemektedir. Kadınların eşitsizliklerden daha derin etkilendiği, refah ve eğitim grupları arasındaki eşitsizlikleri belirleyen tek önemli ayracın da bölgenin sosyoekonomik gelişim düzeyi olduğu belirlenmektedir. Zaman içerisinde artırdığı pek çok kronik hastalık riski de düşünülecek olursa, obezite zaten ileri düzeyde olan sağlık eşitsizliklerini şiddetlendirici bir yakıta dönüşmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Obezite, Sağlıkta eşitsizlikler, Dünya Sağlık Araştırması

## *Health Inequalities in Obesity and an Evaluation For Turkey*

**Abstract:** In this paper, health inequalities title has been dealt through the obesity example. In addition to a short summary of the mass literature on obesity inequalities, some barriers to national data contribution to this area from countries like Turkey have been identified. A paper looking at this health problem through the inequalities perspective has also been shared. In the so-called paper, the prevalence of obesity/overweight problem in Turkey and its distribution at different wealth and education groups has been considered and the inequalities picture for men/women as well as for regions has been drawn. The inequalities determined, have shown regional and gender differences. It has been detected that, women are affected much deeper and that the socio-economic development level of the region has been the only demarking feature regarding inequalities for wealth and education groups. Considering the increased risk for many non-communicable diseases in the course of time, obesity fuels the already high health inequalities.

**Key words:** Obesity, health inequalities, World Health Survey

## **Obeziteye dair eşitsizlikler yazınında birikenler ve birikemeyenler**

Geçmişte obezite veya kardiyovasküler hastalıklar ve onlarla ilişkili risk faktörlerinin, varlıklı toplumların sorunları olduğuna dair kanı hakimken, bu hastalıklara "bolluk" hastalıkları (zengin hastalıkları) denmiştir. Oysa kanıtlar, yüksek gelir grubu ülkelerdeki bu hastalık yükünün sistematik bir değişim süreci ile orta ve düşük gelir grubu ülkelere kaydığını göstermektedir (**Ezzati, 2005**). Hatta dünyanın yoksul ülkeleri için yüksek kan basıncı ve yüksek kan şekeri açısından bir "küresel pandemi"nin yaklaştığı bildirilmektedir (**Danaei, 2013**). Asıl tehdidin, "bolluk" tan ziyade, bireyin sağlıklı yeme ve hareket etme alışkanlıklarını kendi lehinde değiştiren kapitalist üretim biçimi olduğu, artık netlikle anlaşılmıştır. Süreç; sağlık eşitsizlikleri açısından ise gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aşamalı bir

seyir izlemektedir. Sağlık tehdidinin başlangıçta zenginlerde kümelenen yükü daha sonra hızla orta sınıflara devredilmekte, en son olarak ise yoksul sınıfların kucağına bırakılmaktadır. Yani; gelişmekte olan ekonomilerde, kapitalist dinamikler tam anlamıyla oturana dek, sağlık tehdidinin yükünü, ağırlıklı olarak orta sınıflar eşitsiz bir biçimde taşımakta, kapitalist üretim, yaşamları tam anlamıyla istila ettiğinde ise - yani sözüm ona "kalkındıkça"- yoksul ve kötü sosyoekonomik konumdakilerin sağlığı, bu risk faktörlerinden en eşitsiz biçimde etkilenmektedir.

Obezitenin farklı sosyoekonomik gruplardaki dağılımı ve buradaki eşitsizliğin derinliğine dair bilimsel ilgi, son yıllarda giderek artmıştır. Bu alandaki çalışmalar, 1965'teki Manhattan araştırmasında, sosyoekonomik statünün (SES) kötü olduğu

\* Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

kadınlarda obezitenin altı kat daha sıklıkla gözlenmesi ile başlar. Sonraki yıllarda, obezite ile sosyoekonomik değişkenler arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik pek çok çalışma yürütülür. 1989'da Sobal o güne kadarki 144 çalışmayı inceler ve sosyoekonomik statüyü obezite ile ilişkilendirir. Sobal'ın sonuçları gelişmiş ülkelerde obezitenin daha düşük statü gruplarında daha sık görüldüğüne, gelişmekte olan ülkelerde bu ilişkinin tersine döndüğüne ve orta-yüksek statü gruplarında riskin arttığına işaret etmektedir. Bu durum, özellikle kadınlarda güçlü bir ilişki göstermektedir (**Pena, 2000**). Sağlıkta eşitsizliklerin irdelenmesi 1980'lerle birlikte adeta patlayan bir alan olur. Monteiro, Sobal'ınkine benzer bir çabayı 1989-2003 arasındaki çalışmaları inceleyerek yineler ve yeni saptamalar ortaya koyar. Monteiro gelişmekte olan ülkelerde, ülkenin gelir düzeyi arttıkça eşitsizlik paterninde farklılaşma olduğunu belirler. Özellikle kadınlarda, eşitsizliklerin yoksullar aleyhinde ortaya çıkmaya başladığı sınır, ülkelerin kişi başı Gayri Safi Milli Hasıla'sının (GSMH) 2500 dolara ulaşmaya başladığı aşamadır. Bu gelir seviyesi, düşük-orta gelir grubu ülkelerin, orta noktasına (mid-point) karşılık gelmektedir. Yani ülkeler "düşük" ulusal gelir hattından yukarıya tırmanır tırmanmaz, sosyoekonomik konumu kötü olanlar, adeta yetersiz beslenme ile yer değiştiren yeni bir sağlık tehdidi ile karşılaşmakta ve bu durum küresel bir eğilim göstermektedir (**Monteiro, 2004**).

Obezitenin yoksul, eğitimsiz, sosyal güvencesiz toplum gruplarında kümelenmesi aşaması her ülke için zamansal olarak farklı hızda seyretmekte her iki cins için de farklı paternler göstermektedir (**Hedley, 2004; Scarborough, 2008; Roskam, 2010**). Lopez'in sigara epidemisini açıklamak için kullandığı eğrideki epidemi paternini obezitede de görmek mümkündür. Bu benzerlik; kronik hastalık risk faktörlerini ve onların eşitsiz dağılımının nedenlerini kapitalizm ve kalkınma dinamikleri içinde aramız gerektiği saptamasını desteklemektedir (**Akçay, 2011**). Lopez'in sigara epidemisini incelemek için geliştirdiği modelde 4 dönem yer alır. İlk dönemde prevalans her iki cinsiyette de düşüktür. İkinci aşamada erkeklerde prevalans %50-80'lere yükselir, üçüncü aşamada pik yapar ve düşüşe geçer. Kadınlar ise aynı paterni 20 yıl gecikmeli olarak takip eder. Son aşamada her iki cinsiyet için sıklık yeniden minimum düzeylere düşer (**Lopez, 1994**). Bu model sosyoekonomik eşitsizliklerle de ilişkilendirmiştir. Epideminin erken dönemlerinde sıklık her iki cinsiyette önce yüksek sosyoekonomik

gruplarda artar. Epideminin sonraki aşamalarında ise genel sigara içme sıklığı azalırken düşük sosyoekonomik gruplara doğru sıklık artar. Yani sağlık riski, yoksul ve dezavantajlı gruplar aleyhinde yön değiştirir. Eşitsizliklerin yönündeki bu değişim önce erkeklerde daha sonra kadınlarda gerçekleşir (**Huisman, 2005**). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi, bu sağlık tehdidine ilişkin eşitsizliğin hangi aşamasında olduğunu da belirler. Son aşamadaki gelişmiş kapitalist ülkeler sağlık riskinin yoksul gruplar açısından en derin eşitsizliği barındırdığı konumdadır.

Sağlıklı ulusal kayıtlar ve bu kayıtlara araştırmacıların ulaşabilmesi sayesinde, eşitsizlikler literatürü gelişmiş ülkelerin eşitsizliklerini anlamaya çalışan onlarca hatta binlerce makale ile doludur. Burada bir parantez açarak, araştırmacıların ulusal hastalık verilerine, kayıtlarına erişim hakkı ve bunun olmaması durumunda ülkenin eşitsizlikler açısından gerçek resminin çizilmesinin nasıl zorlaştığına dair birkaç söz söylemek yerinde olacaktır:

Kuzey Avrupa ülkelerinden araştırmacılar ülkelerinde pek çok veri tabanına veya ulusal araştırmaya (sosyal güvenlik, sağlık, iş güvenliği vb) tamamen ücretsiz erişebildiklerini, istedikleri değişkenleri ve araştırma tasarımlarını bildirerek başvuru yapabildiklerini ve veri güvenliği ve kişilerin mahremiyetini koruyan önlemler alınarak, araştırmacılara verilerin açıldığını söylediklerinde şaşkınlık elde değil. Bizlerin şaşkınlığı ise onlar için anlaşılmaz. Çünkü onlar; kamunun topladığı ulusal verilerin toplumun malı olduğu düşüncesinde netler. Elbette ki bu verilerin toplanması için harcanan para ülke kaynaklarından, hepimizin cebinden karşılanmaktadır. Bu nedenle bizimdir. Ancak borçlanma yoluyla sağlanan kaynaklarla ve kamunun insan gücü ile yürütülen çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın ve bazı araştırmacıların tekelinde kalmakta ve veri tabanı paylaşımı bir yana, sonuçları bile raporlanarak paylaşılmamaktadır. Örneğin; uzun yıllardır gerçekleşmesi umutla beklenen ancak tamamlanmasının üstünden 3 yıl geçmiş olmasına rağmen sonuçlarını öğrenemediğimiz Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (**TBSA, 2010**), sonuçları raporlanmayan önemli örneklerdendir. Uluslararası toplantılarda bu araştırmaya dair sunulan bildiri özetlerinden öğrendiğimiz kadarıyla 7115 kişiye ulaşılmış, kan, idrar örnekleri toplanmış, vücut ölçümleri yapılmış, ayrıntılı beslenme ve fizik aktivite sorgulaması yapılmıştır (**Besler, 2013**). Bu araştırma faaliyetinin çeşitli aşamalarında ilana çıkılarak (danışmanlık, analiz vs) hizmet alındığı ve bu alımların Uluslar arası İmar ve Kalkınma

Bankası'na (International Bank for Reconstruction and Development; IBRD) borçlanarak ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından yürütülen Türkiye Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılmasına Destek Projesi kapsamında gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır. Danışmanlık hizmetleri, analiz ve raporlama için ihaleler açılmış, sözleşmeler yapılmış ve miktarını bilmediğimiz kaynaklar aktarılmıştır. Üstelik henüz ortada temel değerlendirme sonuçlarını yokken, Ocak 2014 itibarıyla yeni bir ilan ile İleri Analiz için bir danışmanlık ihalesine daha çıkmış olduğu görülmektedir (**SB, 2014**). 2010'daki saha çalışmasında illerde doktor, diyetisyen, laboratuvar teknisyeni, hemşire, ebe ve sağlık memurundan oluşan ekipler görevlendirilmiştir. Bu kapsamlı çalışmanın raporu ise ortada yoktur. Veri tabanına başka araştırmacıların erişimi ise zaten bu koşullarda söz konusu bile değildir.

Bu coğrafyada yaşayan insanlar olarak niye öldüğümüzü, beslenmemizdeki hangi unsurların bizi hasta ettiğini, risk faktörlerimizi ve bunların bölgeler ve sosyoekonomik gruplar için farklı seyredip seyretmediğini bilmiyoruz. Bunları aydınlatma uğraşı ise; ulusal veri tabanlarının kullanım hakkının belli bir süreyi tamamlamasını (Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması-TNSA- için geçmişte beş yıl, artık iki yıl) beklemek veya pek çok araştırmacı için nafile bir çabayı göze almak anlamına gelmekte. Bu; sistematik olarak veriyi saklama, eskitme, araştırmacıların ilgisini azaltma, ulusal verilerin incelenmesini sansürleme çabasıdır. Bir diğer taraftan Sosyal Güvenlik Kurumunun, sigortalılardan topladığı veriler arasında "Şirketlere ya da ilaçlara ait verileri, yalnızca ilgili ürün sahibi ile ya da muvafakatı çerçevesinde üçüncü kişilerle ücretli olarak paylaşabileceğini" (**SGK, 2013**) belirtmesi, verilere erişim için "ne"ye ihtiyacımız olduğunu netleştirmektedir.

Aşağıda sonuçları paylaşılan araştırma ise; veri tabanının araştırmacılara açıldığını yabancı araştırmacılardan öğrenerek, inceleme fırsatı bulduğumuz ve 2002 yılında Sağlık Bakanlığı-Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliğinde gerçekleşen Dünya Sağlık Araştırması (DSA) veri tabanında yürütülmüştür. 2002 yılında verisi toplanan çalışmanın, 2008 itibarıyla araştırmacılarla paylaşıldığı noktasına tekrar dikkati çekmek yerinde olacaktır.

Sağlıkta eşitsizlikler başlığı; bugün ülkemizde klinik bilimlerle ilgilenenlerin ilgi alanına yavaş yavaş da olsa girmeye başlamış ve sosyoekonomik değişkenler, bölge, kırsal/kent gibi sorgulamalar kör total da olsa veri toplama araçlarında ve

analizlerinde kendine yer bulmaya başlamıştır. Bundan yaklaşık 15 yıl önceki Toplum Hekim dergisinin 1998 13:2 sayısının Sağlıkta Eşitsizlikler olduğunu hatırlayacak olursak, derginin ve o dosyanın yazarlarının ülke tıp gündeminin ne kadar önünde gittiği ve bilimsel ve ideolojik olarak üzerlerine düşen görevi ne kadar zamanında ve layıkıyla yaptığını gösteren nitelikli bir kanıttır.

### Amaç

Yazının bundan sonraki kısmı DSA veritabanında yürütülen ve saygın bir uluslararası dergide yayınlanma şansı bulan bu araştırmayı yazma sürecini anlatmayı ve sonuçlarını paylaşmayı hedeflemektedir (**Ergin, 2013**).

### Süreç ve Yönteme Dair

Dünya Sağlık Araştırması; DSÖ'nün 2002-2004 yılları arasında 70 ülkede yürüttüğü ve ülkelerin erişkin nüfuslarının sağlık durumlarına ve sağlık sistemlerine dair bilgi toplamayı amaçlayan bir çalışmadır. Yüz yüze görüşmelerle yürütülen bu alan araştırması dünyada 18 yaş üzeri yaklaşık 300 bin bireye ulaşmış, haneye ve bireye dair veriler iki ayrı veri tabanında derlenmiştir. Her bir ülkenin verilerinin özetlendiği ülke raporları arasında Türkiye raporu da bulunmaktadır (**Dünya Sağlık Örgütü, 2003**). Ancak sadece yaş, cinsiyet ve kırsal/kent değişkenleri ile birkaç çapraz tablo hazırlandığı, pek çok sağlık ve sağlık hizmeti değişkeninde analiz yürütülmediği ve oldukça baştan savma bir rapor hazırlandığı görülmektedir. Diğer ülke raporlarında yer alan Özet Tablolar yerine boş sayfalar akmaktadır Türkiye'nin ülke raporunda.

Ham veri tabanına erişim DSÖ'ye yazılan bir araştırma izni yazısı ile mümkün olabilmektedir. Ham veri tabanına erişim sonrası bazı değişkenlerin kodlamasının yapılmadığı (örneğin bölge verisi), kilo ve boy verilerinde veri kontrolü yapılmadığı ve bazı başka sıkıntılar DSÖ'de ilgili birimlerle yapılan yazışmalar sonrasında aydınlatılmıştır. Veri tabanları birleştirildiğinde 11.479 bireyi içeren veri tabanında 263 verinin hane veri tabanı ile örtüşmediği fark edilerek tarafımızdan bu veriler temizlenmiştir. Eğitim ve refah değişkenlerinde veri eksikliği olanlar temizlendikten ve 20 yaş altı bireyler dışlandıktan sonra toplam 20 yaş üzeri 10.804 kişi bu değerlendirmeye alınmıştır. Tüm DSA çalışmalarında boy ve kilo verisi özbidirim ile toplanmıştır ve elbette ki bu durumun validite üzerindeki etkisi büyüktür. Obezite çalışmaları, bireylerin kilolarını genellikle az, boylarını ise olduğundan daha fazla söylediğini göstermektedir (**Niedhammer, 2000; Ziebland, 1996**). Bu nedenle Vücut kitle İndeksi (VKİ) gibi bir

ölçütle yapılan hesaplamaların aşağıya doğru bir sapma göstereceği belirtilmektedir (Willet, 1998). Bu sapma; düşük eğitim ve gelir gruplarında daha da şiddetlenmektedir (Gregory, 2008; Murray, 2002, Rossouw, 2001; Dekkers, 2008). Bu nedenle özbildirim ile antropometrik veri toplanması, Türkiye gibi belirgin sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin var olduğu ülkelerde durum saptaması açısından önemli yanlışlıklar barındırmaktadır. Veri kaybı da yine aynı gruplarda şiddetlenmektedir. DSA Türkiye verisinde de boy ve kilo değerlendirmesi önemli bir veri kaybına uğrayıp, analizler 7847 kişide yürütülebilmektedir. Kilo ve boy özbildirimindeki veri kaybı; kadınlar, yaşlılar, düşük eğitim ve gelir grubundan olanlarda istatistiksel olarak anlamlı biçimde öne çıkmakta, kayıp veri oranları bölgesel olarak da anlamlı farklar göstermektedir. Hem bu grupların kilo-boy verisinde yeterince temsil edilmedikleri, hem de kilo-boy verisi bulunan düşük eğitim/refah gruplarının da hatalı (olasılıkla daha düşük VKİ) veri sunmuş olabileceğini göz önünde bulundurursak, araştırmada ortaya çıkan sağlık eşitsizliği tablosundan daha derin bir durumun gerçekte var olabileceğini göz önünde bulundurmalıyız. Tüm bu yanlışlıkların, eşitsizliğin gerçekte olduğundan daha az görünmesine neden olabileceğinin farkında olarak sonuçları değerlendirmeliyiz.

DSA'da Türkiye için Batı, Akdeniz, Orta, Karadeniz ve Doğu olmak üzere beşli bir coğrafi bölgeleme kullanılmış olup bu sınıflama TNSA 2003 ile uyumludur. Eğitim değişkeni "eğitim alınan yıllar" olarak ankette sorgulanmıştır. Mevcut çalışma kapsamında ise bu değişken "mezun olunan okul"a

dönüştürülmüştür. Bu dönüştürmede sınıfta kalınan yıllara dair bir bilgi bulunmadığı için eğitim alınan yılların tamamında sınıf geçildiği ön kabulü ile hesaplama yapılmış (ilkokulu tamamlama 5 yıl, ortaokulu tamamlama 8 yıl, lise üzeri eğitim tamamlama ise 11+ yıl olarak) ve gruplanmıştır.

Araştırmaya sosyo-ekonomik değişkenlerden sınıf, gelir gibi değişkenleri dahil etmek istediğimizde, bu değişkenlerde yarı yarıya kayıp veri olması, önemli bir engel oluşturmuştur. Bu nedenle; gelir ve sınıf verisi kullanmak yerine sahip olunan eşyalar üzerinden kümülatif refah değişkeni üreterek bu sorun aşılmasına çalışılmıştır. DSÖ'nün hane anketinde sorgulanan bu eşyalar şu şekildedir; çamaşır makinesi, bulaşık makinesi, elektrik süpürgesi, buzdolabı, müzik sistemi, sabit telefon, cep telefonu, bilgisayar, internet erişimi, dergi-gazete aboneliği, evde alarm sistemi. Araştırmamız kapsamında bu 11 maddeye sahip olma durumuna göre haneleri: 8-11 (en yüksek), 6-7 (yüksek), 5 (orta), 4 (düşük), 0-3 (en düşük) olarak grupladık. Hanedeki eşyalar belirlenerek yapılan bu tip değerlendirmeler hane gelirinden ziyade hanenin refah düzeyini yansıtmaktadır. Hane geliri; alım gücünü ve hanenin finansal durumunu daha yakın erimli değerlendirirken, refah gelire göre daha kümülatif bir ölçüttür. Sağlık eşitsizliklerinin gösterilmesi açısından da hane refahının kullanılması gelire göre daha başarılı bulunmaktadır (Houweling, 2003; Stronks, 1998; Schaap, 2008; Laaksonen, 2004; Dahly, 2010; Perel, 2006).

Tablo 1'de araştırmaya katılıp gelir ve eğitim verisi tam olan bireylerin bölge ve cinsiyetlere göre

**Tablo 1. Araştırma nüfusunun cinsiyete, sosyoekonomik göstergelere ve bölgeye göre dağılımı, DSA Türkiye 2002**

	Batı	Akdeniz	Orta	Karadeniz	Doğu	Toplam
<b>Kadın</b>						
<b>Eğitim grupları</b>	n=2030	n=803	n=981	n=732	n=1631	n=6177
<8 yıl	72.9	73.2	76.5	74.2	84.2	76.6
≥8 yıl	27.1	26.8	23.5	25.8	15.8	23.4
<b>Refah grupları</b>	n=2028	n=803	n=980	n=732	n=1631	n=6174
En yüksek	26.6	23.2	20.3	20.5	14.1	21.1
Yüksek	42.9	36.2	36.5	37.6	31.6	37.4
Orta	16.7	16.2	17.6	17.1	17.7	17.1
Düşük	6.5	10.7	10.9	9.7	12.9	9.8
En düşük	7.4	13.7	14.7	15.2	23.7	14.6
<b>Erkek</b>						
<b>Eğitim grupları</b>	n=1427	n=613	n=694	n=569	n=1324	n=4627
<8 yıl	56.3	62.0	60.7	51.3	65.7	59.8
≥8 yıl	43.7	38.0	39.3	48.7	34.3	40.2
<b>Refah grupları</b>	n=1427	n=613	n=694	n=568	n=1324	n=4626
En yüksek	27.9	25.9	20.0	27.1	13.2	22.2
Yüksek	43.9	38.7	34.3	35.9	33.0	37.7
Orta	14.5	15.5	15.0	17.4	17.0	15.8
Düşük	6.2	8.7	14.8	8.6	12.2	9.8
En düşük	7.5	11.3	15.9	10.9	24.6	14.6

dağılımı, yani araştırma popülasyonunun özellikleri incelenmekte ve ülkedeki bölgesel ve cinsiyet temelli sosyal eşitsizlikler oldukça netlikle görülebilmektedir.

Çalışmada bağımlı değişken başlangıçta obezite olarak tasarlanmıştır. Ancak obez birey sayıları bölgelere, cinsiyete ve refah/eğitim gruplarına dağıldığında analizlerde anlamlı istatistiksel ilişkilere ulaşmak zorlaşmıştır. Bu nedenle obezite yerine VKİ'nin 25 ve üzeri olduğu (aşırı kilolu ve bu nedenle kardiyovasküler riskin artmış olduğu) gruplar sağlık riski altında olarak değerlendirilmiştir. Prevalans hızları yaşa standardize edilerek hesaplanmış ve bunun için Türkiye nüfusunun 2000 yılındaki dağılımını gösteren TÜİK verisi kullanılmıştır (**TÜİK, 2003**). Refah ve eğitim değişkenlerinin aşırı kiloluluk durumu ile ilişkisini anlamak için lojistik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Tüm analizlerde, düşük sosyoekonomik gruplar referans grubu oluşturmuştur. Regresyon katsayıları odds oranlarını saptamakta kullanılmıştır.

### Cinsiyetler ve bölgeler arası sağlık eşitsizlikleri ne durumda?

Aşırı kiloluluk sıklığı ulusal ölçekte kadınlarda %48,4 ve erkeklerde %46,1 olarak saptanmıştır. Bölgelerin ayrıntılı prevalans dökümlerine çalışmanın orijinal metninden ulaşılabilir. Burada prevalanslar açısından bölgeler arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığını belirtmekle yetineceğiz. Ancak aşırı kiloluluk değişkeninde refah ve eğitime dair eşitsizliklerin yönünü ve gücünü aktaran aşağıdaki tabloların aynen paylaşılması açıklayıcı olacaktır.

Orta refah veya düşük eğitim grubundaki kadınlarda ve yüksek refah grubu erkeklerde aşırı kilolu olma sıklığının bazı bölgelerde arttığı görülmektedir. Eşitsizliklere bölgesel olarak bakıldığında Doğu dışında özellikli bir patern göstermektedir. Doğu'da ise diğer bölgelerden belirgin biçimde farklı olarak, aşırı kiloluluk sıklığı yüksek gelir ve eğitim gruplarında artmaktadır ve bu durum sosyoekonomik olarak gelişkin olmayan bölgelerde, ülkelerde gözlenen bir paterndir.

**Tablo 2. Aşırı kiloluluk için (BMI $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup>) refah grupları, cinsiyet ve bölgelere göre yaşa standardize prevalans hızları ve odds oranları, DSA Türkiye 2002**

	Prevalans hızı(%)	Odds Oranı (95%CI)	Prevalans hızı(%)	Odds Oranı (95%CI)
<b>Bati</b>				
En yüksek	45.97	1.14 (0.60-2.18)	48.03	1.94 (1.17-3.21)*
Yüksek	49.2	1.38 (0.74-2.60)	50.20	2.00 (1.23-3.26)*
Orta	52.54	1.62 (0.83-3.19)	47.92	1.64 (0.95-2.82)
Düşük	39.86	1.09 (0.49-2.40)	33.67	0.97 (0.49-1.90)
Çok düşük (Ref.)	41.48	1.00	35.02	1.00
<b>Akdeniz</b>				
En yüksek	39.83	1.04 (0.50-2.17)	54.52	2.04 (1.02-4.08)*
Yüksek	55.22	2.18 (1.08-4.40)*	48.11	1.54 (0.80-2.99)
Orta	56.07	2.62 (1.14-6.03)*	54.7	1.99 (0.94-4.24)
Düşük	38.2	1.25 (0.50-3.16)	33.96	0.87 (0.36-2.09)
Çok düşük (Ref.)	40.45	1.00	34.45	1.00
<b>Orta</b>				
En yüksek	46.51	1.01 (0.50-2.02)	51.13	3.01 (1.64-5.52)**
Yüksek	46.93	1.50 (0.77-2.92)	46.77	2.32 (1.33-4.02)*
Orta	56.71	2.10 (0.99-4.47)	51.05	3.12 (1.62-6.01)*
Düşük	64.82	2.72 (1.13-6.55)*	42.21	1.88 (0.98-3.59)
Çok düşük (Ref.)	39.17	1.00	30.76	1.00
<b>Kardeniz</b>				
En yüksek	44.46	1.22 (0.53-2.77)	47.78	2.69 (1.29-5.61)*
Yüksek	52.8	1.92 (0.87-4.21)	52.62	3.05 (1.49-6.23)*
Orta	49.74	1.63 (0.68-3.91)	44.63	2.30 (1.06-4.98)*
Düşük	44.08	1.66 (0.63-4.38)	53.34	3.69 (1.43-9.57)*
Çok düşük (Ref.)	35.96	1.00	25.78	1.00
<b>Doğu</b>				
En yüksek	58	1.86 (1.19-2.89)*	56.76	3.03 (2.01-4.57)**
Yüksek	51.38	1.50 (1.02-2.21)*	46.95	2.00 (1.44-2.79)**
Orta	50.42	1.44 (0.91-2.27)	42.42	1.80 (1.22-2.66)*
Düşük	44.93	1.09 (0.65-1.82)	32.11	1.04 (0.66-1.64)
Çok düşük (Ref.)	41.01	1.00	32.91	1.00

\*P<0,05 \*\*p<0,001

**Tablo 3. Aşırı kiloluluk için (BMI $\geq$ 25 kg/m<sup>2</sup>) eğitim grupları, cinsiyet ve bölgelere göre yaşa standardize prevalans hızları ve odds oranları, DSA Türkiye 2002**

	Kadın		Erkek	
	Prevalans hızı(%)	Odds oranı (%95%GA)	Prevalans hızı(%)	Odds oranı (%95 GA)
<b>Batı</b>				
≥8 yıl	38.09	0.47 (0.365-0.60)**	46.63	1.02 (0.80-1.29)
<8 yıl	54.33	1.00	48.92	1.00
<b>Akdeniz</b>				
≥8 yıl	37.26	0.35 (0.234-0.53)**	50.78	1.13 (0.79-1.63)
<8 yıl	56.89	1.00	48.75	1.00
<b>Orta</b>				
≥8 yıl	33.04	0.36 (0.242-0.53)**	48.05	1.15 (0.80-1.66)
<8 yıl	56.08	1.00	46.79	1.00
<b>Karadeniz</b>				
≥8 yıl	37.81	0.47 (0.308-0.72)**	48.00	1.05 (0.72-1.55)
<8 yıl	53.9	1.00	47.1	1.00
<b>Doğu</b>				
≥8 yıl	40.44	0.62 (0.443-0.87)*	46.37	1.20 (0.93-1.56)
<8 yıl	51.06	1.00	41.89	1.00

\*P&lt;0,05 \*\*p&lt;0,001

Burada aşırı kiloluluk ile en güçlü ilişki gösteren değişken olarak eğitim öne çıkmaktadır. Eğitim; çocukluk ve gençlikteki sosyoekonomik koşulları yansıtır, yaşamın sonraki yıllarındaki sosyoekonomik fırsatları da şekillendirir. Ayrıca, obezitenin çevreler oluşup koşullar kilo alımını tetiklediğinde, aşırı kilolu olmanın yarattığı sağlık riskleri konusunda farkındalığı olanlar, koruyucu önlemlere sarılmak konusunda daha avantajlı olacaklardır. Farkındalıkla eğitimle sağlanır (**Roskam, 2008**).

Pek çok çalışmada aşırı kiloluluk konusunda kadınların erkeklere göre daha derin sosyoekonomik eşitsizlikler barındırdığı gösterilmiştir (**Lindsay, 2007; Singh-Manoux, 2009; Flegal, 1998**). Bu çalışmada da eğitimin kadınlar açısından önemli bir eşitsizleştirici olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise böylesi bir tablo oluşmamaktadır. Obezitedeki sağlık eşitsizlikleri açısından ortaya çıkan bu tablo İspanya, İtalya ve Yunanistan'da da benzer şekilde seyretmekte, bu patern Avrupa'daki diğer ülke gruplarında cinsiyetler arasında daha zayıf bir karışıklık içermektedir.

Yoksul gruplarda aşırı kiloluluk sıklığının düşük olması sağlıklı beslenmeden ziyade besin açığının işaretçisi olabilir. Orta refah gruplarındaki prevalans artışı ise, bu gruplarda gıdanın görece daha bol olduğu bir gelir düzeyine atlamış olmakla ilişkilendirilebilir. Ancak kapitalizmin tetiklediği, hızlı kentleşme ve gıdanın üretim, işleme, depolanma ve dağıtım süreçlerindeki hızlı dönüşüm (beslenme dönüşümü) beslenme alışkanlıklarında belirgin etki yaratmakta ve beslenmedeki bu

dönüşüm yoksulluk seviyesinden henüz kurtulmuş olan orta gelir gruplarını daha kolaylıkla esir almaktadır (**Monteiro, 2004; Monteiro, 2004b; Pena, 2000**). Bu durum orta refah gruplarını obezite/aşırı kiloluluk açısından daha riskli bir popülasyon haline getirmiş görünmektedir.

Doğu Anadolu bölgesi aşırı kiloluluğa ilişkin sosyoekonomik eşitsizlikler açısından ülkenin geri kalan kısmından tamamen farklı bir patern sergilemektedir. Bu durum bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik açısından oldukça geri düzeyde oluşu ve bu nedenle de obezite epidemisinin erken evrelerinde oluşu şeklinde yorumlanabilir (**Martorell, 2000**).

Ülkenin diğer bölgelerinde ise ne prevalans ne de eşitsizlik paterni olarak belirgin özellik ortaya çıkmamıştır. Oysa her bir bölgenin kendine özgü yeme içme alışkanlıklarının, gıda gruplarına (meyve, sebze, balık, kırmızı et vs.) erişim açısından farklılıklarının, mevsim ve coğrafi özelliklerin getirdiği fizik aktivite imkanları/imkansızlıklarının obezite sıklıkları veya eşitsizlikler açısından fark yaratmasını bekleyebiliriz. Ayrıca gelenekselliğin ağır bastığı bölgelerde kadının aleyhindeki bölgesel farklılıkların şiddetleneceğini düşünebiliriz. Ancak obezite açısından tüm bu önemli potansiyel belirleyicilerden hiçbiri bölgelerarası fark yaratmamıştır. Buna karşın, Doğu Anadolu bölgesini diğer bölgelerden tamamen farklı kılan bir eşitsizlikler paterninin görüldüğünü ve eşitsizlikler literatürünün ışığında burada, bölgedeki sosyoekonomik gelişim düzeyinin tek önemli ayraç olarak önümüze çıktığını söyleyebiliriz. Bu saptamalar ışığında, bölgelerin "kültürel"

veya "coğrafi" özelliklerinden kaynaklanan daha spesifik etmenlerin, obezite sıklığında ve eşitsizlikler paterninde görece daha ikincil bir role sahip olduğu belirtilebilir.

### Sonuç

Türkiye'de aşırı kiloluluğa dair sıklıklar bölgeler arası belirgin farklılık göstermemekle birlikte bu sıklığın refah ve eğitim gruplarındaki dağılımı incelendiğinde bölgesel bir farka işaret etmektedir. Doğu Anadolu dışındaki bölgelerde, bu sağlık sorununa ilişkin sosyoekonomik eşitsizliklerin hem boyutu hem de çizdiği patern Güney Avrupa ülkelerindekine benzer bir yapı sergilemektedir ve risk özellikle kadınlarda orta-düşük sosyoekonomik gruplara kaymaktadır. Ülkenin doğusunda ise bambaşka bir yapı ortaya çıkmakta ve az gelişmiş ülkelerde görülen ve bölgenin varsıl-egitimli gruplarında sıklığın arttığı bir tablo kendini göstermektedir. Doğu dışındaki diğer bölgelerin tüm coğrafi ve kültürel farklılıklarına rağmen benzer paterni göstermesi, bu coğrafi ve kültürel unsurların, ülkedeki obezitenin farklı sosyoekonomik gruplardaki sıklığını belirlemede çok etkin olmadığını düşündürmektedir. Bölgenin sosyoekonomik gelişim düzeyi tek önemli ayraç olarak önümüze çıkmaktadır. Eğitim ve refah değişkenlerinde özellikle kadınlarda derinleşen eşitsizlikler, Türkiye gibi ülkeler için özel önem taşımaktadır. Obezite; özellikle kadınlarda, beslenme yetersizlikleri, enfeksiyöz hastalıklar, maternal ve perinatal koşullardaki eşitsiz sosyal dağılımdan kaynaklanan ve zaten ileri düzeyde olan sağlık eşitsizliklerini şiddetlendirici bir durum olarak algılanmalıdır. Zaman içerisinde artırdığı pek çok kronik hastalık riski de düşünülecek olursa, obezite sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirici bir yakıta dönüşmektedir (**Monteiro, 2004**).

### Kaynaklar

**Akçay Ü, Ergin I, Hassoy H** (2011) "Kalkınma"nın bilançosu: eleştirel bir değerlendirme. *İktisat Dergisi, Kalkınma İktisadi Özel Sayısı, Sayı: 519-520. Eylül-Ekim 2011*

**Besler HT, NNHS Team** (2013) *Finding from the latest National Nutrition and Health Survey (NNHS) in Turkey, 2nd International Conference and Exhibition on Nutritional Science & Therapy, 2013 Courtyard by Marriott Philadelphia Downtown, USA*  
<http://www.omicsonline.org/2155-9600/2155-9600-S1.010-036.pdf>

**Dahly DL, Larsen PG, Popkin BM, Kaufman JS, Adair LS** (2010) Associations between Multiple Indicators of Socioeconomic Status and Obesity in Young Adult Filipinos Vary by Gender, Urbanicity, and Indicator Used. *J Nutr* 140(2), 366-370.

**Danaei G, Singh GM, Paciorek CJ, Lin JK, Cowan MJ, Finucane MM, Farzadfar F, Stevens GA, Riley LM, Lu Y, Rao M, Ezzati M, Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group.** (2013) The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation*. 2013 Apr 9;127(14):1493-502, 1502e1-8.

**Dekkers JC, van Wier ME, Hendriksen IJ, Twisk JW, van Mechelen W.** (2008) Accuracy of self-reported body weight, height and waist circumference in a Dutch overweight working population. *BMC Med Res Methodol* 8, 69.

**Dünya Sağlık Örgütü** (2003) *Report of Turkey* <http://www.who.int/healthinfo/survey/whstur-turkey.pdf> (Son erişim tarihi:20.04.2014)

**Ergin I, Hassoy H, Kunst A.** (2012) Socio-economic inequalities in overweight among adults in Turkey: a regional evaluation. *Public Health Nutr*. 2012 Jan;15(1):58-66

**Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CM, Leach R, James WP, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJ** (2005) Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Med*. May;2(5):e133. Epub 2005 May 3.

**Flegal KM, Harlan WR, Landis JR.** (1988) Secular trends in body mass index and skinfold thickness with socioeconomic factors in young adult men. *Am J Clin Nutr* 48, 544-551.

**Gregory CO, Blanck HM, Gillespie C, Maynard LM, Serdula MK.** (2008) Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight. *Obesity* 16(5), 979-86.

**Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM.** (2004) Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 291, 2847-2850.

**Houweling TAJ, Kunst AE, Mackenbach JP.** (2003) Measuring health inequality among children in developing countries: does the choice of the indicator of economic status matter? *Int J Equity Health* 2, 8.

**Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP** (2005) Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 40:756-764

**Laaksonen M, Sarlio-Lähdekorva S, Lahelma E.** (2004) Multiple dimensions of socioeconomic position and obesity among employees: The Helsinki Health Study. *Obes Res* 12(11), 1851-8.

**Lindsay ML.** (2007) Socioeconomic Status and Obesity. *Epidemiol Rev* 29 (1), 29-48.

**Lopez AD, Collishaw NE, Piha T** (1994) A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 3:242-24

**Monteiro CA, Moura CE, Conde WL ve ark.** (2004) Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ* 82, 940-946.

**Martorell R, Kettel Khan L, Hughes ML, ve ark.** (2000) Obesity in women from developing countries. *Eur J Clin Nutr* 54(3), 247-252.

- Monteiro CA.** (2004b) Obesity and inequities in health in the developing world. *Int J Obes* 28, 1181-1186.
- Murray CJL, Salomon JA, Colin DM, Lopez AD** (2002) Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva, World Health Organization.
- Niedhammer I, Bugel I, Bonenfant S, Goldberg M, Leclerc A.** (2000) Validity of self-reported weight and height in the French GAZEL cohort. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24(9), 1111-8
- Pena M, Bacallao J.** (2000) Obesity and poverty: a new public health challenge. PAHO, 1st edition, Washington DC.
- Perel P, Langenberg C, Ferrie J, Moser K, Brunner E, Marmot M.** (2006) Household wealth and the metabolic syndrome in the Whitehall II study. *Diabetes Care* 29(12), 2694-700.
- Roskam AJ, Kunst AE.** (2008) The predictive value of different socioeconomic indicators for overweight in nine European countries. *Public Health Nutr* 11(12), 1256-1266
- Roskam AJ, Kunst AE, Van Oyen H, Demarest S, Klumbiene J, Regidor E, Helmert U, Jusot F, Dzurova D, Mackenbach JP** (2010) Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *Int J Epidemiol* 39, 392-404.
- Rossouw K, Senekal M, Stander I.** (2001) The accuracy of self-reported weight by overweight and obese women in an outpatient setting. *Public Health*. 4, 19-26.
- Sağlık Bakanlığı** (2014) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Verilerinin İleri Düzey İstatistik Veri Analizinin Yapılması İçin Rapor Bazlı Kısa Süreli Bireysel Danışmanlık Hizmeti Alınması-İlgi Bildirimine Davet <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-32244/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-verilerinin-iler-.html> (Son erişim tarihi:20 Ocak 2014)
- Singh-Manoux A, Gormelen J, Lajnef M, Sabia S, Sitta R, Menvielle G, Melchior M, Nabi H, Lanoe JL, Guéguen A, Lert F.** (2009) Prevalence of educational inequalities in obesity between 1970 and 2003 in France. *Obes Rev* 10(5), 511-518.
- Scarborough P, Allender S.** (2008) The North-South gap in overweight and obesity in England. *Br J Nutr* 100, 677-684.
- Schaap MM, van Agt HME, Kunst AE.** (2008) Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: Looking beyond educational level. *Nicotine Tob Res* 10(2), 359-369.
- SGK** (2013) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK 04/12/2013 tarihli basın açıklaması [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/e\\_sgk/diger\\_uygulamalar/basin\\_odasi/basin\\_aciklamalari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/e_sgk/diger_uygulamalar/basin_odasi/basin_aciklamalari) (Son erişim tarihi:20 Ocak 2014)
- Stronks K, van de Mheen HD, Mackenbach JP.** (1998) A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation? *J Epidemiol Community Health*. 52(9), 548-557.
- TBSA** (2010) Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010 Saha Uygulaması El Kitabı [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_beslenme\\_ve\\_saglik\\_arastirmasi\\_\(tbsa\)\\_2010\\_saha\\_uygulamasi\\_el\\_kitabi.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_beslenme_ve_saglik_arastirmasi_(tbsa)_2010_saha_uygulamasi_el_kitabi.pdf) (Son erişim tarihi:20 Ocak 2014)
- Türkiye İstatistik Kurumu** (2003) <http://www.tuik.gov.tr> (Son erişim: 20.07.2009)
- Willet W. (1998) *Nutritional Epidemiology*, 2nd edition, USA, Oxford University Press.
- Ziebland S, Thorogood M, Fuller A, Muir J.** (1996) Desire for the body normal: body image and discrepancies between self reported and measured height and weight in a British population. *J Epidemiol Commun H* 50(1),105-6.