Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

İngiliz Tabipler Birliği (BMA), 2006 yılı Halk Sağlığı Kategorisi Birincilik Ödülü



EDİTÖRLER
Michael Marmot
Richard G. Wilkinson

İNSEV YAYINLARI

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Editörler:

MICHAEL MARMOT

RICHARD G. WILKINSON

Çeviri Editörleri:

İlker Kayı

Yeşim Yasin

İNSEV
YAYINLARI

İNSEV YAYINLARI 2

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Editörler:
MICHAEL MARMOT
RICHARD G. WILKINSON

Çeviri Editörleri:
İlker Kayı / Yeşim Yasin

Çevirmenler:
Barış Adiloğlu / Ceylan Ergül
Nilay Erten / İlker Kayı
Alaz Kılıçaslan / Güney Öztürk
Özgül Pamukçu / Leyla Pur
Ayşegül Tözeren / Yeşim Yasin

ISBN 978-975-01590-1-5

1. Basım: Aralık 2009, İstanbul (1000 adet)

Kitabın Özgün Adı:
Social Determinants of Health (Second Edition)

Orjinal Baskı: Oxford University Press, 2006, www.oup.co.uk

Genel Koordinatör: Fatih Artvinli
Kapak Fotoğrafı: Kemal Elitaş
Kapak Tasarımı: Murat Akkan

Teknik Destek:
Can Özkardeşler

Türkçe yayın hakkı İNSEV'e aittir.

İNSEV YAYINLARI, bu kitaptaki ilaç dozlarının doğru olduğuna dair hiçbir imada ya da ifadede bulunmamaktadır. Bu nedenle, okuyucular her zaman ürün bilgisini ve klinik prosedürleri, üreticiler tarafından sağlanan en güncel ürün bilgisi ve veri kaynakları ile kontrol etmeli ve en yakın tarihli kuralları ve güvenlik düzenlemelerini öğrenmelidir. Kitap yazarları ve yayıncılar, metindeki hatalardan ya da çalışma materyalinin hatalı kullanımı ya da hatalı uygulanmasından dolayı herhangi bir sorumluluk ya da yasal yükümlülük kabul etmemektedir.

Dizgi: Anfora Tasarım Grubu

Baskı: Ege Basım
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4 Ataşehir-İstanbul
www.egebasim.com.tr
Tel: 0216 470 4 470

Birinci Baskıya Önsöz

Halkların sağlığı toplumların özellikleri, sosyal ve ekonomik örgütlenmeleri ile ilişkilidir. Bu önemli gerçek, toplum sağlığının geliştirilmesini hedefleyen etkili politika yapımının temelini oluşturur. Sunulan sağlık hizmetlerinin yapısının temelinin, etkinlikle ilgili en iyi kanıtlara dayandığından emin olmakla ilgili endişeler olduğu kadar, sağlık hizmetlerinin uygun sunumu ve finansmanı ile ilgili de haklı endişeler vardır, ancak sağlık meselesi sağlık hizmeti sunumunun ötesine geçmektedir. Birçok devlet kurumunun ve özel sektörün, hem ulusal hem yerel düzeyde yürütmekte olduğu politikalar, sağlığı çok güçlü bir şekilde etkilemektedir ve bu kitap hangi yönde ilerlememiz gerektiğini göstermektedir. Sağlık hizmetleriyle ilgili kararların var olan en iyi kanıtlara dayanması gerektiği gibi, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkili politikalar da aynı şekilde var olan en iyi kanıtlara dayanmalıdır.

University College London'daki Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi ile çalışan araştırmacılar, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine büyük bir bilgi birikimi edinmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Şehir Sağlığı Merkezi Bölge Ofisi, bu bilgi birikiminin politika yapıcıları için kullanışlı olacak şekilde toparlanması ile uğraştı. Sonuçta ortaya *Social determinants of health: the solid facts* [Sağlığın sosyal belirleyicileri: katı gerçekler] (Wilkinson ve Marmot 1998) çıktı. Bu kanıt birikimi, Britanya hükümeti tarafından yürütücüsü olarak görevlendirildiğim *Sağlıkta eşitsizlikler hakkında bağımsız soruşturma*nın da temelini oluşturmaktaydı (Acheson ve *ark.* 1998). Gerçekten de bu kitabın yazarlarının çoğu, *Soruşturma* sonucunda politika geliştirilmesi üzerine şekillenmiş olan önerilerin dayanağını oluşturan kanıtların ortaya konuluşuyla yakından ilgili idiler.

Bu kitap Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi üyelerinin ve arkadaşlarının, araştırma kanıtlarını politika yapıcıları için kullanışlı olacak konular çerçevesinde özetleme konusundaki bizi sevindiren çabaları sonucunda ortaya çıkmıştır. Politika yapımı işi her zaman çok çeşitli etkiler altında kalacaktır. Burada özetlenmiş olan araştırmalar, bu etkilerden önemli birinin de sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında var olan kanıtlar olması gerektiğini göstermektedir.

Sir Donald Acheson
Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi Başkanı
University College London

Kaynaklar

Acheson, D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health,* The Stationary Office, Londra.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (ed.) (1998). *Social determinants of health: the solid facts*, World Health Organization, Kopenhag.

Teşekkür

Kitaba katkıda bulunan kişilerin emeklerini koordine eden, hedeften ayrılmamızı engelleyen ve editörler, yazarlar, Oxford Üniversitesi Yayınevi ve DSÖ Avrupa Bölge Ofisine bağlı Kentsel Sağlık Merkezi arasındaki iletişimin odak noktası olan Ruth Bell'e ve Patricia Crowley'e özel olarak teşekkürlerimizi sunarız. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*'nin ilk baskısı için baş sorumluluğu Patricia Crowley ve bu ikinci baskı için ise Ruth Bell üstlendi. Azimleri ve nazik uyarıları, projenin programa uygun olarak ilerlemesinde temel unsur olmuştur.

Türkçe Baskıya Önsöz

Bu kitap –Sağlığın Sosyal Belirleyicileri– bireysel araştırmalardan yola çıkarak, elde edilen bulguları genel sonuçlar halinde toparlamak ve böylece politik eylemler için öneriler sunmanın yanında ayrıca, umuyoruz ki, sağlık eşitsizliklerinin azalmasına ve sağlıkta hakkaniyetin geliştirilmesine doğru ilerleyen bir yolculuğun çok önemli bir aşamasını temsil etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ricası üzerine kitabın ilk baskısını hazırladığımız dönemde, insanların içinde yaşadıkları koşulların, sağlıklarını nasıl etkilediğini özetlemiştik. Gözlemlediğimiz kadarıyla bu durum, Hipokrat'a, Ramazini'ye ve Kraliçe Viktorya Çağı'na kadar uzanan bir geleneğin devamıydı. Herkes İçin Sağlık hedefiyle, 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi, sağlıkta sosyal koşulların önemini açık bir şekilde vurgulamaktadır, tıpkı Britanya'daki Sağlık Eşitsizlikleri Hakkında Kara Rapor ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili Ottawa Bildirgesi'nde olduğu gibi. Dolayısıyla, biz kendimizi, sağlık alanında yeni bir düşünme yolu kurup, onu tanıtan kişiler olarak görmüyoruz.

Pratikte, sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık ve toplum hakkında geçerli olan görüşlerden önemli ölçüde farklı bir hale geldi. Zengin ülkelerde, sağlık, artan bir şekilde yaşam tarzı ile ilgili bireysel seçimler ya da tıbbi hizmetlere erişim sorunu olarak görülmektedir. Sağlık, ekonomik düzenlemeler ile bağlı olduğu ölçüde, tüm toplumların ya da bireylerin ekonomik başarılarına ya da hatalarına da katkı yapmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde, en çok öldüren hastalıkların denetim altına alınması ve daha sonra sağlık sistemleri, üzerinde en fazla durulan konular olmuştur.

Adından da anlaşılacağı gibi, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri'nin bakış açısı farklıdır. Kanıtlara göre, erken çocuk gelişimi, iş koşulları, yaşama koşulları, ekonomik eşitsizlikler ve bir o kadar da yaşam tarzı belirleyicileri gibi kavramların tümü, sağlık ve sağlıkta hakkaniyet adına birincil öneme sahiptir. Görünüşe göre, ses getiren bir konuya değinmiş durumdayız. Giriş bölümünde açıkça belirtildiği gibi, DSÖ Avrupa Bürosu tarafından yayınlanan ve temel olarak bu kitabın özeti olan *Solid Facts [Katı Gerçekler]* politika yapıcıları da kapsayan birçok okuyucuya ulaşmıştır.

Böylece yolculuktaki ikinci basamağa sıra gelmiştir: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK). SSBK, bu kitapta dile getirilen çalışmaları ortaya çıkaran kaynak olarak görülebilir. Bu komisyon, DSÖ genel direktörü JW Lee tarafından kuruldu. Komisyonun amacı, politika için gerekli olan kanıtları toparlamaktı. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kitabının Türkçe baskısını okuyacak olan okurlara, SSBK tarafından yayınlanan raporu da okumalarını tavsiye ederim: *Closing the Gap in a Generation [Bir Kuşakta Arayı Kapatmak]*. SSBK raporu, aynen burada olduğu gibi, araştırmaları toparlayarak, yalnız zengin ülkeler için değil, tüm topluluklar için, politik tavsiyeler haline getirmektedir.

Amacımız, tüm toplumlar ve halklar için anahtar konumundaki bir sorun – sağlığın adil paylaşımı – hakkında en iyi bilimsel kanıtları ortaya koymaktır. Dünya genelinde, bundan daha önemli başka ne olabilir?

Michael Marmot
Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı Bölümü
University College London

Türkçe Baskı Editörlerinin Notu

2006 yılı Halk Sağlığı Ödülü almış bu kitabı Türkçeye kazandırmak fikri bizim için ilk günden beri çok heyecan vericiydi. Öncelikle halk sağlığının son yıllarda tıp içinde, en iyimser ifadeyle "ihmal edilmiş" bir alan olması, bu yöndeki uygulamaların da gerek nicelik gerekse nitelik bakımından kan kaybetmesine neden olmaktaydı. Bu nedenle böyle bir eseri Türkçeye kazandırmak, bir boşluğu doldurmasının yanı sıra sağlığa bakış açısına da önemli vurgu yapacaktı. Hatta bu çalışmanın varlığı, bir anlamda yeni yayınların da önünü açacak, pek çok sağlık çalışanı için yararlanabileceği değerli bir kaynak olacaktı.

Öte yandan, bu kitabın Türkiye'deki okurla buluşmasının bir başka önemi daha vardı. Halk sağlığının en önemli bileşenlerinden birinin "politika yapmak" olduğu düşünülürse, bu konunun altını çizmek bakımından kitabın Türkiye'deki halk sağlıkçıları ve sağlık politikalarıyla ilgilenenler için verebileceği önemli ipuçları vardı. Her konunun "politika önermeleri" alt başlığıyla bitirilmesi, yeni politika üretmek ya da var olanı değiştirmek için izlenebilecek yollar konusunda çok değerli yöntem ve deneyimleri aktarmaktaydı. Dolayısıyla, politikanın halk sağlığı için ne kadar "olmazsa olmaz" olduğu, bir kez daha zengin örneklerle okurla buluşmuş olacaktı.

Halk sağlığı içinde bilim yapmaya çalışan insanlar olarak, bu saiklerle hareket etme fikri bize gerçekten heyecan verdi. Uzun, yorucu ama bir o kadar da zevkli bir çalışmanın ardından, kitabı size kadar ulaştırdık. Kitabın hazırlanmasında emeği geçen başta Fatih Artvinli ve Prof. Dr. Işın Kılıçaslan olmak üzere, Prof. Dr. Nuray Özgülnar, Prof. Dr Zeynep Solakoğlu, Alaz Kılıçaslan ve Aslı Duru'ya teşekkürü borç biliriz. Fatih Artvinli'nin başlattığı süreci koordine etmekte ve kitabı baskıya hazırlamakta üstlendiği sorumluluk ise bizim çalışmamıza büyük kolaylık sağladı.

İyi okumalar dileriz.

İlker Kayı
Yeşim Yasin

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sunuş

İNSEV (İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı) olarak J. Lister' in *"Sağlık Politikası Reformu; Yanlış yolda mı gidiyoruz?"* adlı kitabından sonra elinizdeki bu eser ile karşınızdayız. Her geçen gün çok daha iyi anlaşılmaktadır ki toplumun sosyal ve ekonomik yapısı sağlığı ciddi ölçüde şekillendirmektedir. M. Marmot ve R.G. Wilkinson editörlüğündeki "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri" adlı kitap bu alandaki ampirik araştırmaları en yetkin şekilde ele alıp değerlendiren bir çalışma olarak öne çıkan bir eserdir.

Erken çocukluk çağındaki risklerden çalışma yaşamının gerçeklerine, ulaşımdan gıdaya, yoksulluktan etnik eşitsizliklere kadar birçok temel konunun ele alındığı çalışma bu alandaki en kapsamlı inceleme olarak bilinmektedir.

İngilizce aslından Türkçe'ye kazandırılan bu eser sadece sağlık profesyonelleri veya sağlık politikası çalışanlarına değil, konu ile ilgilenen tüm kişilere hitap eden bir dil ve yaklaşıma sahip. Bu kitap ile sağlığın sosyal bilimlerle ortaklaştığı konulardaki Türkçe kaynak eksikliğinin giderilmesine katkı yapmaktan mutluyuz.

Prof. Dr. Zeki KILIÇASLAN

İNSEV
İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı
Yönetim Kurulu Başkanı

İÇİNDEKİLER

1 Giriş 13
Michael Marmot

2 Sosyal yapı, stres ve sağlık 18
Eric Brunner ve Michael Marmot

3 Erken yaşam 45
Michael Wadsworth ve Suzie Butterworth

4 Yaşam seyri, sosyal gradyan ve sağlık 72
David Blane

5 Sağlık ve emek piyasası dezavantajı: İşsizlik, iş yokluğu ve iş güvencesizliği 98
Mel Bartley, Jane Ferrie ve Scott M. Montgomery

6 Sağlık ve iş yerindeki psiko-sosyal ortam 119
Michael Marmot, Johannes Siegrist ve Tores Theorell

7 Ulaşım ve sağlık 154
Mark MacCarthy

8 Toplumsal destek ve toplumsal birlik 173
Stephen A. Stansfeld

9 Gıda politik bir meseledir 200
Aileen Robertson, Eric Brunner ve Aubrey Sheiham

10 Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar 226
Mary Shaw, Danny Dorling ve George Davey Smith

11 Kişisel sağlık davranışlarında sosyal kalıplanma: Sigara içme durumu 257
Martin J. Jarvis ve Jane Wardle

12 Sağlıktaki etnik/ırksal eşitsizliklerin sosyal belirlenimi 273
James Y. Nazroo ve David R. Williams

13 İleri yaşlarda sağlığın sosyal belirleyicileri 305
Anne McMunn, Elizabeth Breeze, Alissa Goodman, James Nazroo ve Zoe Oldfield

14 Mahalleler, konutlar ve sağlık 339
Mai Stafford ve Mark McCarthy

15 Sosyal belirleyiciler, cinsel davranış ve cinsel sağlık 362
Anne M. Johnson, Catherine H. Mercer ve Jackie A. Cassell

16 Biz ve başkaları – İyi günde, kötü günde: Sosyal savunmasızlık ve eşitsizlik 389
Richard G. Wilkinson

İndeks 409

Yazar Listesi

Mel Bartley
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

David Blane
Division of Epidemiology, Public Health and Primary Care, Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College, London, UK

Elizabeth Breeze
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Eric Brunner
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Suzie Butterworth
MRC National Survey of Health and Development,
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Jackie A. Cassell
Department of Primary Care and Population Sciences, University College London, London, UK

George Davey Smith
Department of Social Medicine, University of Bristol, Bristol, UK

Danny Dorling
Department of Geography, University of Sheffield, Sheffield, UK

Jane Ferrie
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Alissa Goodman
Institute of Fiscal Studies, London, UK

Martin J. Jarvis
ICRF Health Behaviour Unit,
Department of Epidemiology and Public Health,
University College London,
London, UK

Anne M. Johnson
Department of Primary Care and Population Sciences,
University College London,
London, UK

Michael Marmot
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Mark McCarthy
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Anne McMunn
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Catherine H. Mercer
Centre for Sexual Health and HIV Research, University College London, London, UK

Scott M. Montgomery
Clinical Epidemiology Unit, Department of Medicine, Karolinska Hospital, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

James Y. Nazroo
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Zoe Oldfield
Institute of Fiscal Studies, London, UK

Aileen Robertson
Suhr's University College, Copenhagen, Denmark

Mary Shaw
Department of Social Medicine, University of Bristol, Bristol, UK

Aubrey Sheiham
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Johannes Siegrist
Department of Medical Sociology, Medical Faculty, University of Duesseldorf, Duesseldorf, Germany

Mai Stafford
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Stephen A. Stansfeld
Centre for Psychiatry,
Barts and the London,
Queen Mary's School of Medicine and Dentistry,
London, UK

Tores Theorell
Division of Psychosocial Factors and Health,
Department of Public Health Science, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Michael Wadsworth
MRC National Survey of Health and Development,
Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Jane Wardle
ICRF Health Behaviour Unit, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, UK

Richard G. Wilkinson
Department of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham Medical School, Nottingham, UK

David R. Williams
Department of Sociology, Epidemiology, and The Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan, Michigan, USA

1. Bölüm

GİRİŞ

Michael Marmot

Bir İskoç şehri olan Glasgow'da, en yoksul bölgelerde yaşayan insanların yaşam beklentisi, en zengin olanlardan 12 yıl daha kısadır (NHS Health Scotland 2004). Bazı Amerikan şehirlerinde fark daha bile fazladır. Ülkeler arasında da, hatta Avrupa'da bile yaşam beklentisi farkları büyüktür. Rusya'da erkeklerin yaşam beklentisi 58,4 yıldır –İsveç ve İzlanda'dan tam 20 yıl daha kısa (WHO 2005). Bu gibi farklılıkların nedenlerini anlamak ve daha önemlisi, bunlar için birşeyler yapmak, sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmayı gerektirir.

Akademik araştırmalar 'sağlığın sosyal belirleyicilerini' anlama konusunda kayda değer bir gelişim göstermiştir. Ancak bu çalışmalar, ülkeler içinde ve arasındaki sağlık eşitisizliklerini giderme noktasında eyleme nasıl tercüme edilmelidir? DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Avrupa Bölgesel Ofisi'ndeki Kentsel Sağlık Merkezi'nin bize, Londra Üniversite Koleji'ndeki Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi'ne (International Centre for Health and Society at University College London) yaklaşımındaki neden tam da bu araştırmanın eyleme tercümesi konusunu geliştirmektir. Bizden, hem politika yapıcıları hem de halk için bir rehber olması amacıyla, sağlığın sosyal belirleyicilerini on mesajda özetlememiz istenmiştir. Bu kitapta temsil edilen Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi üyeleri, ilk kez *Katı Gerçekler (Solid Facts)* adıyla yayımlanmış on kısa mesaj geliştirmişlerdir (Wilkinson ve Marmot, 1998). Dikkate alınan önemli nokta, her mesajın kanıtlarla güçlü bir biçimde desteklenmiş olmasıdır. Bu kitabın ilk baskısı doğrudan bu sürecin sonucunda geliştirilmiştir. Kitaptaki her bir bölüm, ilgili araştırmanın, mesajın altında yatan kanıtları da veren bir özetini sunmaktadır.

Katı Gerçekler bir başarıydı. Yirmiden fazla Avrupa diline çevrilmiş ve pek çok ülkenin politik planlama süreçlerinde kullanılmıştır. Bu nedenle bizden yeni bir baskı hazırlamamız istenmiştir (Wilkinson ve Marmot, 2003). Güz 2003'deki ilk baskıdan 12 ay sonra, ikinci baskı web üzerinden 218.000 kez indirilmiştir. Bir okur kitlesine açıkça ulaşılmıştır. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*'nin ikinci baskısı, *Katı Gerçekler*'in ikinci baskısına dâhil edilen on gerçeği desteklemek için kanıtları güncellemektedir. Bunlara ek olarak, sağlıktaki etnik eşitsizlikler, ileri yaşlarda sağlık eşitsizlikleri, çevre, yerleşim ve sağlık, cinsel davranışlar, ayrıca cinsel yolla bulaşan infeksiyonlarda bulaşın sosyal belirleyicileri gibi yeni bölümler bulunmaktadır.

1.1 Sağlık gradyanı

Bakıldığında, İngiliz istatistikleri sağlığın sosyal bir eğilim izlediğini göstermiştir: Sosyal konum ne kadar yüksekse, sağlık o kadar iyileşir. Ben bu eğilimden ancak ilk Whitehall İngiliz devlet memurları çalışmasının verilerini analiz ederken haberdar oldum (Marmot ve ark. 1978). Sosyal gradyan ve gelişmiş ülkelerdeki birinci ölüm nedeni olan koroner kalp hastalıklarının en çok yüksek statüdekileri etkilediği inancı arasında dikkat çekici bir çatışma vardı. Görüş, zenginlerin hastalıkları (kalp hastalıkları ve kanser) ve yoksulların hastalıkları ayrımı olabileceği yönündeydi. Tüm nedenlere bağlı mortalite bu ikisinin dengesini yansıtıyordu. Bugün, bu bilginin doğru olmadığını iki nedenle biliyoruz. Birincisi, zengin ülkelerde, hastalıkların çoğu düşük konumdaki insanları yüksek konumdakilerden daha fazla etkiliyor. Bu anlamda, zenginliğin hastalıkları birkaç tanedir –meme kanseri düşük sosyal konum, yüksek risk kalıbında kayda değer bir istisna olagelmiştir. İkincisi, acı çeken sadece yoksul değildir. Whitehall çalışmaları, örneğin, yoksul olmayan devlet memurlarında, mevki ne kadar düşükse, ölüm nedenlerinin çoğu için riskin o kadar yüksek olduğunu göstermiştir.

Sağlıktaki bu sosyal gradyan olağanüstü yaygın bir fenomendir (Marmot 2004). Hem bilimsel soruları, hem de problemi çözmek için gerek duyulan politikaları değiştirir. Yoksulluk, değişik görünme biçimleriyle, kötü bir şeydir (Gordon ve Townsend, 2000). En çirkin etkilerinden biri de sağlık üzerinde olandır. Ancak sağlıktaki sosyal eğilim sadece yoksullukta olanlara indirgenemez. Gradyan toplumun üstünden altına doğru, sosyal hiyerarşide her basamak inildiğinde daha kötü sağlık standartları gösterecek şekilde işler. Ortalarda bir yerde olup, hali vakti yerinde insanlar bile kendi üzerindekilerden daha sağlıksız olma eğilimi gösterirler. Bu eğilimin nedenlerini anlamak için, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerdeki durumları –sağlığın sosyal belirleyicileri– incelemek zorundayız. Ancak bu kitap sadece sağlıktaki sosyal gradyan hakkında değildir. Sosyal gradyan, bize daha çok sağlığın sosyal ve ekonomik etmenlere nasıl duyarlı olduğunu göstermiş ve bu sayede bütün nüfusun sağlığını etkileyen belirleyicileri saptamamızı mümkün kılmıştır.

1.2 Nedenlerin nedenleri

Epidemiyolojinin önemli bir bölümü hastalıklardaki bireysel risk etkenlerini tanımlamayı amaçlar. Sigara içenler, hiç içmeyenlere oranla pek çok hastalık açısından daha yüksek risk altındadır; yükselmiş plazma kolesterol ya da kan basıncı, artan kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilidir; C reaktif protein gibi daha yeni risk etkenleri tanımlanmıştır ve bazıları bunların, belli yüksek riskli kişileri saptayarak, sonradan karşılaşılabilecek ve özel müdahaleye uygun hastalıkların belirlenmesine yönelik taramalarda kullanılmasının gerektiğini söylemektedir.

Bizim yöneldiğimiz yaklaşım farklıdır. Öncelikle, risk etkenleri arasında, davranışları biyolojik belirteçlerden ayırıyoruz. Kolesterol ya da kan basıncı gibi bir biyolojik belirteç, bu düzeyleri düşürecek bir tedavi, gelecek hastalığın riskini azaltıyorsa gerekli olabilir. Ancak bu biyolojik belirteçlerinin belirleyicilerini aramak, halk sağlığını geliştirecek etkili yollar bulmamıza yarıyorsa önemlidir. Bu durum –kolesterol ve kan basıncı örneklerinde– diyet, obezite ve alkolü dikkate almayı işaret eder. Halk sağlığı bakışı açısından, hastalığın nedeni olarak davranışı (beslenme alışkanlığı) düşünmek, nedeni plazma kolesterolü (beslenme alışkanlığının biyolojik etkisi) olarak etiketlendirmekten daha yararlıdır.

İkinci olarak, bu nedenlerin nedenlerini incelemek için daha da ileri gidiyoruz. İnsanların doymuş yağ ve tuz oranı yüksek diyetleri tüketmeleri bir kaza sonucu olmamaktadır. Bu durum gıda arzı yapısı, kültür, alım gücü, bulunabilirlik ve yanısıra diğer etkileri temsil etmektedir. Bunlar nedenlerin nedenleridir. Örneğin, sigara kullanımının erken hastalık ve ölüm nedeni olduğunu verili kabul edersek, sigara içmenin sosyal belirleyicilerini anlamak durumundayız. Özellikle, şu anda pek çok zengin ülkede sigara kullanımıyla ilgili bir sosyal gradyan vardır: Sosyoekonomik konum ne kadar düşükse, sigara içme oranı o kadar yüksektir.

Öyleyse, sosyal durumların sağlığı etkilediği yol, hastalık riski ile ilişkili olduğu bilinen davranışlar üzerinden geçer. Başka yollar da vardır.

1.3 **Psikososyal ve maddi koşullar**

İngiltere'de, tipik bir örnek kullanacak olursak, 20. yüzyılın başında çocuk mortalitesi 1000 canlı doğumda 100'den fazlaydı (Rowntree 2001). Yirmi birinci yüzyılın başında, 1000 canlı doğumda 5-6 kadardır. En yoksun gruplar arasında –tek ebeveyn olarak kayıtlı olan yalnız anneler– 1000 canlı doğumda 10'un altındadır. Maddi koşulların, 100/1000 olan çocuk ölümlerine nasıl katkıda bulunabildiğinin kavranmasında zorluk yoktur: Yüksek infeksiyon riskini beraberinde getiren kirli su, kalori eksikliği, düşük kalitede ya da hiç olmayan tıbbi bakım. Maddi yoksunlukların bu muazzam etkileri, neyse ki, dünyanın daha zengin ülkeleri için bugün çok ender durumlardır.

Sağlıktaki büyük sosyal eşitsizlikler hâlâ mevcuttur, fakat şimdi çoğunlukla yetişkin mortalitesindeki farklılıkların sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, örneğin, yoksun bölgelerdeki siyahi erkeklerin, zengin beyaz erkeklerden 20 yıl daha kısa yaşam beklentileri vardır. Bu yüksek mortaliteye en büyük katkı şiddet sonucu ölümler, HIV/AIDS ve kardiyovasküler hastalıklardır. Maddi koşullar kaynaklı yoksulluk, kısalmış yaşamların bu nedenlerine hazır bir biyolojik açıklama sağlamaz. Sosyal çevrenin sağlığı nasıl etkilediğine dair daha zengin bir anlayışa ihtiyacımız var. Maddi yoksunluklar; cinayet, riskli cinsel davranış ya da madde kullanımının nedeni olarak görülse

de, etkilerinin psikolojik nedenlerden kaynaklanması olasıdır. Daha açık ifade edersek, maddi koşulları soğuk, infeksiyonlar ve malnütrisyona maruziyet üzerinden hastalığa bağlayan yollarımız olmuştur. Son zamanlarda bunlara sigara kullanımı, diyet ve fiziksel aktivite gibi davranışlar eklenmiştir. Psikososyal yaklaşım, akut ve kronik stres üreten ve sonuçta biyolojiyi ve böylelikle fiziksel ve zihinsel rahatsızlıkları etkileyen öznel deneyim ve duyguların üzerinde durur. Psikososyal etmenler hakkında giderek gelişen anlayışımız, sosyal çevrenin sağlık üzerinde güçlü bir etkisi olabileceğinin yollarına işaret eder. Her üç tip yol da –maddi, davranışsal ve psikososyal– dikkate alınmalıdır.

1.4 **Politika önermeleri**

Katı gerçekler sosyal belirleyicilerle ilgili politika yapanları hedefleyen sonuçlarla yola çıkar. Buradaki amaç değişime öncülük etmekti. Bu kitap *Katı Gerçekler*'de özetlenen sonuçlara ulaştıran kanıtlarla yola çıkar. Çok değişik çalışmaların bulgularına dayanır. Bazıları sağlık ve hastalık örüntülerini ortaya çıktıkları anda görmek için prospektif yöntemler kullanmış ve verilerini bazen doğdukları andan itibaren on binlerce insandan on yıllarca sürede toplamıştır. Diğerleri kesitsel yöntemler kullanmış ve bireyler, semtler ve ülkeleri çalışmıştır. Bu kaynaklardan ve bazen "doğal deneyler" denen çalışmalardan elde edilen kanıtlar, müdahale çalışmalarının bulgularına eklemlenmiştir. Zaman zaman yorumlar diğer primat türleriyle ilgili çalışmalardan etkilenmiştir. Fakat, etkinlik ve güvenlik garantiyse, kesin önerilere götüren randomize kontrollü deneylerden elde edilen kanıtlar neredeydir diye sorulabilir. Yanıt, büyük ölçüde, yoktur. Önerileri destekleyen deneylerin yokluğu sosyal belirleyiciler alanına özel değildir. Halk sağlığında genel bir durumdur –olasılıkla istisnadan çok kuraldır. James Lind haklı olarak sıra dışı bir halk sağlığı figürü olarak tanınmıştır, çünkü 18. yy gibi erken bir dönemde turunçgillerin skorbütü tedavi ettiğini göstermek için kontrollü araştırmalar yapmıştır. Bunun aksine, John Snow'un 19. yy'da kontamine suların içilmesinin koleraya yol açtığı konusundaki kararlılığı, Broad Caddesi'ndeki pompa kolunun kaldırılması kontrolsüz deneyinden çok, dikkatli gözlemler ve mantığa dayalı bir analiz uygulamasına dayanmaktadır.

Çocukların çevresinin zenginleştirilmesiyle, daha iyi eğitimle, erişkinler için sosyal olarak destekleyici bir çevreyle, daha iyi psikososyal çalışma koşullarıyla, işsizlik yerine işle ve toplulukların altyapılarının iyileştirilmesiyle sağlığın geliştirileceği gibi kanıta dayalı yargılar deneyden çok gözleme dayanır. Öte yandan "önce zarar verme" gibi Hipokratik prensiplerin bu tür önerilerle onurlandırıldığını da iddia edebiliriz. Dahası, sadece sağlıkla sınırlanmayacak yararların olma eğilimi vardır. Yoksunluk ve zayıf eğitim performansı arasındaki ilişkiyi kırmaya yönelik çocukluk müdahalelerinin, Perry Okul Öncesi Projesi'nin uzun vadeli iz-

lenmesi sonunda, kayıtlı bireylerin suç ve işsizlik sorunlarına da olumlu etkileri olmuştur. Yüksek sosyal sermaye ve arkadaşlık, sağlık için yararlı olduklarını gösteren kanıtlar olmanın ötesinde, kendi içlerinde iyi bir şeydir. Toplu taşımaya erişimin artması sağlık için iyi olabilir; ayrıca çevreye de yararlı etkileri vardır. İşyerinde yönetime katılımın artması, sağlığın işyerinde kontrolü üzerindeki olumlu etkilerinden öte verimliliği artırabilir (Conyon ve Freeman 2001).

Katı Gerçekler ve bu kitabın açık amacı politika yapımıyla ilgili alanlarda daha hassas olmak için sağlığın sosyal belirleyicilerinin –sosyal çevrenin dikkatle analiz edilebilmesi için– tanımını vermektir. Bunun bir bilimsel araştırma alanı olması nedeniyle, sosyal çevrenin en önemli yönleriyle ilgili sorulara nihai yanıtlarımızın olduğunu hayal etmiyoruz. Yazarlar, öte yandan, ülkeler içi ve arasındaki hastalık hızı farklılıklarının epidemiyolojik gözlemlerine, hastalık hızları ve sosyal eşitsizliklerin hızlı zaman değişimine ve göçmenlerin hastalık hızlarının değişiminde sosyal çevrenin yaşamsal önemi olduğuna ikna olmuşlardır. İyi sosyal politika bu sosyal belirleyicileri dikkate alacak, aynı zamanda ileri araştırmalar bunların sağlıkla ilişkisel yapılarını aydınlatmada çok daha fazlasını yapacaktır. Evet, biz akademisyenler daha fazla araştırmaya gereksinimimiz var demekten zevk alırız. Ancak sahip olduğumuz bilgi temelinde daha fazla sosyal eyleme de gereksinimimiz var.

Kaynaklar

Conyon, M.J. and Freeman, R.B. (2001). Shared modes of compensation and firm performance: UK evidence. *NBER Working Paper* 8448.

Gordon, D. and Townsend, P (2000). *Breadline Europe: the measurement of poverty.* The Policy Press, Bristol.

Marmot, M. (2004). *Status syndrome.* Bloomsbury, London.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M., and Hamilton, P.J.S. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32, 244-9.

NHS Health Scotland. (2004). Public Health Institute for Scotland, www.phis.org.uk

Rowntree, B.S. (2001). Poverty: a study of town life (1901). In: *Poverty, inequality and health in Britain, 1800-2000: a reader* (ed. G. Davey Smith, G.D. Dorling, and M. Shaw). The Policy Press, Bristol.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (eds) (1998). *Social determinants of health: the solid facts.* World Health Organization, Copenhagen.

Wilkinson, R. and Marmot, M. (eds) (2003). *The solid facts* (2nd edn). World Health Organization, Copenhagen.

World Health Organization. (2005). The World Health Report 2005. World Health Organization, Geneva.

2. Bölüm

SOSYAL YAPI, STRES VE SAĞLIK

Eric Brunner ve Michael Marmot

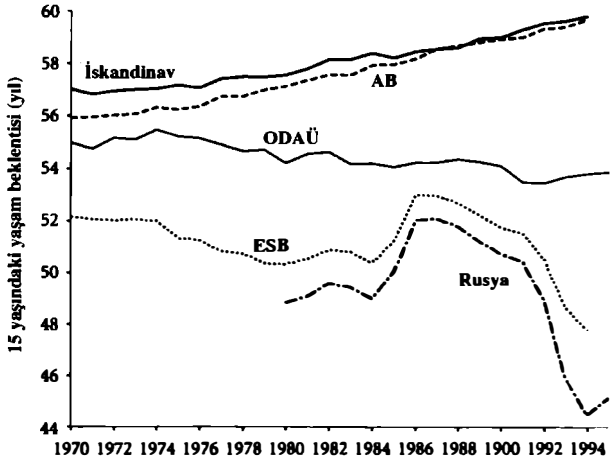
2.1 Giriş

Örnek olması bakımından iki büyük sağlık sorunu, sağlığın sosyal belirleyicilerini açıklamaktadır: Hastalıklardaki sosyal farklılıklar ve Batı Avrupa ülkeleri ile Orta ve Doğu Avrupa'dakiler arasında son 30 yılda yaşam beklentisinde meydana gelen çarpıcı farklılıklar. Burada tartıştığımız konu, Britanyalı kamu görevlilerinin incelendiği Whitehall çalışmalarında (Marmot ve ark. 1984, 1991) gözlemlenen sosyal farklılık ile ilişkili olarak, sosyal farklılığın, sosyal hiyerarşinin, yüksek mevkiden düşük mevkiye kadar boydan boya geçmesinde anlamlı bir role sahip olduğudur. En üst düzeydekilere kıyasla, ikinci düzey kamu çalışanlarının sağlığının daha kötü olması yalnızca mutlak mahrumiyetin etkileriyle uğraşmadığımızı göstermektedir. Daha doğrusu, hiyerarşideki konum önemlidir. Bu durum, mutlaktan çok göreceli mahrumiyet kavramını öne çıkarmaktadır. Bu da psiko-sosyal bir kavramdır. Bunun ne anlama gelebileceği bu kitabın diğer bölümlerinde (özellikle 6, 8 ve 16. bölümlerde) tartışılmıştır. Kişilerin hiyerarşinin neresinde olduğuna göre değişen yaşama ve çalışma koşullarının, psikolojik yolaklar üzerinden, sağlığı güçlü bir şekilde etkileyebilmesi mümkün müdür?

Benzer şekilde Orta ve Doğu Avrupa'dan elde edilen kanıtlar (Bobak ve Marmot 1996), mali güvensizlik ve çaresizlik de dâhil olmak üzere psiko-sosyal etkenlerin, daha ayrıcalıklı "Batı" ülkelerine kıyasla, bu ülkelerin sağlık düzeyinin daha kötü olmasında önemli bir rol oynadığı hipoteziyle uyumludur (bkz. Şekil 2.1). Acaba bu etkenlerin de büyük öneme sahip olması olanaklı mıdır ve eğer öyleyse hastalığa neden olma yönünde nasıl çalışmaktadırlar?

Bu bölüm biyolojik olabilirlik konusunu ele almaktadır (Brunner 1997). Aslında burada iki geniş konu bulunmaktadır. İlki, iş organizasyonunun, sosyal izolasyon derecesinin ve yaşam üzerinde denetim sahibi olma hissinin diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların gelişimini ve bunlar nedeniyle ölme olasılığını etkileyebilmesinin olabilirliği var mıdır? Cevap güçlü bir "evet"tir. Tartışacağımız gibi, çok çeşitli biyolojik yolaklar büyük hastalıklara yakalanma riskini olanaklı bir hale getirecek şekilde değiştirebilir. İkinci konu daha karmaşıktır –bu, biyolojik olabilirliği bulunan yolaklardan herhangi biri gerçekten işlev görmekte midir; hastalığa neden olabilirler mi sorusundan çok,

hastalığa neden olurlar mı? Buna dayalı kanıtlar yetersizdir ve konu güncel ve gelecekteki araştırmalar için önemlidir, ama sınanması için hipotezler ortaya çıkartması açısından yeterince fikir vericidir.



Şekil 2.1 AB, İskandinav ülkeleri, eski SSCB ülkeleri ve Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde yaşam beklentisi eğilimleri, 1970-95. Orta ve Doğu Avrupa'da merkezi planlı ekonomiden serbest piyasa ekonomisine geçiş döneminde sosyal yapının sağlık üzerine güçlü etkisi görülmektedir. (ODAÜ: Orta ve Doğu Avrupa Ülkeleri; AB: Avrupa Birliği; ESB: Eski Sovyetler Birliği.) (Kaynak: DSÖ Herkes İçin Sağlık Verileri)

Biyolojik olabilirlik konusu, elbette ki bu kitapta gözlenen ilişki çeşitlerinin nedensellik gösterip göstermediği tartışmasına katkıda bulunması bakımından önemlidir. Bir örnek vermek gerekirse; düşük sosyo-ekonomik düzey sağlığın bozulmasına mı neden oluyor, yoksa sağlığın bozulması mı düşük sosyo-ekonomik düzeye neden oluyor? Bu durum sağlık seleksiyonu, ters nedensellik ya da ekonomistler açısından endojenlik gibi türlü şekillerde tanımlanmıştır. Bu soruya yönelik bir yaklaşım belirlemek için çalışma tasarlamanın ya da veri çözümlemenin çeşitli yolları vardır. Bir katkı da sosyo-ekonomik düzeyin sağlığı nasıl etkileyebileceğinin olabilirliği bulunan bir modelini düzenlemek ve sonra modelin çeşitli evrelerini sınamaktır. Modelin bir kısmı, çevredeki etkenlerin, merkezi sinir sitemi aracılığıyla biyolojiye nasıl etki edip sağlığın bozulmasına neden olabileceğini açıklamaktadır.

2.2 Kişisel olan ve toplumsal olan

Geçmişte stres ve sağlık hakkındaki tartışmalar, stresi bireylerin özelliği olarak görmüştür. Bu durum, bir kişi için stres olanın başka bir kişi için uyaran olduğu görüşüne yol açmıştır. Bizim yaklaşımımız farklıdır. Biz, bireyin biyolojik

yanıtını, üzerine etki etmekte olan sosyal çevre ile ilişkilendirmekteyiz. Yanıt, açık bir şekilde geçmiş deneyimlerden ve belki genetik bileşimden etkilenmiş olacaktır, ancak yanıtın yeterli derecede tutarlı oluşu, sosyal çevrenin hastalığa yol açmak üzere biyolojiye nasıl etki ettiğini anlama çabasının doğru bir yaklaşım olduğunu düşündürmektedir.

Selye'nin yaklaşımı organizmanın yanıtını "stres" olarak adlandırır (Selye 1956). Diğerleri ise bir mühendislik analojisi kullanmıştır; buna göre dış talepler stres verici olarak değerlendirilir ve biyolojik yanıtın (öznenin esnekliğine bağlı olarak) istenmeyen sonuçları olabilir veya olmayabilir. Net olarak bilinen şey, savaş ya da kaç yanıtının fizyolojisidir. Kurulması daha zor olan bağlantı ise savaş ya da kaç yanıtının kronik stresle ve sonrasında hastalıkla ilişkisidir. Sapolsky tarafından detaylandırılan model, savaş ya da kaç yanıtının akut streste adaptasyon sağladığı, ancak bugünün kentsel ortamında kronik strese karşı bozulmuş bir adaptasyon yanıtına yol açabileceğidir (Sapolsky 1993). Bundan dolayı, örneğin, daha yüksek maddi yaşam standartlarına sahip olmalarına rağmen Harlem'de yaşayan Afrikalı-Amerikalı erkeklerin ortalama yaşam süresi, Bangladeş'teki erkeklerden kısadır.

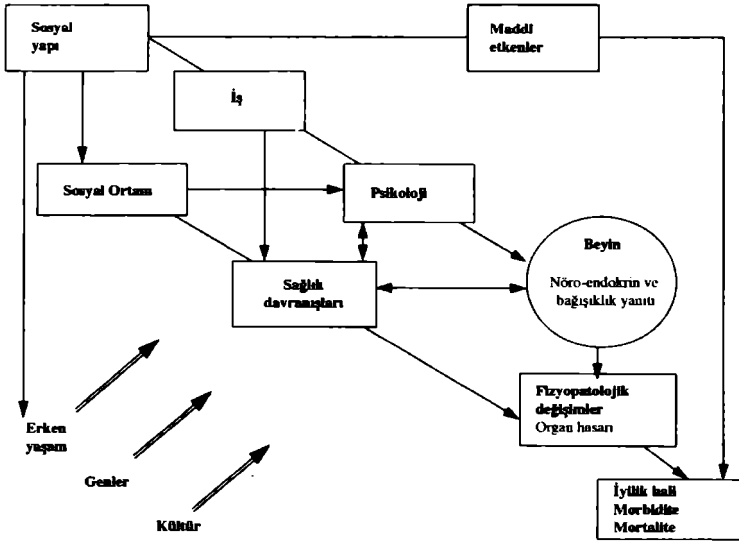
Psiko-sosyal etkenler ve bunların sağlık üzerine etkileri aktif araştırma alanlarıdır (Brunner ve ark. 2004). Artık bu alanın, hem ekonomik olarak gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığının geliştirilmesiyle ilgilenenler için önemli olduğunu ileri sürmeye yetecek kadar kanıt bulunmaktadır. Psiko-sosyal etkenler ile sağlık arasında bağlantı kuran biyolojik olabilirliği bulunan mekanizmalar bu bölümün ilk yarısında açıklanmaktadır. Daha sonra, sosyal yapının biyolojimizi ve böylece bireylerin ve toplumların sağlığını etkileyebilecek yolakları açıklamak için, hem insan hem de hayvan literatüründen kanıtlar gözden geçirilecektir.

2.3 Sosyal bağlamda biyolojik yolaklar

Biyolojik süreçler de sosyal yapı ve sağlık arasındaki bağlantının parçası olmalıdır. Ancak, belki sağlıktan bile daha fazla, biyoloji, sosyal bir özellikten çok bireysel olarak düşünülmektedir. Bireylerin biyolojilerinde bir rahatsızlık gelişir, bireyler hasta olur ve böylece doktora giderler. Doktor, enfeksiyon hastalığı salgını olan ya da bir aşı programına başlanan zamanlar ve benzeri durumların dışında bireyleri tedavi eder. Sağlık belirleyicilerinin bireysel ve klinik görünüşü yaşamsal önemdedir. Bu, tıp eğitimi ve biyomedikal bilimin temelinde yatar ve hastalığın tedavisi, iyileşmesi ve düzelmesi için bir çerçeve oluşturur.

İyileşmeden çok koruma üzerine vurgu yapan bir halk sağlığı bakış açısı sağlamak için bu kavramsal çerçeveyi genişletebiliriz. Şekil 2.2, bireysel özellikler kadar, bireysel seviyenin ötesindeki etkenlerin de genel olarak kabul gördüğü bir

çerçeve örneğidir. Böylece sosyal yapı (şeklin sol üstü), iyilik halini ve sağlığı (sağ alt) etkiler. Sosyal yapının etkileri üç ana yolla işler. Maddi koşullar sağlıkla doğrudan ve ayrıca sosyal ortam ve iş ortamı üzerinden ilişkilidir. Bunlar da sırasıyla, psikolojik etkenleri ve sağlıkla ilişkili davranışları şekillendirir. Erken yaşam dönemlerindeki deneyimler, kültürel ve genetik etkenler de sağlık üzerine etki ederler. Şekil 2.2 bir genellemedir. Kanıt var olduktan sonra her hastalık sınıfı için özel bir şekil çizilebilirdi. Dahası, sağlık üzerine etki eden etkenlerin dengesi, ele alınan topluluğun coğrafi konumuna ve tarihi koşullarına bağlıdır. Örneğin, koroner kalp hastalığı Güney Avrupa'ya kıyasla kıtanın kuzeyinde belirgin şekilde daha sıktır ve Birleşik Krallık'ta ve Fransa'da benzer kuzey-güney farklılıkları vardır. Ancak belirtilmelidir ki güneş ışığı eksikliğinin ya da kuzey enlemlerinin, tek başına kalp hastalığı için risk etkenleri olduğunu gösteren bir kanıt yoktur.



Şekil 2.2 Sağlığın sosyal belirleyicileri. Model sosyal yapı ile sağlık ve hastalık arasında maddi, psiko-sosyal ve davranışsal yolaklar üzerinden bağ kurmaktadır. Genetik, erken yaşam ve kültürel etkenler de toplum sağlığında önemli etkilerdir.

Şekil 2.2'nin sol tarafı, sağlığın belirleyicileri resmimizin içine sosyal nedenleri de ekler. Halk sağlığı politikalarının gözden geçirilmesi sırasında (Blane ve ark. 1996), süreç içi işlev gören etkenler tekrar gündeme gelmiştir ve bunlar arasında; sosyal ve kültürel ortam ve çalışma düzeni yer almaktadır. Bu durum, kısmen, 1960'lar ve 1980'ler arasında alana hâkim olan eğitimle davranış değişimi modelinin zayıflığına yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Şekil 2.2'nin sağına doğru ilerlerken psikolojik ve biyolojik boyutlarla karşılaşırız. Bu süreç sonrası etken-

ler, hastalığın yaklaşık nedenleridir ve tıbbi ilginin ana odağı olma eğilimindedirler. Bunlar, sosyal konumdan bireylerin iyilik hali ya da hastalığına kadar uzanan yolda ara etkenlerdir. Başka bir anlatımla, sosyal yapının toplum sağlığı üzerindeki etkilerinin psikolojik ve biyolojik süreçler aracılığıyla gerçekleştirildiği konusunda şüphe yoktur. Girişte ana hatlarıyla belirtilmiş olan iki önemli sorudan ilki, rol oynayan süreçlerin neler olduğudur ve ikincisi, stres yolaklarının olabilirliği kabul edilirse sigara içiciliği, egzersiz ve beslenme alışkanlığı gibi etkenleri merkezi bir konuma yerleştiren davranışsal açıklamalara kıyasla "stres biyolojisi"nin öneminin ne olduğudur.

Olabilirlik konusu aşağıda örneklerle açıklanarak cevaplanmıştır. Okuyucu, sağlıkla ilişkili davranışlardan bağımsız olarak işlev gören doğrudan stres yolaklarının halk sağlığı açısından önemi ile ilgili başlangıçta şüpheci olsa bile, sigara içiciliği gibi sağlığa zarar veren alışkanlıkların sosyal şekli, psikolojik ve biyolojik süreçlerin, en azından dolaylı olarak, toplumların içindeki ve arasındaki sağlık farklılıklarının anlaşılmasında önemli olduğunu düşündürtmektedir.

2.3.1 Savaş ya da kaç yanıtı

İnsanlar dışsal, potansiyel olarak öldürücü ama kısa süreli tehditlerle mücadelede, hızla karşı koymak üzere evrimleşmiştir. Bu tür tehlikeler fiziksel, psikolojik ya da biyolojik olabilir ve sıklıkla üçünün bir bileşimidir. Fizyolojik bir bakış açısıyla, savaş ya da kaç yanıtı erkek, kadın, fare ya da aslan, tüm memelilerde benzerdir. Duyusal bilgi, beyni ve vücudu tehlikeye karşı yanıt vermek üzere hazırlayan bir dizi sinir ve hormon sinyalinin tetikleyicisidir. Ortaya çıkan fizyolojik değişimler, fiziksel yaralanma ya da avcı saldırısı karşısında hayatta kalmada anahtar rolü oynayabilir. Fare için, özellikle de aslan için böyle stres vericiler kısa ve oldukça alışılmadıktır ve vücudun iç ortamında bunlara eşlik eden bozulmalar da benzer şekilde alışılmadık olaylardır. İnsanlar için çağdaş ortam tamamen farklıdır. Kıyaslanacak olursa fiziksel ve biyolojik tehlikeler nadir görülür, ama bunun yerine yaşam, savaş ya da kaç yanıtını çok fazla ve çok sık uyarabilecek psikolojik talepler ve mücadelelerle doludur.

Savaş ya da kaç yanıtının mekanizması, bir dizi metabolik ve fizyolojik değişimi birlikte düzenleyen iki ana yolağı içerir. Bunlar, sinir sisteminin bölümlerine ve birkaç hormonal ya da endokrin ara maddeye dayandığı için toplu olarak nöro-endokrin yolaklar olarak bilinirler. İkisi de tehlikenin algılandığı, değerlendirildiği ve sonuç olarak sinyalin başlatıldığı yer olan beyinden kaynaklanan sinyal yolaklarıdır. İlk yolak, otonom sinir sisteminin sempatik bölümünü (parasempatiğin aksine) kullanarak çok hızlı eyleme geçer. Bu yolaktaki hormonal ürünler, sinir uçlarında salınan noradrenalin ve adrenal bezlerin medullasından (ya da orta kısmından) kan dolaşımına salgılanan adrenalindir. Bu sistem sempato-adrenal

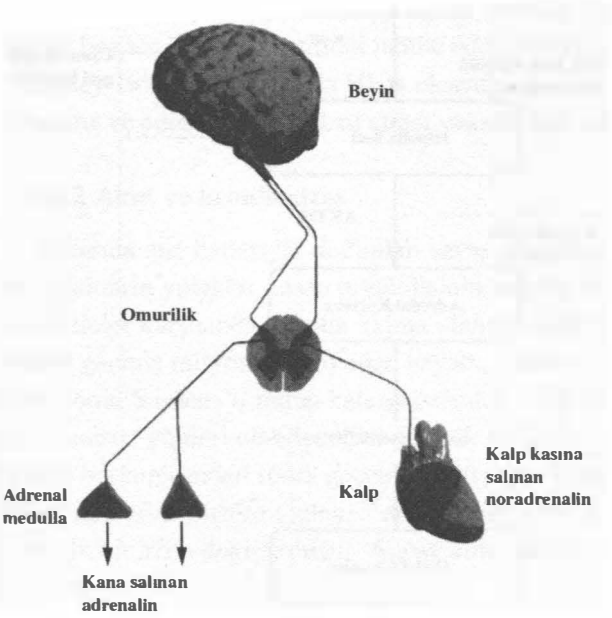
yolaktır. Bunun gibi istemsiz yanıtın etkilerinden biri hepimizce bilinmektedir –ani bir şoka yanıt olarak barsaklarımızda hissettiğimiz hoş olmayan bir sıkışma. İkinci yolak, milisaniyeler yerine dakikalar ve saatler içinde devreye girer. Ana elemanları hormon salgılayan üç bezdir (sırasıyla beynin içinde ve tam altında bulunan hipotalamus, hipofiz ve böbreklerin üzerinde bulunan adrenal bezler) –zaten ikinci yolağın adı hipotalamo-hipofizer-adrenal eksendir. Adrenal bezler, diğer steroid hormonlar yanında önemli bir hormonu, kortizolü salgılarlar.

Sempato-adrenal yolak

Sempatik sinir uçlarından noradrenalinin ve adrenal medulladan adrenalinin, neredeyse bir anda salınması, tüm vücutta yanıtların uyarılmasına yol açar (Tablo 2.1).

Tablo 2.1 Savaş ya da kaç yanıtında dolaşımdaki adrenalinin ve sempatik sinir aktivitesinin etkileri

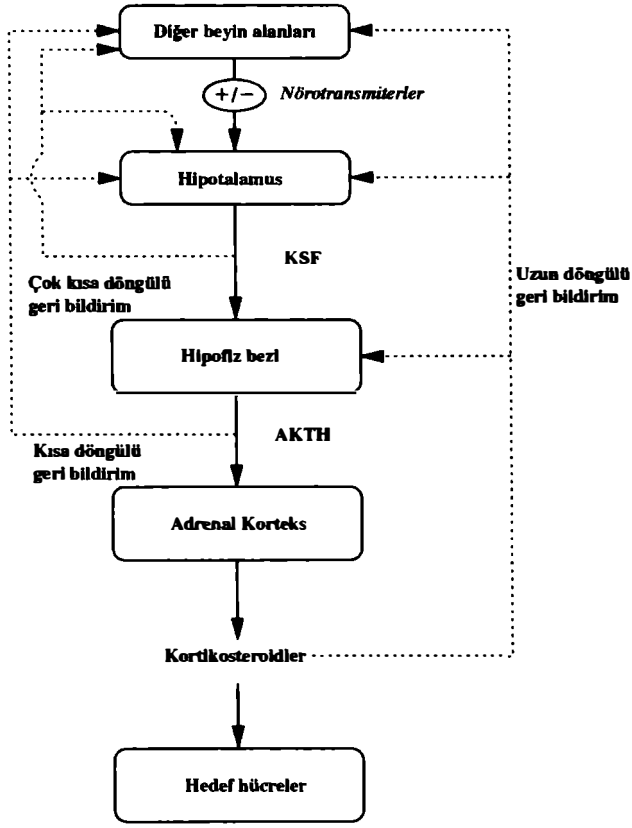
- Kalp hızını artırmak
- Metabolik hızı artırmak
- Kan basıncını artırmak
- Duyusal uyanıklığı artırmak
- Göz bebeklerini genişletmek
- Solunum yolunu genişletmek
- Cilt ve sindirim sistemi damarlarını kasmak
- İskelet kaslarındaki damarları genişletmek
- Tükrük salgısını azaltmak
- Ter salgısını artırmak



Şekil 2.3 Sempato-adrenal yolak ve kalp. Kalp hızı sempatik sinir uyarılarından doğrudan, dolaşımdaki adrenalin düzeyinden dolaylı olarak etkilenir.

Etkiler, çeşitli derecelerde olmak üzere, hedef organlardaki sempatik sinirlerin varlığına ve adrenalinin dolaşıma salgılanmasındaki artışa bağlıdır. Önemli bir hedef organ, otonom sinir sisteminin sinirleri tarafından doğrudan ve kandaki adrenalin düzeyiyle dolaylı olarak kontrol edilen kalptir (Şekil 2.3). Sempato-adrenal aktivasyonun akıl ve vücut üzerine toplu etkileri sindirim ve büyüme gibi acil hayatta kalma amacıyla ilgili olmayan işlevlerin inhibisyonu, psikolojik uyarılma ve enerji mobilizasyonudur. Aktivasyonun tam niteliği stres vericiye ve süresine göre değişir, ama esas işlevi fiziksel çabaya hazırlanmak ya da onu sürdürmektir. Sempato-adrenal yolak hızla kapatılabilir. Yarı ömrü yalnızca birkaç dakika olduğu için dolaşımdaki adrenalin bile kısa süreli etkilere sahiptir.

Yanıtların boyutu ve süresi konusunda, bireyler arasında geniş bir çeşitlilik olduğunu gösteren birçok kanıt vardır. Bu çeşitlilik, psikolojik başa çıkma kaynakları açısından kısmen yapısal kısmen de sosyal ve bireysel farklılıklara bağlı görünmektedir. Bu çeşitliliğin kronik hastalık gelişimi üzerine etkisi ise belirsizdir.



Şekil 2.4 Hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen. Şekil, beyindeki uyarıların vücudun diğer kısımlarındaki metabolik işlevleri ve bağışıklık işlevlerini nasıl etkilediğini gösteriyor. Kesik çizgiler, adrenal korteksten kortizol ve diğer kortikosteroidlerin salınımını düzenleyen geri bildirim kontrollerini göstermektedir. (KSF: kortikotropin serbestleştirici faktör, AKTH: adrenokortikotropik hormon.) (Brown 1994'ten yeniden çizilmiştir.)

Hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen

İkinci olarak sözü edilen hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen, stres yanıtının yavaş bileşenidir (HHA). Bu yolak, adrenal bezlerden kan dolaşımına kortizol salınımıyla sonuçlanır (Şekil 2.4). Hormonal zincir, beyinde kortikotropin serbestleştirici faktörün (KSF), onu hipotalamustan birkaç milimetre ötedeki hipofiz bezine taşıyacak olan küçük damarlara salgılanmasıyla başlar. Burada da özelleşmiş hücreler, KSF varlığında ikinci bir hormonu, adrenokortikotropik hormonu (AKTH), dolaşıma salarak yanıt verirler. Birkaç dakika içinde adrenal kortekstеki AKTH düzeyi, kortizol salınımını uyarmaya yetecek kadar yükselmiş olur. Şekil 2.4'ün gösterdiği gibi, HHA ekseninin aktivitesini düzenleyen birkaç geri bildirim döngüsü vardır. Üç hormonun her birini kapsayan bir kontrol sistemi, günlük yaşamda ve stres durumlarında dolaşımdaki kortizol düzeyinin ayarlanması için duyarlı bir mekanizma şeklinde işlev görür.

Kortizol ve ilişkili diğer glukokortikoid hormonlar hem metabolik hem psikolojik etkilere sahiptir. Dinlenme ve stresle ilişkili metabolik işlevlerin kontrolü ve sürdürülmesinde çok önemli bir rol oynarlar. İnsülin antagonisti olarak kan şekerini yükseltir ve yağ dokularından yağ asidi salınımını artırarak enerji kaynaklarını mobilize ederler. Bu durum, tehlike anında istenen bir etkidir, ama fiziksel olarak aktif olmayan bir durumda enerjinin gereğinden fazla kullanıma hazır bulunması, kolesterol taşıyan parçacıkların karaciğerden kana çıkışını artırma eğilimindedir. Beyin de kısa sürede uyanıklığı artıran glukokortikoidler için hedeftir. Ancak kortizolün, Cushing sendromunda olduğu gibi, uzun süre yüksek düzeyde kalması depresyona ya da paranoyaya neden olabilir. Depresyondaki bazı hastalar adrenal bezden kortizol üretimini inhibe eden bir ilaca, metirapona yanıt verirken (Checkley 1996), başkalarında HHA eksenin işlevindeki değişimler ilacın etkisini bastırır ve adrenalden kortizol çıkışı yüksek düzeyde devam eder.

2.3.2 Akut ve kronik stres

Yukarıda ana hatlarıyla değinilen savaş ya da kaç yanıtını meydana getiren nöro-endokrin yolaklar, insan biyolojisinin değerli özellikleridir, çünkü çevresel mücadeleler karşısında hayatta kalma olanağı sağlarlar. Evrimsel bir bakış açısından, geçmiş milyon yıl boyunca hayatta kalmaya yaramış ve bu yüzden modern Homo Sapiens'e miras kalan sistemlerin günümüz şehir sakininin sağlığı için olumsuz yönleri olabileceğini görmek kolaydır. Maddi ve toplumsal ortam, tarımın başlamasından sonra geçen 10.000 yılda tanınmayacak kadar değişmiştir ve son 200 yılda birbirini izleyen endüstriyel gelişim dalgaları, yaşam koşullarını büyük bir hızla değiştirmiştir. Ancak altta yatan biyolojimiz eski Babil'dekiyle aynıdır.

Öyleyse harap bir sosyal konut bölgesinde sosyal izolasyon içinde yaşamanın etkisi nedir? Ya da işsiz ve özsaygısı az olan bir anne babayla büyümenin etkisi? Ya da yüksek gelirli yöneticilerle çevrili düşük gelirli bir ofis çalışanı olmanın etkisi? İleri derecede sanayileşmiş ülkelerde, böyle kişiler, genellikle yetecek kadar maddi olanağa, yiyecek ve temiz suya sahip olacaktır. Ancak mali zorluklar, sosyal desteğin olmaması ve monoton bir iş günlük yaşamın birer özelliği olarak düşük düzeyde psiko-sosyal stres üretebilir. Modern toplumlar, ölümcül enfeksiyon hastalıkları riskinden büyük oranda korunmuştur, ama on yıllar boyunca savaş ya da kaç yanıtını tekrar ve sık olarak uyarabilecek hafif maruziyetlerden korunamamıştır. Sosyal hiyerarşinin başlangıcına doğru gidildikçe artan diyabet ve kardiyovasküler hastalık riski bu yoruma çok iyi uymaktadır.

Bu yorum, yoksulluğun azaltılması ve sosyal reform yerine stres danışmanlığını savunmak değildir. Amaç, "stres"in daha çok üst düzey idareciler, borsacılar, kurumsal ve kamusal sorumluluğu olanlar için baskın bir sağlık riski olduğu şeklindeki genel ve yanlış bir kanıyı gidermektir. Böyle bağlamlarda akut stres, sıklıkla heyecan verici, uyarıcı ve sonrasında duygusal ve entelektüel olarak doyurucu olabilen mücadeleler sunar. Siegrist ve grubunun göstermiş olduğu gibi, yüksek ödül ile bağlantılı yüksek emek genellikle sağlığı geliştiricidir (Siegrist 1996). Aksine sağlığın bozulması; psikolojik taleplere uzun süre maruziyet ve bu zamanlarda durumu kontrol edebilme olasılıklarının sınırlı olarak algılanması ve ödül şansının düşük olması ile ilişkilidir (Bosma ve ark. 1997). Savaş ya da kaç yanıtının bu şekilde tekrarlanan aktivasyonu kronik hastalık gelişimi ile nasıl bir ilişkili içinde olabilir?

2.3.3 Stres tepkisinin sınırları

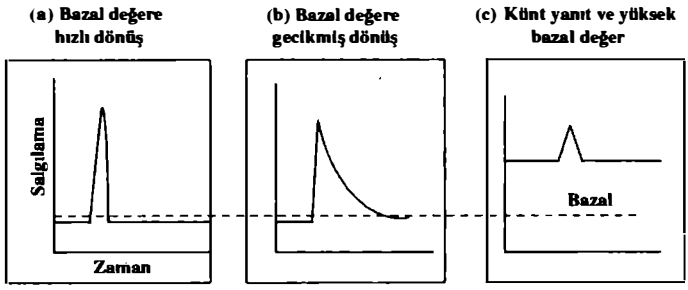
Hayvan fizyolojisinin bir prensibi, organizmanın başarılı şekilde yaşaması için kararlı bir iç ortama gereksinim duyduğudur. Claude Bernard, bunun doğru olduğunu neredeyse 150 yıl önce, yazdığı şu cümleyle görmüştü: "La fixité du milieu intérieur est la condition de la vie libre."[1] Sabit sıcaklık, karbon dioksit konsantrasyonu ve ozmotik basınç; hücrelerin, dokuların ve organların iyilik hali için, yani tüm organizmanın bütünlüğü için mutlaka gereklidir. Aynı zamanda kan şekeri, diğer dolaşan besinler ile atık ürünler, kan basıncı ve kalp hızı ayrı bir şekilde kontrol edilir, ama kontrol sınırları daha geniştir. Bu etkenlerdeki değişkenlik yaşamın bir gerçeğidir ve (homeostaz adı verilen) sabit bir iç ortamın sürdürülmesi, fizyolojik kararlılık gereksinimine karşı gerekli değişkenliği dengelemek ile ilgilidir (Canon 1929). Bu işlev için karmaşık ve birbirine bağlı pozitif ve negatif geri bildirim mekanizmalarına dayanan nöro-endokrin düzenleme esastır.

[1] İç ortamın sabitliği özgür yaşamın koşuludur.

Psikolojik taleplere verilen biyolojik yanıtın doğası ve boyutu, sağlığı birkaç şekilde etkileyebilir. Özel bir yanıt tipi, hastalık için doğrudan sorumlu olabilir veya nezle ve grip gibi bazı hastalıklara eğilimi artırabilir. Tepkinin şekli, kalp krizi gibi akut olaylar için tetikleyici görev görerek mevcut hastalık süreçlerini bozabilir.

Yaşam olayları gibi stres vericilerin, diyabet ve romatoid artrit de dâhil olmak üzere mevcut tıbbi sorunlar üzerine bozucu etkisi olduğunu ve duygusal travma ile miyokardiyal infarktüsün kolaylaştığını gösteren güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Sürekli yüksek bir kan basıncı tepkisi, hipertansiyon için olası bir neden olarak görülebilir, ancak hastalığa yakalananlardaki yükselmiş kan basıncı yanıtlarının, hasta olmayanlara kıyasla daha sık olduğunu kanıtlamanın zor olduğu anlaşılmıştır.

Kan basıncının, bazal değerinden ayrılıp geri döndüğü yolaklar düşünülerek, bu bulgular için bir açıklama bulunabilir. Şekil 2.5, kan basıncına olduğu kadar adrenalin, kortizol ve diğer stres hormonlarına da uygulanabilecek üç çeşit tepki şekli göstermektedir. Zaman yatay eksendedir; adrenalin ve kan basıncı için dakikalarla, kortizol için saatlerle ölçülmektedir. Kan basıncı düzeyi (ya da hormon konsantrasyonu) dikey eksendedir. Şekil 2.5(a)'da, uyarı başlangıç değere dönüşü hızlı olan sivri bir yanıt oluşturmaktadır; Şekil 2.5(b)'de, ilk yanıt benzerdir ancak başlangıç değere dönüş gecikmiştir ve dinlenme düzeyinden ayrılma uzamıştır; Şekil 2.5(c)'de, künt bir yanıt ve yükselmiş bir başlangıç değeri görülmektedir. Düşük bir başlangıç düzeyinde künt yanıt gibi başka başlangıç değeri ve uyarılmış düzeylerin birleşimleri de ayrıca elde edilebilir. Her fizyolojik sistem için en uygun tepki şekli farklı olabilir.



Şekil 2.5 Stres tepkisi şekilleri. Nöro-endokrin ve metabolik tepkinin ideal hale getirilmiş temsilleri: (a) bazal değere hızlı dönüş: tepki duyarlı ve esnektir; (b) bazal değere gecikmiş dönüş: tepki duyarlı ve yavaş geri dönüşlüdür; (c) künt yanıtlı yükselmiş bazal değer: zayıf tepki ve anormal dinlenme düzeyi.

Psikolojik mücadele için kan basıncı yanıtında, başlangıç değere dönüş, Şekil 2.5(a)'daki gibi hızlı olursa büyük bir tepki zararlı olmayabilir. Ancak, eğer böyle bir yanıt çok sık uyarılırsa tepki, Şekil 2.5(b)'deki ya da (c)'deki gibi bir

biçimde olabilir ve kan basıncı yükselebilir. Bu örnek, nöro-endokrin sistemlerdeki geri bildirim kontrollerinin, çevresel etkenlerle yeni bir düzey oluşturacak şekilde, nasıl tekrar ayarlanabileceğini göstermektedir (Steptoe ve Marmot 2002; Steptoe ve ark. 2002).

Allostatik yük hipotezi (McEwen 1998), psiko-sosyal ortam ile fiziksel hastalık arasında nöro-endokrin yolaklar üzerinden bağlantı kurar. Allostatik yük ya da stres nedenli hasar ile kardiyovasküler hastalık, kanser, enfeksiyon ve bilişsel gerileme arasında ilişki olduğu düşünülmektedir ve hızlı yaşlanmanın bir bulgusu olarak tanımlanmıştır. Allostaz kavramı –kararlı duruma değişim sonrasında ulaşma yeteneği– hastalığa yol açan süreçleri de kapsayacak şekilde homeostaz fikrini genişletir. Dışsal ve içsel strese adaptasyonun maliyeti organizmada yıpranmadır; yani allostatik sistemlerin, allostatik yük oluşturmada kronik olarak aşırı ya da yetersiz tepkisidir. Örneğin, kan şekerini kontrol eden fizyolojik sistem diyabete doğru itilebilir. Allostatik yük, kesitsel bir çalışmada, yaşlı Amerikalılar üzerinde (Seeman ve ark. 1997) araştırılmıştır ve bu araştırmada belirlenmiş beş kalp-damar hastalığı risk faktörü, ek olarak da üriner adrenalin ve kortizol ve serum dehidroepiandrosteron sülfat (adrenal bir androjen) ölçüm değerleri tanımlanmıştır. Düşük başlangıç değerde allostatik yük skorları olan deneklerin fiziksel ve zihinsel işlevleri daha iyi durumdaydı. İzlem süresi boyunca aynı grubun işlev kaybı daha düşük ve kalp-damar hastalığı geliştirme olasılıkları daha az olarak değerlendirilmiştir.

Stres tepkisinin bu bölümdeki genel tanımı, aynı uyarıya yanıtta homeostazı tehlikeye atan veya atmayan bireysel ve sosyal farklılıklar ile ilgili birçok soruya yol açar. Bu konu, bu bölümün daha sonraki kısımlarında ele alınacaktır.

2.3.4 Pıhtılaşma sistemi

Kan akımı; gazların, besinlerin ve atık maddelerin dokulara taşınmasında ve dokulardan uzaklaştırılmasında yaşamsal önem taşır. Fiziksel yaralanmanın büyük miktarda kan kaybıyla sonuçlanmaması da çok önemlidir ve pıhtılaşma sistemi (hemostatik sistem), bu faciayı önlemek için gerekli mekanizmayı meydana getirir. Bu sistemin çeşitli tetikleyicilere karşı duyarlılığı, kalp hastalığında önem taşıyan bir stres yolağının olabileceğini göstermektedir.

Kanın sıvı halden katı hale değişimi, bir düzineden fazla kan proteininin görev aldığı bir dizi kimyasal tepkimeyi içerir. İlk protein aktive olunca ikinci bir proteini aktive eder ve süreç bu şekilde devam eder. Bu zincirin sonunda, trombin molekülü, fibrinojenin fibrine parçalanmasını katalizler. Böylece, oluşturulan fibrin molekülleri iç içe geçen iplikçikler oluşturur, kırmızı kan hücrelerini ve trombositleri yakalar ve hızla bir kan pıhtısı oluşur. Hemostatik sistemin ciddi bozuklukları yaşamı tehdit eder; örneğin, hemofilide yaralanma sonrası kan

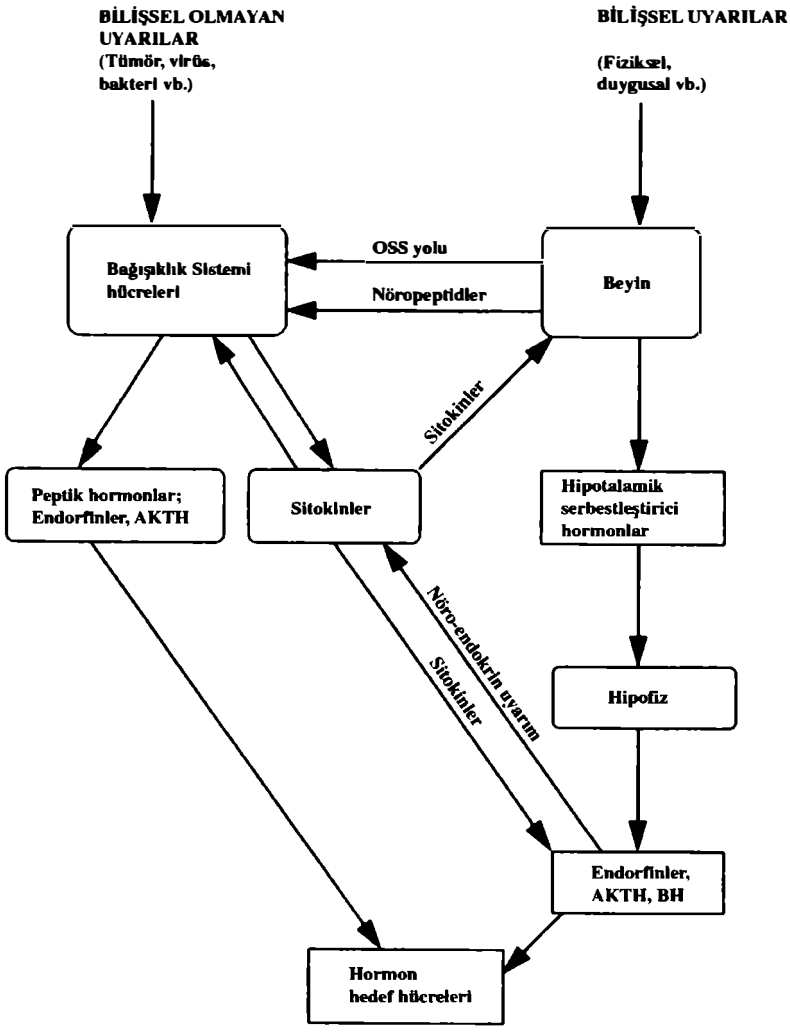
kaybı, kusurlu bir pıhtılaşma mekanizmasından kaynaklanır. Yaralanma yokken bile kanın pıhtılaşma eğilimindeki artış çok tehlikelidir ve yatkınlığı olan kişilerde hormonlar tarafından –doğum kontrol haplarında olduğu gibi– uyarılabilir.

Diğer fizyolojik sistemler gibi, pıhtılaşma sistemi de çevresel stres vericilerden etkilenir. Dolaşımda artmış adrenalin ve trombositlerde artmış "yapışkanlık" aracılığıyla savaş ya da kaç yanıtı meydana gelir. Kan, aynı anda hem daha konsantre hem de daha visköz olma eğilimi gösterir ve stresle ilişkili hormonlar karaciğerden fibrinojen çıkışını artırabilirler. On yıllar içinde, böyle küçük değişimlerin atardamarlarda plakların oluşumuna katkıda bulunabileceği ve böylece kalp hastalığı ve inme riskini artırabileceği gibi bir durumun olabilirliği bulunmaktadır (Vrijikotte ve ark. 1999; von Kanel ve ark. 2001).

2.3.5 Enfeksiyon, enflamasyon ve bağışıklık

Enfeksiyon hastalıkları, gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş ülkelerde de özellikle yoksul gruplar arasında sağlığın bozulmasına katkıda bulunmaya devam etmektedir. Barınma, sanitasyon, aşılama ve diğer enfeksiyon hastalıkları kontrol programları, bu halk sağlığı yükünün azaltılmasında çok önemlidir. Yakın zamanlarda yapılan araştırmalar enfeksiyon ve bağışıklığın, az bilinen iki yol ile önemli olabileceğini ileri sürmektedir. İlki; daha önce enfeksiyona bağlı olduğu düşünülmeyen hastalıklara katkıda bulunan bir neden olabilir (Vallance ve ark. 1997). İkincisi; kronik stres enfeksiyona yatkınlığı ve enfeksiyonun ağrılığını değiştirebilir. Kanıtlar yetersiz olsa da bağışıklık; peptik ülser, mide kanseri, rahim ağzı kanseri ve diğer kanserler ve koroner kalp hastalığı gibi çeşitli durumlarla ilişkili bulunmuştur. Beyin, bağışıklık sistemi işlevini etkileyebilmektedir. Otonom sinir sistemine ait sinirler tüm ilgili dokularda (kemik iliği, timus, dalak ve lenf nodları) bulunmaktadır ve kortizol de dâhil olmak üzere, hormonların bağışıklık sistemi üzerine önemli etkileri vardır.

Fark edilmemiş enfeksiyonlar sonucunda oluşan uzun dönemli, ama düşük düzeylerdeki enflamatuvar süreçlerin, damar duvarlarına hasar vererek ve ateroskleroz gelişimini sağlayarak, kalp hastalığı riskini artıracak şekilde dolaşımdaki hormonların ve proteinlerin kandaki düzeylerini değiştirdiği şimdi açıkça bilinmektedir. Bu süreçlerin stres aracılığıyla düzenlenmesi mümkündür. Enfeksiyonun bulunmadığu bir durumda, uzay uçuşu stresi bağışıklık sistemi ve enflamatuvar yanıtları düzenleyen bir sitokin olan İnterlökin-6'nın idrar ile atılımında bir artışa neden olmuştur (Stein ve Schuler 1994). Laboratuvarda, deneysel stresin sitokinlerde hızlı değişimler başlattığı görülmüştür (Brydon ve ark. 2004). Psikolojik stres görevi sonrasındaki iki saatte, kan İnterlökin-6 düzeyleri yükselmiştir ve sosyal statüsü yüksek kişilerde başlangıç değere daha hızlı bir geri dönüş, statüsü daha düşük kişilerde daha yavaş bir düşüş göstermiştir.



Şekil 2.6 Beyin, hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen ve bağışıklık sistemi arasındaki bağlantılar. Beyin, bağışıklık sistemi işlevini nöropeptidler, otonom sinir sistemi (OSS) ve HHA ekseni aracılığıyla etkileyebilen bilişsel uyarıları algılar. Bağışıklık sistemi bilişsel olmayan uyarılara (enfeksiyon ve tümör büyümesi) beyin ve nöro-endokrin sistem üzerine etki eden peptid hormonlar ve sitokinler (bağışıklık sistemi habercileri) salgılayarak yanıt verir. Yani bağışıklık sisteminin duyusal işlevi vardır. (1994 Brown'dan yeniden çizilmiştir.)

2.3.6 Sistemlerin bütünlüğü

Endokrin, pıhtılaşma, bağışıklık ve sinir sistemleri sıklıkla farklı ve ayrı olgular olarak incelenir. Böyle bir basitleştirme yararlı ve belki de gereklidir, çünkü laboratuvarda çalışan bilim insanlarının seçtikleri mekanizmanın detaylarına

odaklanmalarına izin verir. Böylece her disiplin, ileri bildirim ve geri bildirim kontrol takımlarıyla birlikte ilgili yolakların karmaşıklığını anlayabilmiştir. Elbette gerçekte bu sistemler arasında net sınırlar yoktur.

Şekil 2.6, sinir sistemi, endokrin sistem ve bağışıklık sistemi arasındaki bazı bağlantıları şematik olarak göstermektedir. Şekil, beynin ve sonra da HHA ekseninin, nasıl bilişsel olmayan uyarılara yanıt verebildiklerini ve bağışıklık sisteminin nasıl ters bir şekilde algı ve duyguya yanıt verme yetisine sahip olduğunu göstermektedir. Beyin (merkezi sinir sistemi), kendisindeki enfeksiyonun varlığını saptayamaz. Bu yüzden bağışıklık sisteminin işlevlerinden biri de ikinci bir duyusal sistem gibi davranmak ve beyne kan akımıyla birlikte giren bağışıklık sistemi habercileri, sitokinler aracılığıyla beyni enfeksiyondan haberdar etmektir. Bağışıklık sistemi, işlev olarak bilişsel uyarılara otonom sinir sistemi, hipotalamus ve hipofiz bezinden hormon salgılanması aracılığıyla yanıt verir. Hayvanlarda izole yetiştirilme, kalabalık, düşük baskınlıkta bir konum ve sosyal stres enfeksiyona karşı savunma etkinliğini etkiler.

Bu kısa açıklama, stres yanıtında otonom sinir sisteminin ve HHA'nın rolünü vurgulamıştır. Ancak önemli olan, insan sinir sisteminde duyusal ve bilişsel bilgiyi ileten en az 15 nörotransmiter madde olduğunu bilmektir. Bunların arasında, serotonin depresyon ve saldırganlık açısından önemli görünmektedir ve her iki psikolojik durum da çeşitli çalışmalarda kalp hastalığı riskinde artışla bağlantılı bulunmuştur (Williams 2002) ve serotonin yanıtının sosyo-ekonomik statüye göre değişim gösterdiği gösterilmiştir (Manuck ve ark. 2004). Hayvan çalışmalarında, öğrenilmiş çaresizliğin (tekrarlanan deneysel stres karşısında edilgenlik eğilimi) beynin kortizole yanıt veren alanı olan hipokampüsteki serotonin reseptörlerinin düzeyinde azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (Checkley 1996).

2.4 İnsan çalışmaları ve epidemiyolojik kanıtlar

Yukarıdaki bölümde, büyük bir hastalığa yakalanma riskini sosyal ve psikolojik koşullara göre olası şekilde değiştiren ana biyolojik yolakların bazıları açıklanmaktadır. Bu süreçlerin merkezinde homeostatik dengenin bozulması, yani sağlığın bozulması riskinin artması kavramı vardır. Şimdi, bu bölümün başında sorulan ikinci soruya dönüyoruz: Bu yollar gerçekten hastalık üretmek ya da hastalığı hızlandırmak üzere çalışıyor mu? Bu kitapta sosyal yapının farklı yönlerinin hangi yolakla sağlık ve hastalık ölçütleriyle bağıntılı olduğunu gösteren birçok örnek bulunmaktadır. Burada hedef, araya giren biyolojik yolaklarla ilgili kanıtların bir bölümünü incelemektir. Araştırma bulguları iki gruba bölünmüştür: İnsan denekler üzerine olanlar (burada tartışılıyor) ile gözlemsel ve deneysel hayvan çalışmalarına dayananlar (sonra tartışılacak).

2.4.1 Büyüme üzerine psikolojik etki

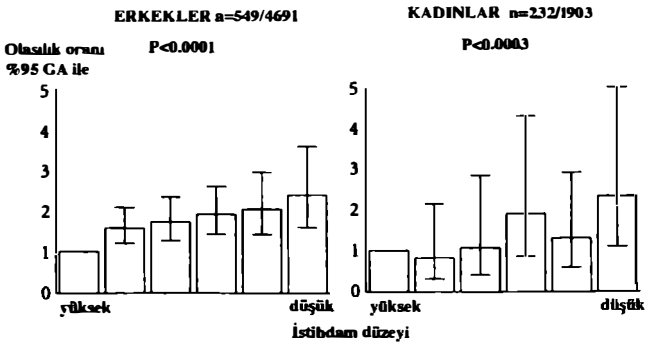
Psikojenik cücelik, çocukluk çağında ağır mahrumiyet durumuyla ilişkili olan ender bir sendromdur. Savaş sonrası Almanya'da, Widdowson'ın yetim çocuklar üzerine yaptığı çalışma ile bu kadar ağır olmasa da psiko-sosyal büyüme geriliği belgelenmiş görünmektedir (Widdowson 1951). Aynı beslenme düzeni altında, "Bienenhaus" yetimhanesinde, başlangıçta sert ve korkutucu Bayan Schwarz kontrolü altında yaşamış olanlar, "Vogelnest" yetimhanesinde sevgi dolu Bayan Grün'ün baktığı çocuklara kıyasla daha az kilo almış ve daha yavaş büyümüştür. Çalışma sırasında Schwarz, şans eseri olarak Grün'ün yerini almış ve "Vogelnest"te verilen fazla yemeğe rağmen büyüme hızları tersine dönmüştür. Bu kontrollü çapraz çalışma, çocukluk çağında olumsuz psiko-sosyal koşulların büyümeyi etkileyebileceğini gösteren kanıtlar sağlamaktadır (bu sonucun, altüst olmuş bir iştah ve beslenme mi yoksa doğrudan psiko-sosyal etki sonucunda mı olduğu net değildir). Ayrıca eldeki kanıtlara göre ulaşılan boy, yetişkin dönemi hastalıkları için koruyucu bir etken olan sağlık sermayesinin ya da bünyenin işaretçisidir. Britanya'da 1950'lerdeki refah sistemi zamanında doğmuş çocuklarda bile, erken çağlardaki mahrumiyet durumu sağlık üzerinde uzun dönemli etkiler oluşturulabilir (Montgomery ve ark. 1997; Power ve ark. 1998).

2.4.2 Yetişkinlerde koroner risk etkenlerinin sosyal kalıplanımı

Meslek de dâhil olmak üzere, sosyal ve ekonomik durum ölçütleri erken kalp hastalığının çok güçlü göstergeleridir. 17.000 Britanyalı kamu görevlisinin izlendiği bir çalışmada, tek başına mevkinin sigara içiciliği, serum kolesterolü ve kan basıncını kapsayan klasik risk faktörlerinin bileşiminden daha güçlü olduğu anlaşılmıştır (Marmot ve ark. 1984). Bu önemli gözlem kalp hastalığı ve diğer önemli sağlık sorunlarının olası psiko-sosyal nedenlerini araştıracak yeni ve uzun dönemli bir çalışmanın yapılmasına neden olmuştur. Whitehall II çalışmasında, ilişkili mekanizmaları aydınlatmak için biyolojiye özel ilgi gösterilmiştir.

1985-88'deki Whitehall II çalışmasına (Marmot ve ark. 1991) dayanarak, kamu hizmetindeki memuriyet seviyesi (1992'deki aylık ücret aralığı 7.400-87.600£) ile sağlıkla ilişkili birkaç psiko-sosyal etkenin prevalansı arasında basamaklı bir ilişki olduğu söylenebilir: Bu etkenler arasında, iş yerinde kontrol sahibi olma düzeyinin düşük ve çeşitliliğin az olması, arkadaşlarla sosyal temas eksikliği, üzücü yaşam olayları, faturaları ödemede güçlük, saldırganlık ve kontrol sahibi olma duygusunun sağlık içindeki konumu sayılabilir. Bu gibi ilişkiler, 1980'lerin sonunda Britanya kamu hizmetinde işgüvenliğinin azaltılmasından önce görülmekteydi (Ferrie ve ark. 1995) ve şimdi, özellikle düşük seviyeli çalışanlarda prevalansların daha yüksek olması olasıdır.

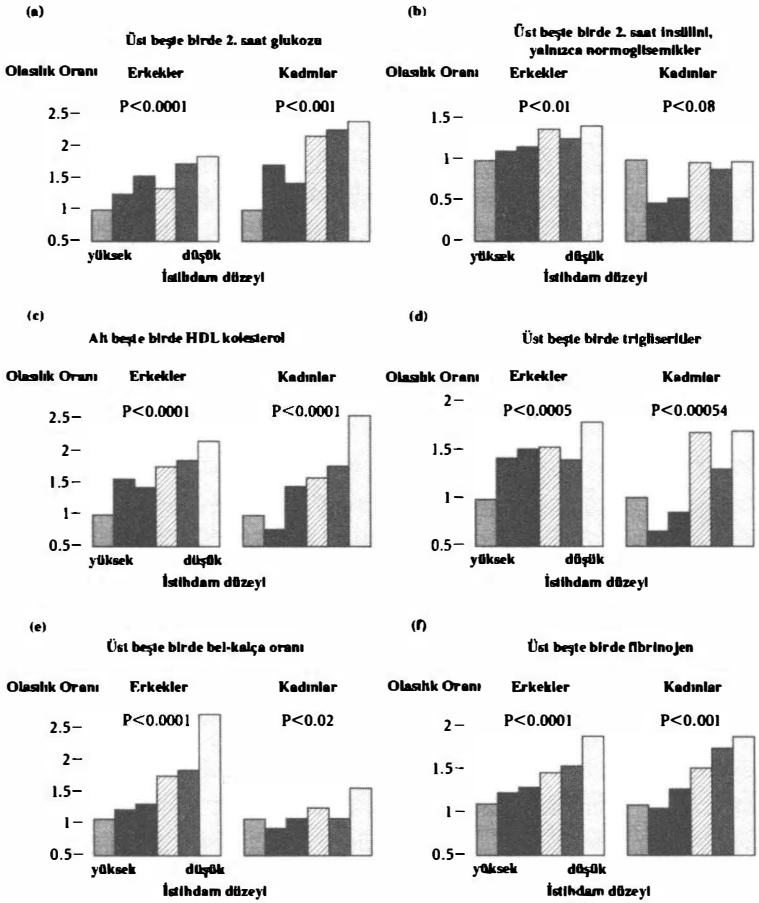
Biyokimyasal ve psikolojik risk etkenleri, 1991-93 arasında Whitehall II katılımcılarının ikinci fizik muayenelerinde detaylıca incelenmiştir (Brunner ve ark. 1997). Belirli bazı risk etkenlerinin düşük bir iş statüsüyle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Şekil 2.7). "Metabolik Sendrom" olarak adlandırılan durum, Birleşik Krallık'taki Güney Asya'lı göçmenleri de kapsayan birçok toplulukta diyabet ve koroner hastalığına işaret etmektedir (McKeigue ve ark. 1991). Çok sık görülen bir hastalıktır. ABD'de yaklaşık 47 milyon kişinin metabolik sendromu olduğu hesaplanmıştır (Ford ve ark. 2002).



Şekil 2.7 Whitehall II çalışmasında mevkiye göre metabolik sendrom prevalansı. Yaşa ve kadınlarda menopoz durumuna göre düzeltilmiş yüzde 95 güven aralığı (GA) ve olasılık oranları. P değerleri, mevkiler arası eğilimi gösteren testler içindir. (Brunner ve ark. 'dan 1997)

Sınıf hiyerarşisi alçaldıkça, bireylerin, artan şekilde daha büyük bir kısmı metabolik sendromun istenmeyen seviyedeki bileşenlerini göstermektedir (Şekil 2.8; her histogram sütununda soldan sağa ilerlerken). Şekil 2.8 (a-d)'nin üstten dört paneli, karbonhidrat ve lipid metabolizmasındaki olumsuz homeostatik değişimleri yansıtan bileşenlerdir ve Şekil 2.8(e), karın bölgesi obezitesinin (koroner riskle özellikle ilişkili bulunan bir şişmanlık şekli) düşük statüyle güçlü şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Şekil 2.8(f), kan pıhtılaşma proteini olan fibrinojenin de güçlü bir şekilde ters sosyal farklılığa sahip olduğunu göstermektedir (Brunner ve ark. 1996).

Özellikle kan glukozu ile ilgili bulgular ilgi çekicidir, çünkü açlık ölçümüne ya da en düşük kan değerine göre değil, metabolik bir yüklemeye dayanmaktadır. Açlık durumundaki deneklere 75 gr glukoz, içecek içinde verilmiş ve 2 saat sonra kan glukoz düzeyi ölçülmüştür. Sonuçlar (Şekil 2.8a), memuriyet seviyesi ne kadar düşükse bireyin glukozu depolama ya da enerji işlevleri için vücut dokularına göndermede ve başlangıç durumuna dönmekte güçlük çekme olasılığının o kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, Şekil 2.5(b)'de ya da Şekil 2.5(c)'de gösterilen duruma uymaktadır. Bu durum, glukoz yüklemesine hormonal bir yanıt verebilmenin ve böylece homeostazı sağlamanın bir şekilde iş statüsüne bağlı olduğunu göstermektedir.



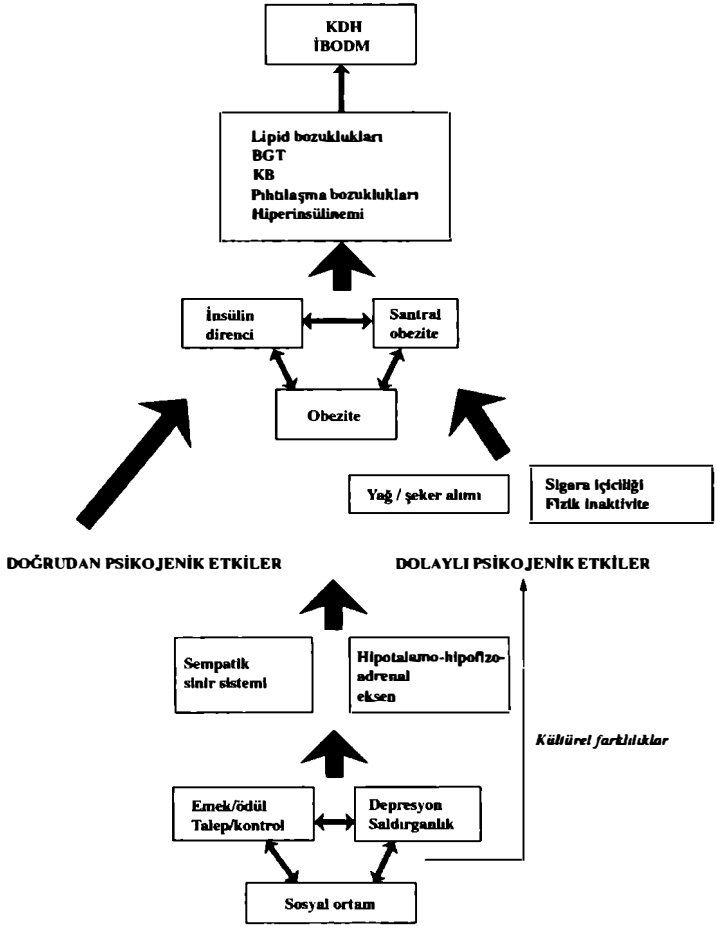
Şekil 2.8 Whitehall II çalışmasında, mevkiye göre, metabolik sendrom değişkenlerinin ve fibrinojenin istenmeyen seviyelerine ait prevalans. Üst beşte bir için olasılık oranları ve yüzde 95 güven aralığı (alt beşte birde olan HDL kolesterol dışında). Yaşa ve kadınlarda menopoz durumuna göre düzeltilmiştir. P değerleri düzeyler arası eğilimi gösteren testler içindir. (Brunner ve ark. 1997'den.)

Kronik stres, yükselmiş kan glukozunu da içeren metabolik sendrom risk etkenleri kümesinin gelişiminde rol oynayabilir (Bjorntorp 1991; Brunner 1997; McEwan 1998). Whitehall II katılımcıları üzerinde, eş zamanlı olarak yapılmış ayrıntılı bir çalışma, ana nöro-endokrin stres eksenleri, düşük düzeyde enflamasyon ve kalbin otonom aktivitesi (bkz. kısım 2.3) ile metabolik sendrom arasında bağlantı kurar. 24 saatlik idrar örneklerinde kortizol ve adrenalin atılımı metabolik sendrom olgularında artmıştır. Olgulardaki değişmiş HHA ve otonom aktivite, biyolojide stresle ilişkili değişimlerin kalp-damar hastalığı riskinde artışa yol açabileceğini göstermektedir. Ancak bu kanıt tam değildir. Kesitsel bir çalışma nedensel diziyi göstermez (Şekil 2.9) ve belki de nöro-endokrin değişimler, metabolik sendrom gelişimine öncülük değil, eşlik ediyordur.

2.4.3 İki ayrı şehirdeki sosyo-ekonomik durum ve kortizol salgılanması

1978'de Litvanya ve İsveç'te orta yaşlı erkeklerin koroner kalp hastalığı mortaliteleri benzerdi. Daha sonra, oranlar Litvanya'da yükseldi ve İsveç'te düştü, öyle ki 1994'te koroner mortalite Litvanya'da dört kat yüksekti. Sovyet sisteminin çöküş zamanlarında koroner hastalık oranlarına ek olarak, Doğu ve Batı Avrupa ülkeleri arasında yaşam beklentisinde görülen ayrılık, sağlıkta sosyo-ekonomik etkenlerin önemli olduğunu göstermiştir (Bobak ve Marmot 1996). Psikososyal ortam farklılıkları da rol oynayabilir.

Kristenson ve ark. Litvanya ve İsveç arasında ve bu ülkelerde yüksek ve düşük sosyo-ekonomik durumda bulunan erkekler arasında, koroner kalp hastalığı insidansı açısından farklılıkların olası nedenlerini incelemişlerdir (Kristenson ve

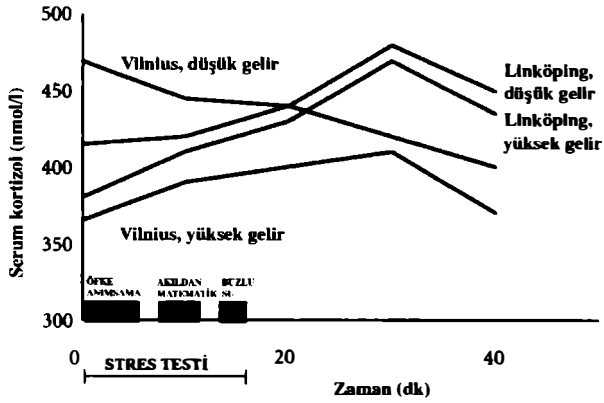


Şekil 2.9 Kalp-damar hastalıklarında (KDH) ve insüline bağımlı olmayan diyabette (İBODM) psiko-sosyal ve biyolojik yolaklar. Hipotez kurulmuş bir araştırma modeli. (BGT: bozulmuş glukoz toleransı; KB: kan basıncı.)

ark. 1997, 1998). İki şehirde de örneklem olarak rastgele seçilmiş 150'şer kişiden oluşan 50 yaş erkekler katılımcı olarak alınmıştır: Güney İsveç'te Linköping (130.000 nüfus) ve Litvanya'da Vilnius (600.000). Yanıt oranları sırasıyla yüzde 82 ve 76'ydı. Alışılagelmiş risk etkenleri (sigara içiciliği, serum kolesterolü ve kan basıncı) Whitehall çalışmasında olduğu gibi, riskte ulusal farklılıklar açısından iyi bir açıklama sunmamıştır (Marmot ve ark. 1984). Anti-oksidan vitaminlerin kan düzeylerinde bulunan belirgin farklılıklar, beslenme alışkanlıklarındaki farklılığın önemli olduğunu göstermiştir. Psiko-sosyal etkenler de bu öngörülen şekle tamamen uymuştur. Vilnius'taki erkekler tarafından bildirilen sosyal izolasyon, iş gerginliği ve depresyon, Linköping'dekilere göre daha fazladır. İki şehirdeki düşük gelirli gruplar da benzer şekilde yüksek gelirlilere kıyasla, yüksek düzeyde izolasyon ve yaşamsal bitkinlik ile başa çıkmada daha büyük güçlükler yaşadıklarını bildirmiştir.

Burada, 1993-95'te kültürler arası yürütülen kesitsel bir çalışma sonucunda hem İsveç'liler ve Litvanya'lılar arasındaki koroner risk farklılıklarını hem de mali olarak güvensiz olanlarla onların göreceli olarak daha iyi durumda olan komşuları arasındaki farklılıkları açıklamada, belirli beslenme alışkanlığı etkenlerinin ve psiko-sosyal etkenlerin önemli olduğunu gösteren kanıtlar elde edilmiştir. Yaşam kalitesi ve algılanan sağlık, Linköping lehine büyük bir farklılık (bir standart sapma) göstermektedir. Depresyon, Vilnius'ta daha yaygın olsa da Linköping'deki saldırgan tutum skoru ortalaması Vilnius'takine kıyasla önemli derecede daha yüksektir. Bunun nedeni, belki de Sovyetler sonrasında, Vilnius'ta yaşayanların toplum içinde yenilgi ve güven eksikliği hissetmeleriydi.

Linköping ve Vilnius'ta karşıtlık gösteren psiko-sosyal ortamlar, farklı HHA eksenine ait stres yanıtı şekillerine dönüşmektedir. Bireyler öfke anımsama, akıldan matematik işlemleri yapma ve bir elini buzlu suya batırma işlemlerini içeren standardize edilmiş laboratuvar stres testlerine katıldılar. Biyolojik ölçümleri standardize etmek amacıyla teste sabah, bir gecelik açlıktan sonra girdiler. Kliniğe gelmek ve açlık ek stres vericiler olarak görülebilir, ancak erkeklerin hepsi aynı işlemi yaptığı için bulguların değerini düşürmez. Şekil 2.10, hem yüksek hem alçak gelirli İsveç'li erkek grupların, deneysel uyarıya adaptasyon yanıtı olarak değerlendirilen yanıtı verdiğini göstermektedir: Kan kortizolünde, düşük düzeyde bir başlangıcı takiben yükseliş ve düşüş. Bulgular içinde, Vilniuslu bireylerle olan farklılıklar çarpıcıdır. Yüksek gelirli grup İsveç'liler gibi düşük bir bazal değeri, ancak göreceli olarak künt bir yanıt göstermiştir. Ancak, düşük gelirli grup ise diğer gruplara kıyasla çok farklı bir yanıt göstermiştir. Şekil 2.5(c)'deki duruma uygun olarak çok daha yüksek bir bazal değerde kan kortizolü ve uyarıya yanıtta yetersizlik vardır.



Şekil 2.10 Vilnius, Litvanya ve Linköping, İsveç'te gelir grubuna göre standardize bir stres testine serum kortizol yanıtları. Düşük gelir: Gelirin en düşük yüzde 25'ini alan grup. Yüksek gelir: Gelirin en yüksek yüzde 25'ini alan grup. (Kristenson ve ark. çalışmasından yeniden çizilmiş. 1998)

Başka çalışmalarla da doğrulandığı takdirde, bu sonuçların getirileri çarpıcıdır. Yaşam kalitesinin önemini, toplum sağlığının kilit belirleyicisi olarak düşünülen sosyal ortam ve çalışma ortamı bağlamında vurgulamaktadırlar. Ana nöro-endokrin stres yolağının farklılaşan işleyişi gibi biyolojik mekanizmaların gösterilmesi, psiko-sosyal hipotezin yalnızca olabilirliğinin bulunduğunu değil, aynı zamanda önemli bir sosyal politika konusu olduğunu göstermektedir. Whitehall II çalışasından bir alt örneklem grubu içindeki erkeklerin (kadınların değil), mevkii düşük olanların, yüksek mevkililere kıyasla, gün içindeki tükrük kortizolleri daha yüksek ölçülmüştür; böylece sosyal seviyenin kortizol salınımını değiştirdiğine dair kanıt elde edilmiştir (Steptoe ve ark. 2003).

İstenmeyen kortizol yanıtları, gerçekten gelecekteki sağlığın bozulmasından sorumlu mudur, yoksa sadece psikolojik durumun işaretçileri midir? Bu soru çok önemlidir. Geriye dönüşümlülük konusu da bununla ilişkilidir, çünkü erken yaşam döneminde sabit bir stres yanıtı biçiminin özel bir politik çıkarımı olacaktır. Örneğin, Barker'ın 59-70 yaş arası erkeklerden oluşan grubunda, düşük doğum ağırlığının sabah plazma kortizol düzeylerinin yüksek ölçülmesiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Phillips ve ark. 1998). Bu bulgular, normal aralıklardaki plazma kortizol düzeyinin, kan basıncı ve glukoz toleransının belirleyicileri arasında olduğunu kanıtlamıştır. Ancak bu erkek grubunda, HHA ekseninin fetal yaşamda programlanması, o anki sosyo-ekonomik durum etkisinden daha önemlidir; yani bebeklikten sonraki girişimler etkisiz olabilir. Bunun yanında, hem fetal büyüme hem de yaşam boyunca kazanılan deneyimler, yaşamın geri kalanında nöro-endokrin işlevi şekillendirmede önemli gibi görünmektedir.

2.5 Hayvan modelleri

Hayvan çalışmaları sosyal yapı, stres ve sağlık arasındaki bağlantılarla ilgili anlayışımız açısından bazı ek boyutlar sağlamaktadır. Şekil 2.2'deki genel modelimize değinecek olursak, doğrudan analoji kullanımlarından kaçınılması gerektiği açıktır. İnsanın sosyal ortamı ileri derecede ve benzersiz şekilde karmaşıktır. Psikolojik açıdan soyut düşünme, duygu ve hafıza becerileri büyük oranda bizim türümüzle sınırlıdır. Ancak birçok hayvan, hiyerarşik sosyal yapılar içinde yaşamaktadır ve memelilerin biyolojisi türler arasında karşılaştırılabilir. Böyle çalışmaların bir değeri de insanlar tarafından zorlanmadığı sürece hayvanlar sigara, kahve ya da alkol içmez, ilaç kullanmaz ya da tüm gün bilgisayar önünde oturmaz. Bu gerçek, hastalık risklerini etkileyebilecek davranışsal etkileri saf psiko-sosyal süreçlerden ayırt etmede sorunumuzun olmadığı anlamına gelmektedir.

2.5.1 Genler, bünye ve kader

İlgili olup olmadığına dikkat edildiğinde, hayvan çalışmaları, bize psiko-sosyal etkenler, biyoloji ve sağlık arasındaki olası bağlantılar hakkında bilgi verebilirler. Bu çalışmaların değeri sağlıkta sosyal farklılık kavramıyla (bkz. Kısım 2.5.2) sınırlı değildir ve ayrıca hastalığa genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerin arasındaki etkileşime benzer diğer etkileri anlamak için de bir yoldur. İlk örneğimiz, tıbbi müdahale olmadığında, genetik yatkınlığı geri dönüşümsüz bir kader olarak görenlerin dikkatini çekebilir.

Genetik olarak "doğuştan hipertansif sıçan" (DHS) hipertansiyonun incelenmesinde sık kullanılan bir hayvan modelidir. Bir çapraz büyütme deneyi (Cierpial ve McCarthy 1987), bu özelliğin ortaya çıkışında erken dönemlerdeki çevre koşullarının önemini göstermektedir. DHS yavruları, Kyoto-Wistar annelerle büyütüldüğünde, olgunlaşma sürecinde hipertansiyon geliştirmemişlerdir. Bu "saf" genetik özellik, uygun çevresel ortam olmadığında kendini hipertansiyon fenotipi olarak göstermemiştir.

Beslenmenin hayvan doğasına etkisinin başka bir örneği de Suomi'nin "rhesus maymunları" (*Macaca mulatta*) ile gerçekleştirdiği uzun dönemli seçkin çalışmasıdır (Suomi 1997). Herhangi bir sürünün yaklaşık yüzde 20'si, anneden ayrılmaya diğerlerine göre daha fazla depresif yanıtlar veren "aşırı tepkililer"dir. Beraberinde HHA ekseninde büyük ve uzamış aktivasyon, daha belirgin sempato-adrenal uyarılma ve bağışıklık sisteminin baskılanması görülmektedir. Bu yanıtlar gelişim boyunca oldukça sabit kalır. Uyarılma şekli genetik olarak belirleniyor gibi görülebilir, ama yatkınlığı olmayan diğer hayvanların annesiz büyütülmesiyle aynı uyarılma şekli oluşturulabilir (nesiller arası genetik olmayan geçiş

kavramı alternatif bir açıklama olabileceğini düşündürür). Aşırı tepkililer, ilginç bir şekilde, sosyal hiyerarşinin alt kısmında bulunurlar.

Genetik ya da en azından yapısal aşırı tepkililerin kaderi, ortam koşullarının değiştirilmesiyle engellenebilir. Böyle hayvanlar, özellikle ilgili annelerle yetiştirildiğinde alışılagelmiş davranış bozukluğuna ait bulguları göstermemişlerdir. Bunun yerine, erken davranışsal gelişim bulguları göstermişler ve yetişkin olduklarında hiyerarşide en üst noktaya yükselmişlerdir. Dişiler, özellikle ilgili annelerine özgü bir annelik tarzını benimsemişlerdir. Aynı araştırma grubundan (Suomi 1997) elde edilen daha ileri kanıtlara göre, deneysel sosyal izolasyonun sonuçlarının zamanında müdahale ile değiştirilebileceği ve uzun dönemli etkilerinin en sık yetişkin hayatta stres koşullarında görülebileceği görülmektedir.

2.5.2 Vahşi babunlar arasında sosyal baskınlık

Atar damar duvarından kolesterolün "tersine taşınma"sını artıran, koruyucu yüksek yoğunluklu lipoproteinlerin (HDL) dolaşımdaki düzeyini belirleyen etkenler, koroner risk açısından sosyal farklılıkları açıklamakta önemli görünmektedir. Yukarıda, kamu görevlilerinde HDL kolesterol düzeyinin memuriyet seviyesiyle yakından ilişkili olduğunu ve metabolik sendromu oluşturan etken kümesinin bir bileşeni olduğunu gördük (Şekil 2.8). Aynı şekildeki kan yağ düzeylerinin vahşi erkek babunların sosyal hiyerarşisinde bulunması bizim açımızdan şaşırtıcı olmuştur (Sapolsky ve Mott 1987).

Sinirbilimci olan Sapolsky, uzun yıllardır Serengeti'deki vahşi babun sürülerinin davranışlarını ve fizyolojilerini incelemektedir. Sapolsky, psiko-sosyal etkenlerin araştırılması için bu hayvanların ideal denekler olduğunu savunur. Besin yeterli, avcılar seyrek ve bebek mortalitesi düşüktür. Besin bulmak için günün yalnızca yaklaşık dört saati gereklidir ve bu 50-100 kişilik gruplar halinde yaşayan hayvanlara sosyal aktivitelere katılmaları için yeterli bir süre tanır. Sosyal seviyenin kazanılması ve sürdürülmesi, çeşitli kaynaklara erişimi belirleyen bir ön çabadır. Sapolsky, sürünün erkeklerini, bu davranışları temel alarak astlar ve baskınlar olarak sınıflamıştır. Kontrollü şartlar altında, anestezi ardından alınan kan örnekleri, aynen Whitehall II erkeklerinde olduğu gibi, total ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolün sosyal seviyelerine göre benzer olduğunu ve yine kamu görevlilerindeki bulguları takip edecek şekilde, HDL düzeylerinin, ast erkeklere kıyasla baskın olanlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ast babunların dinlenme kortizol düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ve HDL ile ters ilişki göstermektedir.

Bu paralellikler, konumun, iki primat hiyerarşisinde ortak psiko-sosyal etkilerini mi yansıtmaktadır? Babunların sigara ve alkol kullanmıyor olması psiko-sosyal bir açıklamayla uyumludur, çünkü HDL düzeylerinin sigara içiciliği ile düş-

tüğü ve alkol kullanımı ile yükseldiği bilinmektedir. Baskın babunlarda fizyolojik olarak daha olumlu bir profilin oluşması, onların üstünlüklerini ortaya koymalarının ve buna bağlı olarak iyi hissetmelerinin doğrudan sonucu olabilir ya da başka bir olasılık da var olan en iyi yiyeceğe daha kolay erişimlerinin sonucu olabilir. Bu gözlemsel veri, en uygun olanın en yüksek seviyeye eriştiği görüşüyle eşit derecede uyumludur. Ancak, hapsedilmiş makak maymunlarının kullanıldığı çalışmalar, bu durumun böyle olmadığını ileri sürmektedir (Shively ve Clarkson 1994). Aterojenik besinlerle beslenen küçük dişi gruplarında, hayvanların gruplar arasında değiştirilmesiyle başlangıçtaki sosyal seviyeleri de deneysel olarak değiştirilmiştir. Sosyal konumla oynanmasının etkileri çarpıcıdır. Baskın hale gelen astlarda, ast olarak kalanlara kıyasla iki kat fazla aterosklerotik değişim görülürken, ast hale gelen baskınlar ise baskın olarak kalanlara kıyasla beş kat fazla koroner plağa sahiptir. Erkek makaklarda sosyal konumla deneysel olarak oynanması, ayrıca koroner arterlerin endotelinde hasara yol açmıştır (Strawn ve ark. 1991). Maymunların yarısına, deney sırasında sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu azaltmak için metoprolol (Beta-adrenerjik bloker) ile tedavi edilmiştir. Bu grupta, tedavi edilmeyen maymunlara kıyasla koroner arter hasarı daha azdır. Bu hayvanlarda, aterojenik beslenmenin olumsuz etkileri, sempatik sinir sisteminin sosyal strese yanıt olarak uyarılma düzeyine kısmen de olsa bağlıdır.

2.6 Sonuçlar

Savaş ya da kaç yanıtının tekrarlayan aktivasyonlarıyla olağan homeostatik dengenin bozulması, sağlığın bozulması ve hastalığın öncüsü olan nöro-endokrin, fizyolojik ve metabolik değişkenlerdeki sosyal farklılıkların sorumlusu olabilir. Sosyal ve çevresel stres vericilere yanıtta, doğum tartısını ve şartlanmış düşük ya da yüksek yanıtlılığı içeren birçok etken sosyal ve bireysel farklılıkları belirliyor gibi görünmektedir. Uzun dönemde sağlıkla ilişkili en uygun stres yanıtı, maddi olarak avantaj sahibi olanlara özgü yaşama ve çalışma ortamları ile bağlantılı gibi görünmektedir. Bu uygun yanıt biçimini, dinlenme düzeyine hızlı dönüş ve stresle ilişkili hastalıklara yüksek direnç ile tanımlamak mümkündür (Şekil 2.11). Kişinin başa çıkma kaynakları yeterliyse ve kişi bulunduğu ortamı kontrol etme fırsatına sahipse tek başına talep düzeyi, sağlığa karşı bir risk oluşturmaz.

Kısa bir süre önce, koroner kalp hastalığında psiko-sosyal etkenlerin nedensel rolü gözden geçirilmiştir (Kuper ve ark. 2002). 500'den fazla sağlıklı bireyi içeren ileriye yönelik çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre bu etkenler içinde en güçlü olanlar; iş yerinde düşük düzeyde kontrol sahibi olma durumu gibi işe ait psiko-sosyal özellikler, sosyal izolasyon ve depresyondur.



Şekil 2.11 Psiko-biyolojik stres yanıtı. Direnç ve hassasiyet etkenleri psiko-sosyal stres vericilere yanıtı etkiler. Yanıtın ana hormonal, metabolik ve bağışıklık öğeleri gösterilmektedir. (Steptoe'dan, 1998).

2.7 Özet

Stresin insan vücudu ve aklı üzerinde kısa süreli etkileri bulunmaktadır. Eğer durum gerçekse bu etkiler olumludur, ancak herkesin kendi sınırları vardır. Şimdilerde anlamaya başlıyoruz ki, insanların sosyal ve psikolojik koşulları sağlıklarına uzun dönemde ciddi şekilde zarar verebilir. Kronik endişe, güvensizlik, düşük özsaygı, sosyal izolasyon ve iş yerinde düşük düzeyde kontrol sahibi olmak akıl sağlığına ve fiziksel sağlığa zarar veriyor gibi görünmektedir.

Psiko-sosyal etkenlerin sağlığı etkileme gücü biyolojik açıdan mantıklıdır. İnsan vücudu tehlikelere otomatik olarak yanıt vermek üzere evrimleşmiştir. Bu stres yanıtı, bağışıklık ve kalp-damar sistemini etkileyen stres hormonlar kaskatını etkinleştirir. Hormonlarımızın ve sinir sistemimizin hızlı tepkisi, kısa bir fiziksel tehditle başa çıkması için kişiyi hazırlar: Kalp hızı yükselir, kan kaslara yöneltilir, endişe ve uyanıklık artar. Bu yanıt yüksek bir adaptasyon içerir: Hayatı kısa dönemde kurtarabilir. Ancak biyolojik stres yanıtı, çok sık ve çok uzun süre için aktive olursa bazı sağlık zararları ortaya çıkabilir. Bu zararlar depresyonu, enfeksiyonlara yatkınlığın artmasını, diyabeti, yüksek kan basıncını ve damar duvarlarında kolesterol birikimi ile beraberinde gelen kalp krizi ve inme riskini içerir.

Bu sağlık sorunları, sanayileşmiş ülkelerde sosyal katmanların aşağısına doğru gittikçe artar. Psiko-sosyal dezavantajın, olasılıkla çocukluğun erken dönem-

lerinde kötü bir duygusal ortamla başlayan kümelenmesi ve birikimi, koruyucu halk sağlığının ve sosyal politikanın ihmal edilmiş bir alanıdır. Bu alanda aktif araştırmalara gereksinim vardır.

Teşekkürler

Dr. Brunner'in ve Profesör Marmot'ın araştırması, Tıbbi Araştırma Kurulu ve Britanya Kalp Vakfı tarafından desteklenmiştir.

Kaynaklar

Bjorntorp, P. (1991). Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? J. *Int. Med.* 230,195-201.

Blane, D., Brunner, E.J., and Wilkinson, R. (1996). The evolution of public health policy: an anglocentric view of the last fifty years. In: *Health and social organization: towards a health policy for the the 21st century* (ed. D. Blane, E. Brunner, and R.G. Wilkinson), pp. 120. Routledge, London.

Bobak, M. and Marmot, M.G. (1996). East-West mortality divide and its potential explanations: roposed research agenda. *BMJ* 312, 421-5.

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A., Brunner, E.J., and Stansfeld, S. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 314, 558-65.

Brown, R.E. (1994). *An introduction to neuroendocrinology.* Cambridge University Press, Cambridge.

Brunner, E.J. (1997). Stress and the biology of inequality. *BMJ* 314, 1472-6.

Brunner, E.J., Davey Smith, G., Marmot, M.G., Canner, R., Beksinska, M., and O'Brien, J. (1996). Childhood social circumstances and psychosocial and behavioural factors as determinants of plasma fibrinogen. *Lancet* 347,1008-13.

Brunner, E.J., Hemingway, H., **Walker, B.R., Page, M., Clarke, P., Juneja, M., *et al.*** (2002). Adrenocortical, autonomic, and inflammatory causes of the metabolic syndrome: nested case-control study. *Circulation* **106,** 2659-65.

Brunner, E.J., Kivimaki, M., Siegrist, J., Theorell, T., Luukkonen, R., Riihimaki, H. ***et al.*** (2004). Is the effect of work stress on cardiovascular morality confounded by socioeconomic factors in the Valmet study? /. *Epidemiol. Community Health* **58;** 1010-20.

Brunner, E.J., Marmot, M.G., Nanchahal, K., *et al.* (1997). Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome. Evidence from the Whitehall II study. *Diabetologia* **40,** 1341-9.

Brydon, L., Edwards, S., Mohamed-Ali,V., and Steptoe, A. (2004). Socioeconomic status and stress-induced increases in interleukin-6. *Brain Behav. Immun.* 18, 281-90.

Cannon,W.B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiol. Reviews* **9,** 399-431.

Checkley, S. (1996). The neuroendocrinology of depression and chronic stress. *Br. Med. Bull.* **52,** 597-617.

Cierpial, MA. and McCarthy, R. (1987). Hypertension in SHR rats: contribution of mater-

nal environment. *Am. J. Physiol.* 253, H980-1.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. **BMJ 311,** 1264-9.

Ford, E.S. Giles, W.H., and Dietz, W.H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA* **287,** 356-59.

Kristenson, M., Kucinskiene, Z., Bergdahl, B., and Orth-Gomer, K. (2001). Risk factors for coronary heart disease in different socioeconomic groups of Lithuania and Sweden: the Livicordia study. *Scand J.Public Health* **29,** 140-50.

Kristenson, M., Orth-Gomer, K., Kucinskiene, Z., Bergdahl B., Calkauskas, H., Balinkyiene, I. *et al.* (1998). Attenuated Cortisol response to a standardised stress test in Lithuanian vs. Swedish men. *Int. J. Behav. Med.* **5,** 17-30.

Kristenson, M., Zieden, B., Kucinskiene, Z., *et al.* (1997). Antioxidant state and mortality from coronary heart disease in Lithuanian and Swedish men: concomitant cross sectional study of men aged 50. *BMJ* 314, 629-33.

Kuper, H., Marmot, M., and Hemingway, H. (2002). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine* **2,** 267-314.

McEwen, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *N. Engl. J. Med.* **338,**171-9.

McKeigue, P.M., Shah, B., and Marmot, M.G. (1991). Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians. *Lancet* **337,** 382-6.

Manuck, S.B., Flory, J.D., Ferrell, R.E., and Muldoon, M.F. (2004). Socioeconomic status covaries with central nervous system serotonergic responsivity as a function of allelic variation in the serotonin transporter gene-linked polymorphic region. *Psychoneuroendocrinology* **29,** 651-68.

Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfeld, S.A., *et al.* (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* **337,** 1387-93.

Marmot, M.G., Shipley, M.J., and Rose, G. (1984). Inequalities in death—specific explanations of a general pattern. *Lancet* i, 1003-6.

Montgomery, S., Bartley, M., and Wilkinson, R.G. (1997). Family conflict and slow growth. *Arch. Dis. Child.* **77,** 326-30.

Phillips, D.I.W., Barker, J.P., Fall, C.H.D., *et al.* (1998). Elevated plasma Cortisol concentrations: a link between low birth weight and insulin resistance syndrome? /. *Clin. Endocrinol. Metab.* **83,**757-60.

Power, C, Matthews, S., and Manor, O. (1998). Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet* 351,1009-14.

Sapolsky, R.M. (1993). Endocrinology alfresco: psychoendocrine studies of wild baboons. *Recent Prog. Horm. Res.* **48,** 437-68.

Sapolsky, R.M. and Mott, G.E. (1987). Social subordinance in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic social stress. *Endocrinology* **121,** 1605-10.

Seeman, T.E., Singer, B.H., Rowe, J.W., Horwitz, R.I., and McEwen, B.S. (1997). Price of adaptation—allostatic load and its health consequences. *Arch. Intern. Med.* **157,** 2259-68.

Selye, H. (1956). *Stress of life.* McGraw-Hill, New York.

Shively, C.A. and Clarkson, T.B. (1994). Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Art. Thromb.* **14,** 721-6.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. /. *Occup. Health Psychol.* 1,27-41.

Stein, T.P. and Schluter, M.D. (1994). Excretion of IL-6 by astronauts during spaceflight. Am. /. *Physiol.* **266,** E448-E552.

Steptoe, A. and Marmot, M. (2002). The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk. *Eur. Heart J.* **23,** 13-25.

Steptoe, A., **Feldman, P.J., Kunz, S., Owen,** N., **Willemsen, G., Marmot, M.** (2002). Stress responsitivity and socioeconomic status. A mechanism for increased cardiovascular risk? *Eur. Heart].* **23,**1757-63.

Steptoe, A., Kunz, S., Owen, N., **Feldman, P.J., Willemsen, G., Kirschbaum, C., *et al.*** (2003). Socioeconomic status and stress related biological responses over the working day. *Psychosom. Med.* **65,**461-70.

Strawn, W.B., Bondjers, G., Kaplan, J.R., Manuck, S.B., Schwenke, D., Hansson, G., *et al.* (1991). Endothelial dysfunction in response to psychosocial stress in monkeys. *Circulation* **68,** 1270-79.

Suomi, S.J. (1997). Early determinants of behaviour: evidence from primate studies. *Br. Med. Bull.* **53,** 170-84.

Vallance, P., Collier, J., and Bhagat, K. (1997). Infection, inflammation, and infarction: does acute endothelial dysfunction provide a link? *Lancet* 349, 1391-2.

Von Kanel, R., Mills, P.J., Fainman, C, and Dimsdale, J.E. (2001). Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: A biobehavioral pathway to coronary artery disease. *Psychosom. Med.* 63, 531-44.

Vrijkotte, T.G.M., van Doornen, L.J.P., and De Geus, E.J.C. (1999). Work stress and metabolic and hemostatic risk factors. *Psychosom. Med.* **61,**796-805.

Widdowson, E.M. (1951). Mental contentment and physical growth. *Lancet'i* 1316-18.

Williams, R. (2002). Hostility, psychosocial risk factors, changes in brain serotonergic function, and heart disease. In: *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Diseas* (ed. S.A. Stansfeld and M. Marmot), pp. 86-100. BMJ Books, London.

3. Bölüm

ERKEN YAŞAM

Michael Wadsworth ve Suzie Butterworth

3.1 Giriş

Tıp bilgisini, sağlık hizmeti olanaklarını ve kültürel bağlamı dikkate almaksızın, yoksulluk ve sosyal eşitsizlik bütün ülkelerde çocukların sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Williams ve ark. 1994; Helman 1994; Wilkinson 1996; Keating ve Hertzman 1999; World Bank 2003). Buna rağmen, çocuk sağlığının bir ulusun gelecekteki sağlığı için çok önemli olduğu kabul görmüş durumdadır, çünkü bugünün çocukları gelecek neslin ebeveynleri ve işçilerine dönüşeceklerdir ve erken yaşamdaki sağlık durumu, yetişkin yaşamdaki sağlık durumunu da etkilemektedir. Erken yaşam döneminde biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel koşulların belirlediği sağlık durumunun etkileri yaşam boyu sürmektedir. Çocuklukta iyi bir sağlık durumuna eşlik eden koşullar; eğitimi algılama, iyi ebeveynlik, annenin sağlık ve eğitim düzeyi olarak sıralanabilir. Bu yüzden annelerin ve çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığına ve eğitimine yapılan bir yatırım, aynı ulusun gelecekteki sağlığını olumlu yönde etkileyecek ve vatandaşların görevlerini yerine getirmesine ve sağlıklı olmalarına yardımcı olacaktır.

Bu bölümün amacı; erken yaşam dönemindeki fiziksel ve ruhsal sağlıkta belirleyici olan biyolojik ve sosyal süreçler ve bunların yetişkin sağlığıyla ilişkili olduğuna dair öne sürülen nedenler hakkında bilgi vermektir. Erken yaşamdaki sağlığın geliştirilmesi için gerekli politikalar hakkında bir çerçeve de çizilmiştir.

3.2 Erken yaşamda fiziksel gelişim ve sağlık

Doğum öncesi gelişimin, bunu takip eden çocukluktaki ve yetişkinlikteki sağlık durumu için çok önemli olduğu öne sürülmektedir, çünkü "birçok doku ve organ doğumdaki veya doğumdan kısa süre sonraki hücre sayılarına göre oluşur. Doğum sonrası büyümenin çoğu, yeni hücrelerden çok, var olan hücrelerin büyümesinden kaynaklanır." (Hales 1997). Organ ve doku gelişimine fırsat sağlayan bu eşsiz dönemle ilgili ilk hipoteze biyolojik programlanma hipotezi denir, çünkü bu hipoteze göre; "fetüs, beslenme yetersizliğine karşı fizyolojik, metabolik ve yapısal olarak sürekli değişim göstererek cevap verir" (Barker 1998, s. 10) ve bu da yaşamın sonraki evrelerinde hastalık riskini artırır. Doğum öncesindeki önemli gelişim dönemlerinde yetersiz beslenme "bazı organlardaki hücre sayısı-

nı kalıcı olarak azaltabilir" (Widdowson ve McCance 1975; McCance ve Widdowson 1974).

Biyolojik programlanma kavramı, doğum öncesi ve sonrası büyüme konusunda elde edilmiş kanıtlara ve bilgiye dayanır ve Barker'ın biyolojik programlanma konusundaki ilk önermeleri, yakın zamanlardaki çalışmalarla birlikte, erken yaşam dönemindeki büyümenin, yaşam boyunca sağlık ve işlevsellik üzerinde önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Kuh ve Ben Shlomo 2004). Yetişkin yaşamdaki sağlık çıktılarının çoğu, erken yaşamdaki büyümenin zayıf olması ile ilişkilendirilmektedir. Bu sağlık çıktıları arasında; kalp-damar sistemi ve solunum sistemi işlevleri (Barker 1998; Dezateux ve Stocks 1997; Cheung ve ark. 2000); bilişsel fonksiyonlar (Richards ve ark. 2002); kronik obstrüktif akciğer hastalığı (Barker 1998); şizofreni (Jones ve Done); psikolojik işlev ve strese yatkınlık (Nilsson ve ark. 2001; Cheung 2002; Jones ve Done); koroner kalp hastalığı ve diyabet (Davey Smith ve ark. 2001); erken yetişkinlikteki serum kolesterolü (Miura ve ark. 2001); atopik hastalık (Steffensen ve ark. 2000); ve meme kanseri (de Stavola ve ark. 2004) yer almaktadır.

Düşük doğum ağırlığı, besinlerin ve oksijenin fetüse az ulaşmasının bir sonucudur (Barker 1998), bu da anne sağlığı ve annenin çevresiyle ilgili bir sorundur, aynı zamanda annenin uygun gıdaya erişiminin olmamasına ve gebelik süresince risk etkenlerine maruz kalmasına bağlıdır (örneğin sigara, egzersiz, beslenme biçimi, alkol tüketimi, hava kirliliği, enfeksiyon geçirmesi) (Brooke ve ark. 1989; Hall ve Peckham 1997; Bobak ve ark., 2000). Dolayısıyla, doğum ağırlığı, annenin gebelikten önceki sağlığıyla (Kramer ve ark., 2002) ve genetik etkenlerle (Perry ve Lumey 2004) ilişkilendirilebilir. Ayrıca, annenin kendi çocukluğundaki ve ergenliğindeki sağlığının ve büyüme olanaklarının, annede hipertansiyon ve vücut ağırlığının artması risklerini geliştirmesi yoluyla, bebeğinin fetal gelişimiyle de ilişkili olduğu tartışılmaktadır (Perry ve Lumey 2004).

Sosyal olarak, doğum öncesindeki ve bebeklikteki büyümeyi olumsuz yönde etkilediği kabul edilen etkenlerin arasında; yoksulluk, annenin sigara içmesi, aşırı alkol alınması, ilaçların yanlış kullanılması ve annelerin ve bebeklerin kötü ve yetersiz beslenmesi yer almaktadır. Annenin gebelikteki sağlığını etkileyen etkenler, bebeği doğumdan önce etkilemenin yanında, bebeğin doğum sonrasındaki ortamını ve bebeklik dönemini de etkilemektedir. Annenin sigara içmesi, beslenme bilgisi ve gıda erişimi, bebeği, yaşamsal öneme sahip bir süreç olan ergenlik öncesi büyüme evresinde etkilemektedir. Yaşamın bu dönemindeki yetersiz büyümenin ve kötü sosyo-ekonomik koşulların, artan bir şekilde, yetişkin sağlığını tehdit ettiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Hardy ve ark., 2000; Eriksson ve ark., 2003); örneğin, bu durum aşırı kiloya yol açabilmektedir (Şekil 3.1). Ayrıca, çocuklukta yetersiz beslenmenin başka etkileri de olabilir; örneğin, bilişsel

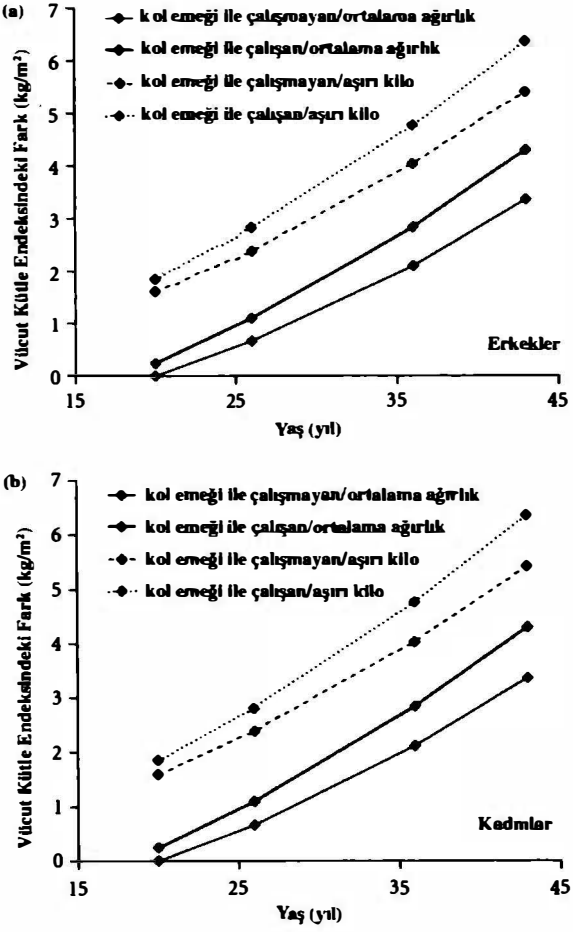
gelişim ve solunum sistemi üzerinde (Oddy ve ark. 2003; Shaheen 1997).

Erken yaşamda yetersiz büyüme ve olumsuz sağlık koşullarının varlığı yetişkin yaşamı nasıl etkileyebilir? İlk açıklamaya göre, erken yaşamdaki büyüme ve gelişmenin iyi bir şekilde gerçekleşmemesinden ve çocuğun daha sonraki kötü koşullara maruz kalmasından kaynaklanabilir. Anne karnındaki gelişimin önemine (Barker 1998) ek olarak, bebeklik süresince gerçekleşen büyümenin önemi konusunda da kanıtlar artmıştır (Erikkson ve ark. 2003; Hardy ve ark. 2000). Bunun nedeni, fiziksel gelişimin, bazı yönleriyle bebeklik döneminde de sürmesi olabilir. Ancak aynı zamanda, gelişim süreçlerinin, çevre ile organ gelişimi (örneğin göz gelişimi, Gregory 1998) arasındaki etkileşime bağlı olması da bir neden olabilir. Keating ve Hertzman (1999), bu etkileşimi "özellikle sinir sisteminde olmak üzere, organizmanın deneyimlerinin kodlandığı bir süreç ... biyolojik bütünleşme" (s. 12) olarak tanımlamıştır. Montgomery ve ark. (1997), erken yaşamdaki duygusal çevrenin sorunlu olmasının, glukokortikoid-hipokampus-hipotalamus yolağı üzerindeki etkisi sebebiyle boy uzamasını azalttığını öne sürmüşlerdir. Kısa bir süre önce de Boyce ve Keating (2004) şöyle belirtmişlerdir:

> İnsanın duygularında, iradesinde, hareketinde ve düşüncelerinde etkili olan bütün temel yolaklar, doğumda önceden beri bulunmaktadır ve yaşantılara dair bilgi girişini beklemektedir. Böylece, gizli yolakların bireylerin kişiliklerine, eğilimlerine, yeteneklerine ve kusurlarına ait sinirsel substratları oluşturmalarını sağlarlar. Doğumdan sonraki birkaç ayda, bu zengin sinir ağı sürekli olarak "budanır" ve seçici olarak nöronlar (apoptoz veya programlanmış hücre ölümü yoluyla) ve sinapslar, daha az yararlanılan yollardan ve devrelerden elenir. Öyle gözüküyor ki bu sinirsel eleme; normal zekâ, davranış ve ruhsal işlevin başlangıcı kadar gereklidir –tıpkı bundan önce, fetal yaşamdaki sinisel çoğalma dönemi gibi. (s. 421)

Sosyal çevre ile çocuğun doğuştan gelen fiziksel yapısı arasındaki etkileşim, erken yaşamdaki fiziksel sağlık ve gelişim ile sosyal koşullar arasındaki ilişkiyi anlamak için anahtar görevi görebilir. Gelişim çağından sonraki yaşlarda da karşılaşılabilecek benzer süreçleri açıklamak için bu tip bir etkileşimin var olduğu öne sürülmüştür. Örneğin, kronik strese maruz kalmak, sempato-adrenal sistem ile hipotalamo-hipofizer-adrenal sistemi kronik ve fazla bir şekilde uyarabilir ve özgül sağlık bozukluklarına dair riskleri artırabilir (Brunner 2000; Welberg ve Seckl 2001).

Erken yaşamda büyümenin zayıf olması ile yetişkin yaşamda görülen sağlık bozuklukları arasındaki ilişki için önerilen ikinci açıklama ise, risk birikiminin ve bunların etkileşimlerinin olumsuzlukları ile ilgilidir –bu, sosyo-ekonomik koşulların düşük olması ve yetersiz büyüme arasındaki ilişkiyle başlayan bir süreçtir. Örneğin, erken yaşamdaki düşük sosyo-ekonomik koşullar ile bunu izleyen yetersiz eğitim başarısı, kötü sağlık alışkanlıkları (örneğin sigara içmek), yetişkinlikte



Şekil 3.1: 20 yaşındaki erkek ve kadınların vücut kütle endeksindeki farklar, 14 yaş için alınan kilo 100 ve kol emeği ile çalışmayan sosyal sınıf. Kaynak: Hardy ve ark. (2000), Macmillan Publishers Ltd.'nin izniyle.

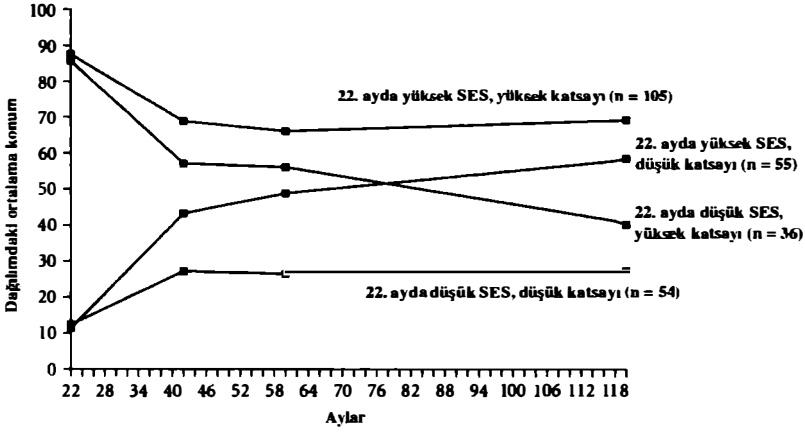
yetersiz beslenme, düşük gelir (Lynch ve ark. 1997) ve aşırı kilo ve obezite (Mustillo ve ark., 2003; Preston ve ark. 1998; Martikainen ve Valkonen 1996; Montgomery ve ark. 1996) olasılıklarının artışı arasında ilişki bulunmaktadır.

Üçüncü açıklamaya göre, erken yaşamdaki bazı olumsuz koşullar (örneğin, enfeksiyon hastalıkları), yetişkinlikte ek olarak uğraşılması gereken durumlar meydana getirmektedir (örneğin, obezite veya enfeksiyon); böylece, erken yaşamdaki gelişim sürecinde ya da bu dönemdeki olumsuz maruziyetler sonucunda hassasiyet kazanan organizma, sağlık bozukluklarına itilmektedir (Martyn 1997; Leon ve ark. 1996).

Tartışmaya açık bir şekilde, bu üç açıklama birbiri ile uyumsuz değildir ve karşılıklı bir ilişki içinde olabilir. Ayrıca, bazı hastalıklar için, erken yaşamda yetersiz büyümenin genetik bir kökeni olabileceği iddia edilmiştir –böyle bir genetik etki, aynı zamanda sonradan gelişebilecek özgül hastalıklara yatkınlığı artırabilir. Düşük doğum ağırlığı ile yetişkinlik dönemindeki diyabetin ve damar hastalıklarının arasındaki ilişkiyi açıklamak için böyle bir açıklama ileriye sürülmüştür (Hattersley ve Tooke 1999).

Bebeklikten sonra, sosyo-ekonomik veya biyolojik olarak risk birikimi devam etmez ise ya da çocukluk çağındaki sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesi ile koruyucu bir etki meydana gelir ise, erken yaşamda yetersiz gelişmeye bağlı olarak olumsuz etkilerin meydana gelmesi kaçınılmaz olmaktan çıkabilir. Ebeveynlerin sosyal statüsünün yükselmesi, aynı sosyal koşullarda yaşama başlayan ve daha sonra aynı koşullarda yaşamaya devam eden çocuklara oranla, boy uzaması ve bilişsel fonksiyon puanlarında bir iyileşme görülmesi ile ilişkilendirilmiştir (Douglas 1964; Kuh ve Wadsworth 1989); ebeveynlerin yüksek sosyo-ekonomik statüsü ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerinin sonraki zamanlarda normal büyümeyi yakalama oranlarının daha iyi olması arasında da bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (Teranishi ve ark. 2001). Bu ilişkiler, kısmen, beslenme ile açıklanabilir. Beslenmenin, büyümeyi desteklemenin yanında, çocukluk çağı hastalıklarına karşı koruyucu olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır. Bu hastalıklar, örneğin, bebeklerdeki akciğer hastalıkları (Strachan ve Sheikh 2004), zararlı olabilecek uzun dönemli riskleri de beraberinde getirmektedir – bilişsel işlevlerle ilgili riskler gibi (Morely ve Lucas 1997; Gibson ve Green 2002). Ebeveynlerinin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olması da çocukların bilişsel performanslarında, bu avantajlara sahip olmayanlara göre, daha hızlı bir ilerleme olmasına yardımcı olmaktadır (Şekil 3.2; Feinstein 2003). Buradaki mekanizma çok açık değildir, ancak beslenme ve ebeveynlerin entelektüel uyarımı gibi birbirinden farklı unsurları içinde barındırabilmektedir. Bununla beraber, çocuğun eğitime erişiminin yüksek olması da bir dereceye kadar, yetişkinlikte bilişsel yeteneğin azalmasını engeller (Richards ve Sacker 2003).

Açıkça, erken yaşamda kötü bir sosyo-ekonomik çevrenin varlığı, gelişim süreçleri ve zararlı çevresel etkiler arasındaki etkileşime bağlı olarak, sağlıkta bir risk artışına yol açmaktadır. Kötü bir çevre; doğum öncesinde annenin beslenme alışkanlığındaki yetersizlikle, sigara içmekle, aşırı alkol alımıyla, gebelikte enfeksiyon riskinin artmasıyla ve doğum sonrasında da çocuğun büyümesinde yetersizlikle ilişkilendirilmektedir. Annenin yetersiz eğitim düzeyi ve okuryazarlığının düşük olması, riski daha da artırmakta ve bu etkilerin kalıcı olmasına katkı sağlamaktadır. Savaş, sivil itaatsizlik veya geniş ölçekli salgınlar yaşanan ülkelerde, bu tür risklerin tümünde artış görülmektedir.



Şekil 3.2 Ebeveynlerin sosyo-ekonomik statüsüne (SES) göre 22, 42, 60 ve 120. aylardaki test skorlarının ortalama sıralaması ve ilk sıraları. Kaynak: Feinstein (2003) Blackwell Publishing'in izni ile.

3.3 Erken yaşamda mizaç ve davranış

Erken yaşamda fiziksel ve bilişsel gelişimi kötü yönde etkileyen düşük sosyal koşullar, aynı zamanda mizaç ve davranış üzerine de etkilidir.

Ebeveynlerin çocuklarına karşı duygusal olarak tutarsız, rahatsızlık verici ve özellikle taciz edici ve cezalandırıcı şekildeki yanlış davranışlarının, çocukluk döneminden sonra anti-sosyal davranış sorunları, davranış bozuklukları ve anti-sosyal kişilik için bir risk oluşturduğuna dair çok miktarda kanıt bulunmaktadır (Rutter ve ark. 1998). Ebeveynlerin bu olumsuz yaklaşımı ne kadar erken yaşta meydana gelirse bu sonuçların ortaya çıkma riskinin o kadar artacağına dair ek kanıtlar da mevcuttur (Keiler ve ark. 2001). Ailede duygusal olarak bir rahatsızlık olması ruh sağlığı için uzun dönemde bir risk oluşturur, en çok görülen durum ise kadınlarda depresyondur (Maughan 2002). Ebeveynler arasındaki ilişkinin kötü olması sebebiyle çocukluk döneminde olumsuz bir duygusal ortamın meydana gelmesi, ergenlikte ve erken yetişkinlikte intihar düşünceleri ve intihar davranışları için yüksek bir risk yaratmaktadır (Fergusson ve ark. 2000). Ergen annelik ile annenin yetersiz eğitim düzeyinin birlikteliği, çocukta zıtlaşma ve saldırganlık riskinin (Nagin ve Tremblay 2001) ve çocuğun yetersiz bir eğitim alması, uyuşturucu kullanması, ruhsal sağlık problemlerine ve anti-sosyal davranışlara sahip olması (Fergusson ve Woodward 1999) risklerinin yükselmesi ile ilişkilendirilir. Ebeveynlerdeki özsaygının az olması çocuk istismarı riskini yükseltebilir (Stratton ve Swaffer 1988). Çocuklukta çok stresli bir çevrede, örneğin ev içi şiddet olan bir ortamda bulunmak, beyin gelişimi için risk yaratmaktadır

(Koenen ve ark. 2003; Tucker ve ark. 1997). Mizacın ve davranışların yetersiz kontrol edildiğine dair gözlemlenen erken belirtiler, yetişkinlikte ruhsal sağlık ve davranış sorunlarıyla (depresyon, sosyal izolasyon ve madde bağımlılığı gibi) ilişkilendirilmiş ve bunların iş ve ilişki sorunlarına yol açacağı öne sürülmüştür (Moffitt ve ark. 2002).

Çocuklukta yanlış davranışlara maruz kalmanın ve duygusal olarak rahatsız edici bir yaşantı sonrasında, olumsuz davranışsal ve ruhsal sağlık çıktılarının görülmesi olasılığı, buna eşlik eden düşük sosyo-ekonomik koşullar ile birlikte artmaktadır. Yetersiz annelik yapılması ve fiziksel olarak yeterli bakımın ve ilginin gösterilmemesi, aşırı kalabalık, maddi bağımlılık ve ailenin duygusal dengesizliği, yetişkin depresif bozukluklar için risk yaratır, özellikle de erken yetişkinlik döneminde olan kadınlarda depresyon riskini artırmaktadır (Sadowski ve ark. 1999) ve böyle toplu bir süreç, aynı zamanda geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde intihar düşünceleri ve davranışlarıyla ilişkilendirilmektedir (Fergusson ve ark. 2000). Yetersiz eğitimin doğal bir sonucu olarak, çocuklukta davranış ve mizaç sorunları ortaya çıkabilir ve bu durum, yetişkinlikte düşük bir özsaygı, ekonomik becerinin zayıf ve insan ilişkilerinin kötü olması riskini artırır; bütün bunlar da yetişkin davranış güçlükleri ile ilişkilendirilmektedir (Nagin ve Tremblay 2001). Ebeveynlerin ayrılmasından sonra, çocuğun yetersiz bir eğitim alma riski de yükselmektedir (Ely ve ark. 1999).

Açıkça, çocuklukta meydana gelen olumsuz duygusal deneyimler ve beraberindeki düşük sosyo-ekonomik koşullar, toplu halde, bu dönemde belirgin bir risk oluşturmaktadır. Bu riskin görünürdeki uzun süreli etkileri psikolojik, psikososyal, sosyal ve biyolojik modellerle açıklanmaya çalışılmıştır.

Psikolojik açıklamalara göre, çocukluktaki psikolojik ve fiziksel aşağılanmanın, çocuğun duygusal düzenine, bağlanma güvenine, başkalarıyla olan ilişkilerinin kalitesine ve kişisel değer kavramına zarar verebileceği öne sürülmektedir. Psikolojik açıklamaların içinde hassas dönem kavramı yer almaktadır; 6. ve 8. aylar arasındaki hassas dönemde çocuklar "ebeveynleriyle temel bağlarını geliştirmelidir"; 12. ve 13. aylar arasındaki zaman dilimi de entelektüel gelişim ve dil gelişimi için hassas bir dönemdir (Sylva 1997). Çocukluğun geç dönemlerinde olduğu gibi, hassas dönemlerde de bu süreçlerdeki aksama uzun süreli bir risk kaynağı meydana getirebilmektedir, çünkü çocuk uygunsuz uyum gösteren bir tepki tarzı geliştirmekte, bu da öğrenmeyi ve başkalarına verilen tepkileri etkilemektedir (van Os ve Jones 1999).

Psiko-sosyal açıklamalara göre, kötü deneyimlere verilen tepki tarzının, çocuğun özsaygısını (Sweeting ve West 1995) ve kendini kontrol etme becerisini azaltabileceği (Pulkkinen ve Hamalainen 1995) ve sonraki yaşlarda eğitim, iş, kişisel ilişkiler ve olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme gibi sosyal kazanımlarda ve

statüde bir risk yarattığı öne sürülmektedir (Rogers 1994). Ergenlikte, depresyon ve kaygı düzeyinde gözlemlenen artış kızlarda erkeklere oranla daha fazladır, belki de sosyal ve cinsel rollerin ergenlikte gelişmesi nedeniyle, erken yaşamda duygusal olarak zarar görenlerde kendini değerlendirebilme daha zayıf olmaktadır (Maughan 2002). Bu durum, daha sonra sosyal hassasiyeti de artırabilir; bu da erken gebelik olasılığı gibi bir risk artışına, beraberinde zayıflayan insan ilişkilerine, yetersiz eğitim alamaya, iş olanaklarının azalmasına yol açması ve depresif hastalıklara dair risklerde artış gözlemlenmesiyle açıkça ortadadır (Maughan ve Lindelow 1997). Bartley (2004), din, aile ve sosyal sınıf gibi geleneksel sosyal bağların zayıfladığı toplumlarda başarıyla "içsel bir güvenlik duygusu, ilişki kurma ve ilişkileri devam ettirme becerisi" geliştiren çocukların (s. 19) kişiliklerini daha iyi bir şekilde koruyabileceğini öne sürmektedir.

Sosyal açıklamalara göre, duygularını yönetebilmede yetersiz kalmanın, düşük düzeyde bir eğitim almanın ve yüksek işsizlik riskinin, kişinin sosyo-ekonomik statüsüne, özsaygısına ve yaşamdaki şansına kötü yönde bir etkide bulunacağı öne sürülmektedir (Caspi ve ark. 1991; Tremblay ve ark. 1995; Montgomery ve ark. 1996; Nagin ve Tremblay 2001).

Biyolojik açıklamalar ise gelişim döneminde yaşanan dayanılmaz duygusal baskıyla başa çıkabilmek için duygusal tepki tarzının olası bir adaptasyonundan söz eder; çünkü adaptasyon, daha sonraki strese verilen psiko-fizyolojik yanıtlarda (Wadsworth 1976) ve yetişkinlerin bağışıklık yanıtlarında saptanabilmektedir (Surtees ve ark. 2003). Bunlar, sosyal yaşantının "biyolojik bütünleşme"sine dair verilebilecek örneklerdir. Ayrıca, kronik olarak yüksek seviyelerde seyreden bir stresin, olumsuz bir şekilde glukokortikoid seviyelerinde yükselmeye neden olmasına ve bu durumun da hipotalamik-hipofizer-adrenal sistem üzerindeki etkilerine ve daha önce belirtildiği gibi ruhsal ve fiziksel işlevlerde de olumsuz sonuçlara yol açabileceğine dair (Brunner 2000; Montgomery ve ark. 1997; Richards ve ark. 2002; Heim ve ark. 2000) açıklamalar da bulunmaktadır. Genetik ve çevresel etkenlerin etkileşimi ile ilişkili olarak koruyucu olabilen genetik etkiler (Caspi ve ark. 2002) ve artmış riskler de olabilir (Jaffee ve ark. 2003).

Görünüşe göre fiziksel sağlık için geçerli olduğu gibi ruhsal sağlık ve mizaç gelişiminde de tüm ortamlarda, özellikle de en fazla zarar verenlerde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların yetişkinlikte görülmesi kaçınılmaz değildir. Neden-sonuç modelinin toplam etkisi, sadece hassasiyetin ailesel ve/veya psiko-fizyolojik olarak stresli yaşam deneyimlerine aktarılmasıyla gözlemlenebilir (van Os ve Jones 1999) ya da sadece yetişkinlik döneminde stresli bir deneyim yaşandığında ortaya çıkabilir (Rodgers 1994). Çocuklukta iyi ilişkilerin sağladığı koruyucu etkiler vardır. Örneğin, çocuğun eğitimine yönelik ebeveyn ilgisinin yüksek seviyede olması, ebeveynlerin ayrılması nedeniyle eğitimin olumsuz etkilen-

mesine karşı koruyucudur (Wadsworth ve MacLean 1986). Olumlu bir aile etkileşimi ve uyarımı içinde yaşamak, daha iyi bir eğitim almakla ilişkilendirilmektedir (Sylva 1997). Britanya'da, çocukluktaki stresli durumlara, fiziksel ve cinsel istismara karşı dayanıklılığın araştırıldığı bir çalışmada, tutarlı bir yetişkinle yakın bir ilişki içinde olmanın yetişkinlik döneminde yaşanabilecek depresyona karşı etkili ve değerli olduğu ortaya konmuştur; çocukluk döneminde istismara uğramış kadınlar arasında, böyle bir desteğe sahip olmayanlarda yüzde 42 olan depresyon oranı, destek görmüş kadınlarda yüzde 19'a düşmüştür (Bifulco ve Moran 1998).

Werner (1995, s. 161), ileriye dönük Kauai araştırmasında ve diğerlerinde, yoksulluk ya da psikolojik olarak stresli aile koşulları içinde yaşayan çocuklar için koruyucu olabilecek etkenlerin üç şekilde tanımlanabileceğini göstermiştir. İlki, bireyin kendi özellikleri içinde bulunan koruyucu etkenlerdir. Werner, bu kişileri diğerleriyle birlikte olabilenler olarak tanımlamaktadır: "Bunların iyi iletişim kurma ve problem çözme yetenekleri var, çocuk bakıcılarını kendilerine çekmek de dâhil ... kendi davranışlarının yaşamlarını olumlu yönde etkileyeceğine dair inançları vardır". İkinci tanımlamaya göre, bu dayanıklı çocukların aile ilişkileri veya arkadaşları ile olan duygusal bağları "güven duymayı, özerkliği ve girişkenliği teşvik etmektedir". Üçüncü olarak da bu çocukların, toplumda olumlu rol model olarak davranan ve "dayanıklı çocukların yeteneğini" güçlendiren ve ödüllendiren insanlarla ilişkileri bulunmaktadır.

Gelişmekte olan çocuğun sosyal çevreye adaptasyon sağlaması, bulunduğu ortamın beklentilerini karşılayabilecek mizaç ve fiziksel becerinin oluşum süreci ile gerçekleşebilir görünmektedir (Scarr ve Weinberg 1983; Jones ve ark. 1994). Duygusal aşağılanmanın fiziksel büyüme, mizaç ve davranış üzerindeki olumsuz etkilerine dair araştırma kanıtlarının çoğu, aile içi uyumsuzluk çalışmalarından elde edilmiş olsa da küresel olarak, savaşlara ve HIV/AIDS gibi salgınlara bağlı büyük sosyal değişimlerin de çocukların ruhsal sağlıklarını ve mizaçlarını güçlü bir şekilde etkilemesi mümkündür. Toplumsal seviyede, çocuklukta, özellikle savaş ve salgınlarla ilişkilendirilen zayıf ruhsal sağlık durumunun sonuçları üzerine, bildiğimiz kadarıyla, henüz sistematik ve kapsamlı bir şekilde araştırma yapılmamıştır.

3.4 Toplumsal bağlam

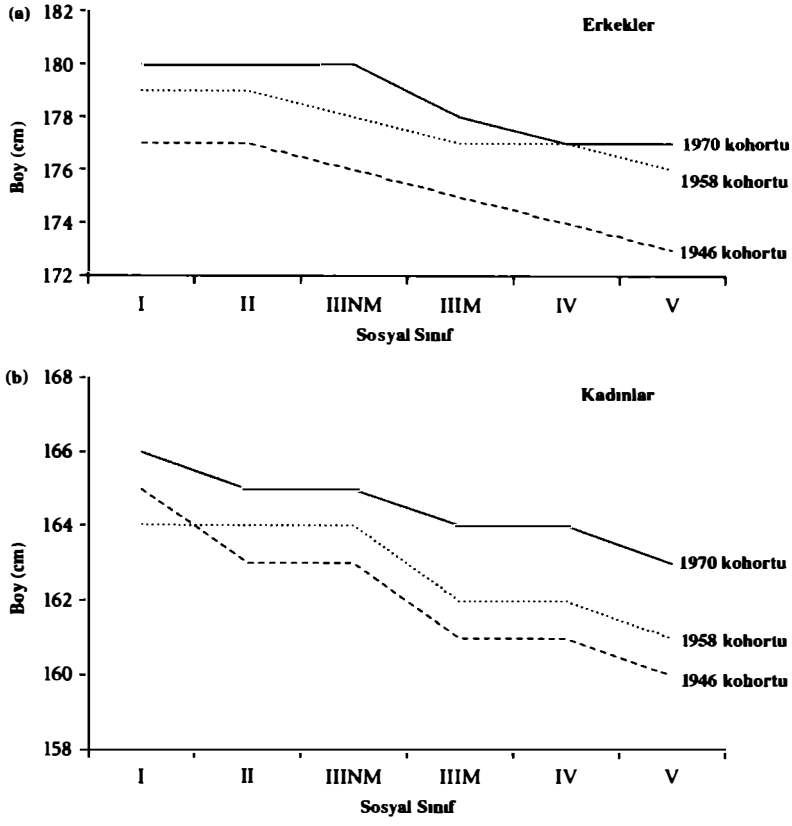
Toplumsal zenginliğin artması sağlıkta olumlu değişikliklerle ilişkilendirilmektedir. 1921 ve 1962 yılları arasında, Norveç ordusundaki askerlerin boyları üzerine yapılan araştırmalar sonucunda sürekli bir artış olduğu gözlemlenmiştir (Udjus 1964, alıntı yapan Tanner ve ark. 1982). Bu artışın büyük kısmı bacak uzunluğunda tespit edilmiştir; bu uzunluk, erken yaşamda belirgin olarak daha

fazla gelişen boy unsurlarındandır. Bu değişim, beslenme alışkanlıklarındaki ve sağlıktaki gelişmelere bağlanmıştır. Buna benzer sonuçlar Japonya'da da görülmüştür (Tanner ve ark. 1982). Bunun yanında Britanya'da, beslenmedeki ve sağlık hizmetlerindeki gelişme ve bulaşıcı hastalıklardaki azalmanın sonucunda, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra doğanların oluşturduğu kohortlarda (Şekil 3.3), sosyal eşitlik artmış ve boy uzunluğu ortalaması yükselmiştir. Savaş sonrasında boy uzamasındaki bu yükselme, kohortlar arası ve kuşaklar arası bilişsel işlev testlerindeki artış ile ilişkilendirilebilir (Wadsworth ve ark. 2003; Feinstein 2003). Ancak, beslenme seçeneklerinin artması ve daha fazla harcama gücünün bulunması, çocuklukta aşırı kilo ve obezite risklerinin (Wadsworth ve ark. 2003) yanı sıra diyabet ve damar hastalıkları risklerinin de yükselmesiyle ile ilişkilendirilmektedir (Eriksson ve ark. 2003).

İşsizlik riskinin yüksek olduğu dönemlerde, yetişkinlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı normalden daha fazla tehdit altındadır (Montgomery ve ark. 1996). İşsizlik olasılıkla düşük bir eğitim seviyesi olanlarda ve düşük vasıflılarda görüldüğünden ve birçok ülkede yapılan iş statüyü de belirlediğinden, işsiz olmak, düşük bir gelirin yanında sosyal izolasyon ve özsaygıda azalmayı da beraberinde getirebilmektedir. Tartışmalı olarak, iş sahibi olanlar arasında sağlık açısından sosyal farklılıkların bulunması, özsaygı ve statüye yapılan göndermelere çok şey borçludur. Ebeveynlerin işsizliği çocukları da etkiler. Toplumdaki kitlesel işsizlik dönemlerinin psikolojik etkileri üzerine yapılan araştırmalarda, bu deneyime sahip olanların mizaçları ve daha sonra çocuk yetiştirmeleri üzerinde olumsuz etkiler görülmüştür (Elder ve ark. 1984). Graham'ın (1984, s. 18) gözlemine göre:

> Ailenin yoksulluğu ile istihdam politikaları ve ücretli olmayan işlerde çalışanların gelir devamlılığına dair politikalar, birbirinden ayrılamayacak derecede bağlantılıdır. İş gücü piyasasının dışındaki ailelerin yoksulluğa karşı belirgin bir hassasiyeti olduğu için istihdam, bir yandan da ilişkili olduğu yoksulluğa ve sağlığın bozulmasına karşı en etkin güvence olmayı sürdürmektedir.

Ebeveynlerin ayrılmasının ve boşanmasının etkileri açık bir şekilde açıklanmıştı. Çocukların ve ebeveynlerin yaşamlarındaki çarpıcı olayların artması, sağlık ve davranış problemleriyle ilişkilendirilebilmektedir. 2002'de Britanya, bin kişide 2,7 ile Avrupa'daki en yüksek boşanma oranına sahipti, bu sayı diğer Avrupa ülkelerinde ise ortalama binde 1,9'du; 2002 yılında Britanya'da, boşanmış ebeveynlerin üç çocuklarından ikisi 10 yaşından küçüktü (Summerfield ve Babb 2004). Yüksek gelirli ülkelerde geleneksel aile bağları zayıfladığı için sosyal ağlar da zayıfladı (Wilkinson 1996; Bartley 2004) ve bu değişiklikler, eskiden çocuklarda dayanıklılığı geliştiren sosyal destek olanaklarını azaltmış olabilir (Werner 1995; Bifulco ve Moran 1998).



Şekil 3.3 Britanya'da üç ulusal doğum kohortu çalışmasında babanın sosyal sınıfına göre ortalama yetişkin boyları. Kaynak: Wadsworth ve ark. (2003).

Benzer şekilde, yaşamda meydana gelen temel değişikliklerin ve aksaklıkların diğer bir şekli olan göç de beraberinde sağlık riskleri getirebilir. Bu durum, Tokelu Adaları'ndan (Beaglehole ve ark. 1979), Japonya'dan (Marmot ve ark., 1975) ve Güney Asya'dan (McKeigue ve ark. 1992) gelen göçmenlerde gösterilmiştir. Genetik farklılıklar, sosyal farklılıklar, besinsel ve psikolojik değişim ve "kültürel kayıp" etkisi çerçevesinde açıklamalar yapılmıştır (Eisenbruch 1988; Helman 1994). Erken yaşamdaki büyüme ve gelişme açısından, doğum öncesi ve sonrası yetersiz beslenme, vücut sistemlerini ve organlarını düşük seviyede bir beslenmeyle başa çıkabilmesi için hazırlamaktadır (Barker 1998). Daha sonra, zengin bir topluma göç edilmesi, obezite ve glukoz intoleransı ile ilişkili sağlık risklerini de büyük oranda artırmaktadır (McKeigue ve ark. 1992).

Savaşın ve HIV/AIDS salgınlarının mali ihtiyaçları; zorunlu göç, gıda kıtlığı ve sağlık kaynaklarının boşa harcanması ile annelerin ve çocukların yaşamlarına

ağır bir yük getirmektedir. Gıda ve Tarım Örgütü'nün (2003) HIV/AIDS salgını konusundaki gözlemi:

> Açlık, hem virüsün yayılmasını hem de hastalığın ilerlemesini hızlandırmaktadır. Aç insanlar, yaşamda kalmak için riskli taktikler uygulama eğilimindedir. Genellikle AIDS bulaşma oranlarının yüksek olduğu yoksul semtlere göç etmek zorunda kalmaktadırlar. Kadınlar ve çocuklar, çaresizlik içinde, para ve yemek için seks pazarlığı yapmakta ve hastalık kapma riskine maruz kalmaktadır (s. 11).

Yetersiz beslenme ve mortalite arasındaki ilişki açıktır (Tablo 3.1) ama 1995-1997 ve 1999-2001 yılları arasında, gelişmekte olan ülkelerde toplumda yetersiz beslenme oranındaki azalma sadece yüzde 1'dir; yüzde 18'den 17'ye düşmüştür. Yeterince bilinmeyen ve araştırılmayan sosyal düzensizlik (savaşla, yaygın salgınlarla ve kıtlıkla ilişkilendirilebilecek bir ölçekte), çocukların eğitim olanaklarını ve düzenli aile yaşamının getirdiği pozitif etkileri azaltmakta ve çocuklarda ciddi bir psikolojik zarar oluşturmaktadır. Ülkelerdeki yoksulluk, benzer şekilde psikiyatrik morbidite riskini de beraberinde getirir (Costello ve ark. 1996).

Tablo 3.1 Gelişmekte olan ve geçiş döneminde olan ülkelerde yoksulluk, çocuk mortalitesi ve çocukların beslenme durumu, yetersiz beslenme prevelansına göre kategorilere ayrılmıştır.

Beslenme yetersizliğinin prevalansı (toplumdaki %, 1999-2001)	Yoksulluk (Yoksulluk sınırının altındaki toplum %, 1990-2000)		Çocuk mortalitesi (2001 yılı, 1000 doğumdaki 5 yaş altı mortalite)	Çocuğun beslenme durumu (5 yaş altı düşük ağırlıklı çocuk %, 1995-2000)
	Kırsal	*Kentsel*		
> 2.5	14-28	20-30	5-27	1-20
2.5-4	15-47	7-25	12-41	1-14
3-19	5-68	2-49	9-197	4-41
20-34	10-82	12-57	19-265	5-52
35 ve fazlası	33-83	8-62	35-316	3-49

Kaynak: Gıda ve Tarım Örgütü (2003), (Food and Agricultural Organisation).

Birçok ülkede kadınların eğitim düzeyi erkeklerden daha düşüktür ama bu konuda gelişme yaşanmaktadır. Britanya'da 1970 yılına kadar kadınların üniversiteye gitme oranı erkeklerinkine eşit değildi. Bu yüzden, eğitime erişim olanaklarında artış olan annelerin çocuklarına verilen sağlıkla ilişkili değer, o zamana kadar gözlemlenememişti ve bu annelerin doğurduğu kuşakla birlikte, anne olmadan önceki sağlık ve büyüme çerçevesinde sağlığa değer verilmeye başlandı. İnsan gelişiminde zayıf görünen ülkelerde, 15-24 yaşlar arasındaki okuryazar kadınların erkeklere oranı 100 erkekte 70'ten 81 kadına çıkmıştır ve ilköğretimdeki cinsiyet oranı gelişmekte olan ülkelerde 1990 ve 1999-2000 yılları arasında

100 erkeğe 86'dan 92 kıza yükselmiştir (United Nations – Birleşmiş Milletler 2003). Yine de gelişmekte olan ülkelerde, 15-24 yaş arası erkeklerin yüzde 80'lik okuryazarlık oranıyla karşılaştırıldığında, bu oran aynı yaştaki kadınlar için yüzde 60'tır; dünyadaki okuma yazma bilmeyen insanların üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (United Nations 2003).

Ülkeler arasında olduğu kadar, zaman içinde de değişen sosyal bağlamın başka bir etkisi ise gelenekler ve modadır. Aile yaşamına derinden işlemiş gelenekler ve işgücü paylaşımı, annelerin ve çocukların sağlıklarını güçlü bir şekilde etkileyebilir. Bu konuda en çarpıcı örnekler ise yeni doğum kontrol yöntemlerini uygulamak için tasarlanmış programlar ile meydana gelmiştir. Barroso ve Correa'nın (1995) belirttiği gibi, doğum kontrol programı planlayıcıları seçim ve mantık hakkında varsayımlar yaparken, uygulama açısından "doğum kontrolü seks ile bağlantılıdır – seks ise sebep, tutku, arzu, coşku, kültürel norm, din, Tanrı ve şeytan ve bir o kadar da şans oyunlarında olduğu gibi risk almanın zevki için bir araya gelme mekânıdır". Williams ve ark. (1994) tarafından yapılan gözlem şöyle ifade edilmiştir: 'Lesotho'da, kadın emzirirken cinsel ilişki tabudur ve bu yüzden göçmen erkek işçiler eşlerine evde kullanabilecekleri formül mama kutuları getirirler; böylece kadınlar bebeklerine şişeyle süt verir ve seks yapabilir" (s. 29).

Kadınlara miras kalmasını ve hatta kadınların arazi ve kaynak sahibi olmasını ve bir o kadar da temel eğitim olanaklarından daha fazlasına erişimlerini çoğunlukla engelleyen gelenekler yoksulluk, vatandaşlık haklarında kayıp ve özsaygıda azalma meydana getirerek, kadınların sağlığını düşük bir seviyede tutmaktadır. Bazı gelişmekte olan ülkelerde kadınlar "iki işte" birden çalışmaktadır ve bu işler büyük gayret gerektirir. Bu kadınlar, aynı zamanda olağan tarımsal ya da endüstriyel işleri ile aile bakımını da bir arada yürütmektedirler (Pearce 1995). Bugün birçok ülkede, kadınlar işgücünün gittikçe artan bir kesimini oluştursa da "çoğunlukla, iş yasaları ayrımcılığa karşı uygun bir koruma sağlamamakta ya da hastalık ve gebelik sırasında çalışma ve sosyal güvenlik haklarını korumamaktadır" (Watkins 1995, s. 27).

Sağlıkla ilişkili alışkanlıklarda ortaya çıkan moda akımları, erken yaşamda sağlığı etkilemektedir. Örneğin, Britanya'da 1920'lere kadar kadınların sigara içmesi ne modaydı ne de olağandı; bu tarihten sonra yüksek sosyal sınıftaki kadınların bu davranışı moda oldu. Daha sonra, İkinci Dünya Savaşı süresince sakinleştirici olarak kabul gören sigara içme alışkanlığı diğer sosyal sınıflara da yayıldı; sosyal olarak dezavantajlı koşullarda yaşayan ve küçük çocukları olan kadınlarda daha sık görülür oldu (Graham 1984); yoksulluk içinde yaşayan erkeklerdeki ve kadınlardaki oranı yükseldi (Flint ve Novotny 1997). Benzer moda değişimi, Britanya'da gittikçe moda bir hal alan fiziksel egzersizde ve özellikle genç kadınlar arasında hızla artan alkol tüketiminde de görülmektedir. Moda olan bir-

şeye dair bakış açısının neden değiştiği ve insanları moda olanı kabul veya ret etmeye neyin ittiği, ancak bugün araştırılmaya başlanan bir konudur (Lindbladh ve ark. 1997). Giddens'ın (1991) kişilik kavramı, Schooling (2001) tarafından kullanışlı bir hale getirilmiştir. Schooling (2001), bireyin sağlıkla ilişkili davranışının, bu eylemin algılanması noktasında toplum ve birey arasındaki etkileşiminden etkilendiğini göstermiştir. Örneğin, sigara içmek sosyal olarak veya halk içinde biraz asi, maço bir eylem olarak görüldüğü zaman, kendini bu şekilde göstermek isteyenlerin sigara içmeye eğilimi daha fazla olacaktır. Diğer taraftan, sigara içmek ciddi sağlık riskleri yaratan hoş olmayan bir alışkanlık olarak görüldüğü zaman, toplumda kendini sağlıklı ve sorumlu bir kişi olarak göstermek isteyenlerin sigara içme olasılığı ise daha az olacaktır.

Çoğu uluslararası karşılaştırmada, sağlık üzerindeki toplumsal etki için veri olarak gelir (belirli şekillerde) ve eğitim, refah ve sağlık için yapılan harcamalar kullanılarak, ulusların sağlık ve refah durumlarına göre ayrımları yapılmaktadır. Graham (2002), erken yaşamdaki sağlık risklerini değerlendiren uluslararası karşılaştırmalarda, refah sağlamak adına yapılan düzenlemelerin de göz önüne alınması gerektiğini öne sürmektedir ve İskandinav ülkelerindeki refah seviyesinin, küçük çocukları olan insanları korumak için düzenlenmesini örnek göstermektedir. Bartley (2003), ülkeleri farklı refah biçimleriyle tanımlamanın değerini ifade etmektedir; örneğin, sağlıkla ilgili toplumsal düzenlemeleri açıklama yollarından biri de çocuklarıyla yaşayan yaşlıların oranıdır.

3.5 Politika Önermeleri

Erken yaşamda fiziksel sağlığı geliştirmeye yönelik politikaların olması gerektiği uluslararası düzeyde bilinmektedir. Erken yaşamda ruhsal sağlığı geliştirmeye duyulan gereksinim ise fazla bilinmemektedir. Çocuğa iyi bir sağlık ve eğitim olanağı sağlamak, çocuğun yaşamı için olduğu kadar toplumun iyilik durumu ve gelişmesi için de bir yatırımdır (World Health Organisation 2002). Çocukların sağlığını geliştirmek için nasıl bir politika gerektiği sorusunun yanıtı, ilk olarak, farklı sosyo-ekonomik çevrelere ait sağlık göstergelerinin karşılaştırılması sonucunda ortaya koyulan problemin büyüklüğünü görmemiz ile ilişkilidir.

Erken yaşamdaki sağlık göstergeleri, Dünya Bankası (2003) tarafından düşük, orta ve yüksek gelirli olarak derecelendirilen ülke grupları arasında büyük farklılıklar göstermektedir. 2001 yılına kadar, son yirmi yıl içinde bir gelişme olduğu açıkça ortada olsa da bu değişikliklerin boyutlarında ulusal gelir seviyesine göre farklılıklar bulunmaktadır. 1980 yılında düşük gelirli ülkelerdeki yaşam beklentisi yüksek gelirlilerle kıyaslandığında 21 yıl daha düşüktü ve 2001 yılında hâlâ 19 yıllık bir fark bulunmaktaydı (Tablo 3.2). Benzer şekilde, aynı dönemde bebek mortalitesinde bir ilerleme olmasına rağmen, düşük gelirli ülkelerde bebek mor-

talitesindeki (%27) ilerleme yüksek gelirli ülkelerde olduğundan (%58) çok daha az olmuştur (Tablo 3.2). Aynı dönemdeki beş yaş altı mortalite, düşük gelirli ülkelerde belirgin olarak geri kalmıştır (Tablo 3.2). Ergen doğurganlık hızı bakımından ülkeler arasındaki büyük farklılıklar ve düşük doğum ağırlıklı bebek prevelansının yüksek olduğu düşük gelirli ülkeler (Tablo 3.2) düşünüldüğünde görülmektedir ki politik açıdan uğraşılması gereken güçlüklerin boyutu büyüktür.

Sigara içmek gibi risk etkenleri yüksek gelirli ülkelerde, HIV/AIDS gibi diğer risk etkenleri ise düşük gelirli ülkelerde daha fazladır (Tablo 3.3). 2001 yılında, 15-24 yaş kadınlardaki HIV prevelansı Swaziland'da bin kadında 39,5 ve Zimbabwe'de bin kadında 33,0 gibi sayılarla gayet yüksekti. HIV sebebiyle 15 yaşından küçük 10,4 milyon çocuk öksüz kalmıştır ve 1992-2002 yılları arasında iki milyon çocuk savaşa bağlı sebeplerle ölmüştür (Boyce ve Keating 2004).

Tablo 3.2 Ulusal gelir grubuna göre, genç kadınlarda doğurganlık ve erken yaşamdaki sağlık ve sağ kalım.
Kaynak: World Bank (2003)

		Düşük Gelirli Ülkeler	Orta Gelirli Ülkeler	Yüksek Gelirli Ülkeler
Doğumda yaşam beklentisi (yıl)	1980	53	66	74
	2001	59	70	78
Yaşam beklentisindeki yükselme (yıl)		6 yıl	4 yıl	4 yıl
Bebek mortalitesi (1000 doğumda)	1980	109	55	12
	2001	80	31	5
Bebek ölümlerindeki düşüş (%)		% 27	% 44	% 58
5 yaş altı mortalite (1000 canlı doğumda)	1980	171	80	15
	2001	121	38	7
5 yaş altı mortalitedeki düşüş (%)		% 29	% 53	% 53
15-19 yaş arası doğurganlık (1000 kadında)	2002	104	40	24
Düşük doğum ağırlıklığı bebekler (%)	1992-2002	27	8	7

Tablo 3.3 Ulusal gelire göre sağlık ve sağlık riski göstergeleri.
Kaynak: World Bank (2003)

		Düşük Gelirli Ülkeler	Orta Gelirli Ülkeler	Yüksek Gelirli Ülkeler
Sağlık için harcanan Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (%)	2000	2.8	4.5	5.3
Eğitim için harcanan GSYİH (%)	2000	1.1	3.0	6.0
Bakanlık seviyesindeki kadınlar (%)	1994	4	5	13
	1998	6	mevcut değil	13
Gelişmiş su kaynaklarına erişebilen toplum (%)	1990	66	76	mevcut değil
	2000	76	82	mevcut değil
Yetersiz beslenen toplum (%)	1990-92	28	15	mevcut değil
	1998-00	25	10	mevcut değil
Doğum öncesi bakım alan kadınlar (%)	1996	62	77	mevcut değil
Anemisi olan kadınlar (%)	1985-2000	65	44	mevcut değil
Kızamık bağışıklaması yapılan 1 yaş altı çocuklar (%)	2001	60	86	90
Difteri, Boğmaca, Tetanoz bağışıklaması yapılan 1 yaş altı çocuklar (%)	2001	61	85	94

2000 yılında, düşük gelirli ülkeler sağlık ve eğitim için, yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha az harcama yapmıştır –düşük gelirli ülkelerdeki sağlık ve eğitim harcaması, sırasıyla, GSYİH'nın yüzde 2,8'i ve yüzde 1,1'i; yüksek gelirli ülkelerdeki harcama, sırasıyla, GSYİH'nın yüzde 5,3'ü ve 6'sıdır (Tablo 3.3). Birleşmiş Milletlerin yakın zamanda yayınlanmış bir raporuna göre: "Eğitimli kızlar ve kadınlar ... daha az çocuk sahibi olmakta, kendileri ve çocukları için daha çabuk tıbbi yardım aramaya başlamakta ve çocuklarına daha iyi bakım ve beslenme olanağı sağlamaktadır" (United Nations 2003). Kadınlar için eğitim olanaklarının geliştirilmesi, bakanlıkta görev yapan kadın oranıyla bağlantılı gibi görünmektedir ve ülkeler arasında hâlen belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Hatta yüksek gelirli ülkelerde bile, bu oranların düşük olduğu görülmektedir (Tablo 3.3). Aynı grup içinde yer alan bu ülkelerin temel çevre hizmetleri harcamasında ve yetersiz beslenmeyi önleme başarısında gözlenen değişkenlik çarpıcıdır ve yetersiz beslenme prevelansının 1990-2000 süresince büyük oranda azaldığı da söylenemez (Tablo 3.3). Aynı Birleşmiş Milletler raporunda şöyle yazılıdır: "Eğitim, sağlık, beslenme su ve sanitasyon hizmeti birbirlerini tamamlamakta, herhangi birine yapılan yatırım diğerlerini de olumlu etkilemektedir" (United Nations 2003). Ayrıca ülkeler arasında, doğum öncesi bakım hizmetlerine en az düzeyde bile olsa erişim, anemi riski ve bağışıklamadaki başarı konularında gözlenen farklılıklar da göz önüne alınmalıdır (Tablo 3.3).

Erken yaşamda fiziksel sağlığı geliştirmek için ne yapılabilir? Bir gelişme sağlandığında, bu başarı, genelde bir etki kümesinin varlığına atfedilebilir ve problemin belli bir boyutunu çözme çabalarına bağlı değildir. Birleşmiş Milletler (UN 2003), düşük gelirli ülkelerdeki, bu ülkelerin eyaletlerinde ve şehirlerindeki gelişmelere örnekler vermektedir. Örneğin, "Hindistan'daki Kerala eyaleti, Amerika Birleşik Devletleri'ne benzer sağlık göstergelerine sahiptir –kişi başına düşen gelirinin %99 daha az olmasına ve kişi başına yıllık sağlık harcamasının sadece 28 dolar olmasına rağmen". Benzer şekilde "Amerika Birleşik Devletleri'ne oranla, Küba'da kişi başı gelir düşük bir sayıya tekabül etse de bebek mortaliteleri aynıdır ve HIV/AIDS de kontrol altındadır" (s. 87). Bunun gibi başarılar, sağlığa ve eğitime yapılan harcamalarda sosyal eşitliğe, eğitimde cinsiyet eşitliğine, mülkiyet haklarına, iş ve kazanç olanaklarına bağlanmaktadır (UN 2003). Hanmer ve ark. (2003), eğitim değerini, ekonomik ilerlemeyi sosyal gelişime dönüştürebilme bağlamında açıklamaktadır. Yüksek gelirli ülkelerdeki kadınların eğitimlerinde ve sağlıklarında görülen gelişme için yapılacak açıklama ise erken yaşamda beslenme alanındaki gelişmeler, bulaşıcı hastalık risklerinin azalması ve büyümenin izlenmesini de kapsayan bebek bakım programlarındaki gelişmelerle birlikte yirminci yüzyılın ikinci yarısında çocukların boylarında gözlenen uzama için yapılan açıklamaların bir parçasıdır (Kısım 3.4 ve Şekil 3.3).

Erken yaşamdaki sağlık riskleriyle çevresel seviyede başa çıkabilmek için, iyi bir sanitasyon sistemi, temiz su ve iyi bir beslenme gereklidir. Erken yaşamda düşük doğum ağırlığı, yetersiz gelişme, aşırı kilo ve obezite gibi bilindik sağlık riskleriyle bireysel seviyede başa çıkmak ise daha karmaşıktır. Riskin kaynağı ile mücadele etmenin yaklaşık olarak değeri belirlenmelidir (Boyce ve Keating 2004). Önlenmesi ya da en azından azaltılması mümkün olarak belirlenen risk için, hizmet sunumuna ve belki de sağlık uzmanlarının eğitilmesine gereksinim duyulacaktır. Annenin çıkarı ile koruyucu hizmetler arasında bağlantı kurmanın etkinliği, erken yaşamdaki bakım için etkili olduğu oldukça iyi bir şekilde gösterilmiş bir yoldur. Bunun nedenleri arasında, 1970'lerde Finlandiya'da, Britanya'ya kıyasla erken yaşama dair sağlık göstergelerinin daha iyi bir durumda olması ve Finlandiya'nın Britanya'daki göstergelerin 20 yıl öncesinde neden bu kadar hızlı geliştiği sorusuna verilecek yanıt sayılabilir (Wynn ve Wynn 1974). Bu, farkındalık yaratmanın ve alışkanlıkları değiştirmenin yollarından biridir.

Çocuklarda görülen sağlık bozuklukları ile ilgilenilmesi için uygun hizmet sunulması ve ne zaman yardım almaları gerektiğini anlamaları için ebeveynlerin eğitilmesi gerekmektedir. Erken yaşamda fiziksel sağlık için, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık personelinin devamlı bir şekilde eğitilmesi şarttır. Oluwole ve ark. (2000) tarafından hazırlanan rapora göre: "Eğitilmeden önce, Zambiya'daki sağlık çalışanları ishal olgularının yüzde 5'inden azını doğru bir şekilde tedavi etmekteydi. Eğitimden sonra, üçüncü ayda bu oran yüzde 82'ye çıkmış ve bir yılın sonunda ishal olgularının yüzde 60'ını doğru bir şekilde tedavi etmişlerdir". Genellikle düşük gelirli ülkelerde, ileri yaşlardaki mortaliteye kıyasla çocuk mortalitesi düşük seviyede bir gerileme göstermektedir ve bu nedenle, yenidoğan mortalitesi için özel programların bulunması gerekmektedir (Tablo 3.2; Darmstadt ve ark. 2003). Hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar için ne zaman tıbbi hizmete başvurulması gerektiği ile ilgili farkındalığın geliştirilmesi için, ebeveynlerin çocukların sağlıkları hakkında eğitilmesi şarttır. Karşılaştırma açısından, çocukluk döneminde ruhsal bozuklukların ve duygusal rahatsızlıkların tanınmasında ve tedavi edilmesindeki gelişme çok düşük bir seviyededir.

Dolayısıyla, erken yaşamda sağlık risklerini ve sağlık bozukluklarını azaltmak için geliştirilecek politikalar çok karmaşıktır. Hükümetleri yatırımın ve değişikliğin gerekli olduğuna ikna etmek zordur ve bunun için bir kaç strateji uygulanmaktadır. Bunların arasında başı çekenler; sağlık risklerinin ve sağlık problemlerinin yaygınlığını gösteren yayınlar ve özgül risklerin olumsuz etkilerini gösteren araştırma projeleridir. Bu bağlantılar bilimsel olarak yeterli bir şekilde gösterilmiş olsa bile, politika üretilmesi için baskının ve farkındalığın artırılması adına projelerin tekrar edilmesi gerekebilir. Sunulan hizmetin etkili olmasını sağlamaya yönelik yapılacak ön hazırlıkların gereği olarak, örneğin, savaş bölgelerinde ve

HIV/AIDS salgının yaşandığı bölgelerde yetişen çocukların ruhsal sağlık riskleri ile ilgili farkındalık yaratmak, artık belirgin şekilde gerekli bir hal almıştır. Günümüzde, çocukların, ergenlerin ve annelerin ruh sağlığı ile ilgili basit tanımlayıcı istatistikler bile düzenli olarak tutulmamaktadır. Mortalite ve morbidite göstergeleriyle kıyaslanabilecek bir şekilde, çocukluk dönemindeki ruhsal sağlık çıktıları ölçülmeli, ulusal ve uluslararası istatistikler olarak bildirilmelidir (Tablo 3.2).

Bazı şeyleri ortaya koymaya yönelik uygulamaları içeren projeler de yeni politikaların geliştirilmesi için hükümetleri ikna etmekte büyük öneme sahiptir. Kayda değer örnekler arasında; düşük sosyo-ekonomik koşullarda yaşayan ve yeni ana baba olanlara yönelik destek sağlanmasını amaçlayan, Barker ve çalışma arkadaşları (1992) tarafından geliştirilen bir program; Garber ve Heber (1981) ve Achenbach ve çalışma arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen ve olumsuz koşullarda yaşayan ya da düşük doğum ağırlıklı çocuklardaki bilişsel işlevleri geliştirmeyi amaçlayan program sayılabilir. En çarpıcı müdahalelerden biri, kentli yoksul Amerikalı çocuklarda uygulanan High/Scope Perry Okul Öncesi Programı'dır:

> ... [bu program] çocukların ilk kez karşılaştığı okul görevlerini daha başarılı bir şekilde yerine getirmelerini sağlamaktadır. Dâhil olan herkes –çocuk, öğretmen, ebeveynler ve diğer çocuklar– bu başarılı performansın farkına varmıştır. Kendilerinde sınıf içi başarı sağlayabilme yeteneği olduğunu fark eden çocuklar, buna inanarak ve buna göre davranarak, okumaya karşı daha güçlü bir kararlılık göstermektedir. Öğretmenler ise okul performanslarının daha iyi olduğunu fark etmekte, böylece beklentilerini de yükseltmektedir (Schweinhart ve ark. 1993, s. 18)

Bu programdaki çocuklar 27 yaşına geldiklerinde, kendileriyle benzer sosyal koşullardan gelen, ancak böyle bir deneyim yaşamamış insanlarla karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar çok çarpıcıdır. Programdaki çocukların kazançları belirgin olarak daha yüksekti; ev sahibi olma yüzdeleri daha fazlaydı; tamamladıkları eğitim yılları daha fazlaydı; bu çocuklar arasında sosyal hizmetlerden yardım alanların yüzdesi düşüktü; tutuklanma oranları da anlamlı derecede daha azdı. Ne yazık ki sağlık çıktıları ölçülmemiştir. High/Scope Perry Projesi gibi birçok müdahale araştırması sağlık, davranış ve bilişsel yönden olumlu sonuçlar sağlanabildiğini göstermiştir. Müdahale projelerinin riskli yanı, etkili sonuçların hemen belli olmamasıdır. Böyle programlar, Schweinhart ve ark. (1993) ve Hertzman ve Wiens (1996) tarafından değerlendirilmiştir.

Bununla birlikte, en iyi sağlık müdahalesi araştırmalarında bile tutarsız bir şekilde kayıt tutulmuştur; örneğin, gebelikte beslenmeyi (Rush ve ark., 1980; Barker 1994) ve daha kapsamlı olması açısından sigara içmeyi de (Rose ve ark., 1983; Jarvis ve ark. 1984) hedef alan çalışmalar gibi. Bu duruma karşıt bir şekil-

de, eğitimi hedef alan müdahale çalışmaları ve geniş bir toplumsal ölçekte ele alınan müdahale çalışmaları, yukarıda da belirtildiği gibi, çok daha büyük başarı sağlamıştır. Bu çalışmaların hedefindeki küçük çocukların, aynı zamanda öğrenme açısından en yatkın ve hassas oldukları bir dönemde olmaları, bu başarının sebebi olarak gösterilebilir. Ancak kesinlikle, bu başarının bir nedeni de çocukluk döneminde yapılan birçok eğitsel ve sosyal müdahale programının, çocuklara bazı baş etme yöntemlerini (bilişsel beceriler) öğretmesi ve çocukların özsaygılarını güçlendirmesidir. Bir karşılaştırma yapmak istersek; sağlık programları yetişkinleri hedef alarak, onlara kendileri için iyi olan bir şeyler öğretmeye çalışmaktadır ve bunlar da birçok olguda, sosyal olarak desteklenen alışkanlıklara karşıdır ve kişiye de ters geldiği için uygulanmaz.

Erken yaşamdaki sağlık durumu için üç farklı tipte müdahalenin değerli olduğu sonucuna varılabilir. İlki; özellikle kız çocuklar için öncelikli olarak eğitim başta olmak üzere, olanakların iyileştirilmesi şeklinde isimlendirilen ve sosyal çevreyi geniş bir bağlamda geliştirmeyi amaçlayan müdahalelerin planlanmasıdır. Bu, ancak politik değişim için yapılacak baskı sonucu elde edilebilir. Bali'nin alıntı yaptığı atasözü (1995, s. 216), çocukların sağlığı ve gelişimi için, böyle bir müdahalenin önemini güzel bir şekilde özetlemektedir: "Eğer bir yıl sonrası için plan yapıyorsanız pirinç yetiştirin, on yıl sonrası için plan yapıyorsanız ağaç yetiştirin, eğer 100 yıl sonrası için plan yapıyorsanız kadınları eğitin."

Barker'ın (1998) da önerdiği gibi, kız çocuklarındaki beslenme alışkanlıklarını ve büyümeyi geliştirmek için gerekli olan ikinci müdahale tipi, olabildiğince didaktik bir yaklaşımdan uzak şekilde gerçekleştirilmelidir. Bu, bazı ülkelerde beslenme alışkanlıkları hakkında erken yaşlarda eğitim verilmesi şeklinde olabilirken, başka ülkelerde ise gıda desteğini de gerektirebilir. Eğitsel müdahale çalışmalarına göre, ebeveyn katılımı ile eğitimin etkinliği de artmaktadır. Ayrıca büyümenin izlenmesi de gerekmektedir. Bu tip bir müdahalenin başarıyla gerçekleştirilmesi güçtür ve kesinlikle üçüncü tip müdahalenin desteğine gereksinim vardır. Üçüncü tip müdahale, eğitsel müdahale çalışmalarının göstermiş olduğu gibi başarıyla öğretilebilen bilişsel beceriler ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesiyle ilgilidir. Aslında bu müdahale, gelecekte insanların kendi sağlıklarını kontrol edebilmelerine ve sağlıklarıyla ilgili olumlu seçimler yapabilmelerine yardım edecek şekilde özgüven ve özsaygı geliştirmeleri için bir temel oluşturacaktır.

3.6 Sonuç

Araştırmalar büyük oranda yüksek gelirli ülkelerde yürütülmüştür, ancak orta ve düşük gelirli ülkeler için de eşit oranda uyarlanabilirliği vardır. Araştırma sonuçlarına göre, erken yaşamda sağlık gelişimi açısından sosyal koşullar ya-

şamsal rol oynamaktadır ve bu koşulların başında doğum öncesi, gebelik, hatta bebeklik ve çocukluk dönemleri süresince annenin sağlığı gelmektedir. Gelişimsel şekillenme süresi boyunca, çocuğun gelişimi ve sosyal çevre arasındaki etkileşim, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından, daha sonraki yaşam dönemlerinde çocuğa kalan temel kazanımlardan birisidir – yaşam boyu oluşacak birçok etkileşim yoluyla tekrar tekrar şekillenecek olan sağlık yolaklarının temelidir. Gelişimsel şekillenme sürecinin belirleyici olduğuna dair birçok açıklama vardır. Ancak şöyle bir gerçek söz konusudur; etkileşimlerin yaşam boyu sürecek işleyişi öngörülemez. Dolayısıyla bu açıklamalara temkinli yaklaşmak gerekmektedir. Yine de erken yaşam süresince gerçekleşen etkileşimlerin etkisi, bunu izleyen dönemlerdeki sahneyi kurar ve bireyin biyolojik, psikolojik ve insan olarak varlığının temelini meydana getirir.

Erken yaşam döneminde en önemli sosyal etkenler olarak gösterilenler; anne ve çocuğun fiziksel ve çevresel olarak duygusal durumu, fiziksel büyüme ve duygusal destek ile ilişkili olan etkenlerdir. Çevrenin bu yönlerini tanımlayan verilere göre, çoğu çocuk için, fiziksel ve duygusal bağlamda erken yaşam iyi bir durumda değildir; örneğin, kadınların eğitimi aşama kaydetmiştir, ancak yavaş bir şekilde ilerlemektedir (United Nations 2003, World Bank 2003). Tanımlayıcı izlem verileri içinde, çocukların ve annelerinin psikolojik stres kaynaklarına maruziyetleri hakkında yeterli ve detaylı bilgi bulunmamaktadır. Bu izlem bilgisi yaşamsal önemdedir, çünkü ilerlemenin bir göstergesi olmasının yanında eylem için de bir uyarandır.

Erken yaşam döneminde sağlığı ve eğitimi geliştirmeyi amaçlayan politikalar, hemen ve uzun dönemde sağlık için yarar sağlamalıdır. Düşük gelirli ülkelerde, başarılı sağlık çıktıları ile ilişkili genel unsurları, Mehrotra (2000) şöyle özetlemiştir:

> ... herkes için temel sosyal hizmetlerin kamu tarafından sağlanması; gelişim sürecinde erken bir zamanda eğitim ve sağlık yatırımlarının yapılması; halk eğitimi ve halk sağlığı harcamalarının yerel ortalamaların üzerinde tutulması; sosyal göstergeler içindeki kadın-erkek farklılıklarının ortadan kaldırılması ve kadınların "aracı" rollerini yücelten koşulların yaratılması. (s.63)

Bu gereksinimler, artık iyi bir şekilde anlaşılmış durumdadır ve politikaların ve izlemde kullanılan istatistiklerin içinde yansıtılmaktadır. Bununla birlikte, yaşam boyu gelişim üzerine yapılmış çalışmalara göre, erken yıllarda duygusal strese maruziyet süresinin uzaması büyümeye, ruh sağlığına ve mizaca zarar verecek etkilere sahiptir. Uzamış maruziyet ayrıca, eğitimi algılama, sosyal davranışlar ve bir o kadar da fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkili risklere yol açmaktadır. Bu riskler, henüz politik öncelikler, sağlık göstergeleri ve sağlıkla ilgili ko-

nular içinde uygun bir şekilde yansıtılamamıştır.

"Hastalıkların temel belirleyicileri ekonomik ve sosyaldir ve bu nedenle çözümler de ekonomik ve sosyal olmalıdır. Tıp ve politika birbirinden ayrılamaz ve ayrılmamalıdır" (Rose 1992) ve bugün, hâlen, durum büyük ölçüde aynıdır.

Teşekkür

Profesör Wadsworth'un ve Suzie Butterworth'un araştırmasına Tıbbi Araştırmalar Konseyi tarafından kaynak sağlanmıştır.

Kaynaklar

Achenbach, T., Phares, V., Howell, C.T., Rauh, V., and Nurcombe, B. (1990). Seven year outcome of he Vermont intervention program for low birth-weight infants. *Child Dev.* **61,** 1672-81.

Bali, P. (1995). Health problems and needs of women in developing countries. In: *Health care of women and children in developing countries* (ed. H.M., Wallace, K. Giri, and C.V. Serrano) (2nd edn), pp. 209-17. Third Party Publishing, Oakland.

Barker, D.J.P. (1998). *Mothers and babies and health in later life* (2nd edn). Churchill Livingstone, Edinburgh.

Barker, D.J.P. (1994). *Mothers, babies, and disease in later life.* BMJ Publishing Group, London.

Barker, W., Anderson, R., and Chalmers, C. (1992). *Child protection; the impact of the child development programme.* Early Childhood Development Unit, Bristol.

Barroso, C. and Correa, S. (1995). Public servants, professionals and feminists: the politics of contraceptive research in Brazil. In: *Conceiving the New World order* (ed. R. Ginsburg and R. Rapp), pp. 292-306. University of California Press, Berkeley.

Bartley, M. (2003) Health inequality and societal institutions. *Soc. Theory. Hlth.* **1,** 108-29.

Bartley, M. (2004). *Health inequality.* Policy Press, Oxford.

Beaglehole, R., Eyles, E., and Prior, I. (1979). Blood pressure and migration in children. *Int. J. Epidemiol.* **8,** 5-10.

Bifulco, A. and Moran, P. (1998). *Wednesday's child.* Routledge, London.

Bobak, M., Richards, R., and Wadsworth, M.E.J. (2000). Air pollution and birth weight in Britain in 1946. *Epidemiology* **16,** 358-59.

Boyce, WT. and Keating, D.P. (2004). Should we intervene to improve childhood circumstances? In: *A life course approach to chronic disease epidemiology* (ed. D. Kuh and Y. Ben-Shlomo), pp, 413-415. Oxford University Press, Oxford.

Brooke, O.G., Anderson, H.R., Bland, J.M., Peacock, J.L., and Stewart, CM. (1989). Effects on birthweight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *Br. Med. J.* **298,** 795-801.

Brunner, J. (2000). Towards a new social biology. In: *Social epidemiology* (ed. L.F. Berkman and I. Kawachi), pp. 306-31. Oxford University Press.

Caspi, A., Elder, G.H., and Herbener, E.S. (1991). Childhood personality and the prediction of life-course patterns. In: *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (ed. L. Robins and M. Rutter), pp. 13-35. Cambridge University Press, Cambridge.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., *et al.* (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* **297,** 851.

Cheung, Y.B. (2002). Early origins and adult correlates of psychosomatic distress. *Soc. Sci. Med.* **55,** 937-48.

Cheung, Y.B., Low, L., Osmond, G, Barker, D., and Karlberg, J. (2000). Fetal growth and early postnatal growth are related to blood pressure in adults. *Hypertension* **36,** 795-800.

Costello, E.J., Angold, A., Burns, B.J., Stangl, D.K., Tweed, D.L., Erkanli, A., *et al.* (1996). The Great Smoky Mountains study of youth. *Arch. Gen. Psychiat.* **53,**1129-36.

Darmstadt, G.L., Lawn, J.E., and Costello, A. (2003). Advancing the state of the world's newborns. *Bui. WHO* **81,** 224-5.

Davey Smith, G., Greenwood, R., Gunnell, D., Sweetnam, P., Yarnell, J., and Elwood, P. (2001). Leg length, insulin resistance, and coronary heart disease risk. /. *Epidemiol.* **55,** 1-6.

de Stavola, B.L., dos Santos Silva, I., **McCormack, V., Hardy, R.J., Kuh, D.J., and Wadsworth, M.E.J.**
(2004). Childhood growth and breast cancer. *Am. J. Epidemiol.* **159,** 671-2.

Dezateux, C. and Stocks, J. (1997). Lung development and early origins of childhood respiratory illness. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* **53,**40-57.

Douglas, J.W.B. (1964). *The home and the school.* MacGibbon and Kee, London. Eisenbruch, M. (1988). The mental health of refugee children and their cultural development. *Int. Migration Rev.* **22,** 282-300.

Elder, G.H., Liker, J.R., and Cross, C.E. (1984). Parent-child behaviour in the Great Depression; life course and intergenerational influences. In: *Life-span development and behaviour* (ed. P.B. Baltes and O.G. Brim), pp. 109-57. Academic Press, New York.

Ely, M., Richards, M.P.M., Wadsworth, M.E.J., and Elliott, B.J. (1999). Secular changes in the association of parental divorce and children's educational attainment. /. *Soc. Policy* **28,** 437-55.

Eriksson, J.G., Forsen, T., Tuomilehto, J., Osmond, C, and Barker, D.J.P. (2003). Early adiposity rebound in childhood and risk of type 2 diabetes in adult life. *Diabetologia* **46,**190-4.

Food and Agricultural Organisation (2003). *The state of food insecurity in the world 2003.* Food and Agricultural Organisation of the United Nations, Rome.

Feinstein, L. (2003). Inequality in the early cognitive development of British children in the 1970 cohort. *Economica* **70,** 73-98.

Fergusson, D.M. and Woodward, L.J. (1999). Maternal age and educational and psychosocial outcomes in early adulthood. /. *Child Psychol. Psychiat.* **40,**479-89.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., and Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol. Med.* **30,** 23-39.

Flint, A.J. and Novotny, T.E. (1997). Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States 1983-1993: the independent risk of being poor. *Tob. Control* **6,** 14-18.

Garber, H.L. and Heber, R. (1981). The efficacy of early intervention with family rehabilitation. In: *Psychosocial influences in retarded performance,* Vol. 2 (ed. M.J. Begab, R.C. Haywood, and H.L. Garber), pp. 71-88. University Park Press, Baltimore.

Gibson, E.L. and Green, M.W. (2002). Nutritional influences on cognitive function. *Nutr. Res. Rev.* 15, 169-206.

Giddens, A. (1991). *Modernity and self identity: self and society in the late modern age.* Polity Press, Oxford.

Graham, H. (1984). *Women, health and the family.* Harvester Press, Brighton.

Graham, H. (2002). Building an inter-disciplinary science of health inequalities; the example of life-course research. *Soc. Sci. Med.* 55, 2005-16.

Gregory, R.L. (1998). *Eye and brain.* Oxford University Press, Oxford. Hales, C.N. (1997). Non-insulin-dependent diabetes mellitus. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* 53, 109-22.

Hall, A.J. and Peckham, C.S. (1997). Infections in childhood and pregnancy as a cause of adult disease—methods and examples. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* 53, 10-23.

Hanmer, L., Lensink, R., and White, H. (2003). Infant and child mortality in developing countries: analysing the data for robust determinants. /. *Dev. Studies,* 40, 101-18.

Hardy, R.J., Wadsworth, M.E.J., and Kuh, D. (2000). The influence of childhood weight and socioeconomic status on change in adult body mass index in a British national birth cohort. *Int. J. Obesity* 24, 725-34.

Hattersley, A.T. and Tooke, J.E. (1999). The fetal insulin hypothesis: an alternative explanation of the association of low birthweight with diabetes and vascular diesase. *Lancet* 353,1789-92.

Heim, C, Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., *et al.* (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. /. *Am. Med. Assoc.* 284, 592-7.

Helman, C. (1994). *Culture, health and illness* (3rd edn). Butterworth Heinemann, London.

Hertzman, C. and Wiens, M. (1996). Child development and long-term outcomes: a population health perspective and summary of successful interventions. *Soc. Sci. Med.* 43, 1083-95.

Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., and Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behaviour. *Child Dev.* 74, 109-26.

Jarvis, M., West, R., Tunstall Pedoe, H., and Vessey, M. (1984). An evaluation of the intervention against smoking in the multiple risk factor intervention trial. *Prevent. Med.* 13, 501-9.

Jones, P. and Done. J. (1997). From birth to onset: a developmental perspective of schizophrenia in two national birth cohorts. In: *Neurodevelopment and adult psychopathology* (ed. M.S. Keshavan and R.M. Murray), pp. 119-36. Cambridge University Press, Cambridge.

Jones, P., Rodgers, B., Murray, R., and Marmot M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 344, 1398-1402.

Keating, D.P. and Hertzman, C. (eds) (1999). *Developmental health and the wealth of nations.* The Guilford Press, New York.

Keiley, M.K., Howe, T.R., Dodge, K,A., Bates, J.E., and Pettit, G.S. (2001). The timing of child physical maltreatment. *Dev. Psychol.* 13, 891-912

Koenen, K.C., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., and Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Dev. Psychopathol.* 15, 297-311.

Kramer, M.S., Morin, 1., Yang, H., Piatt, R.W., Usher, R., and McNamara, H. (2002). Why are babies getting bigger? /. *Pediatrics* 141, 538-42.

Kuh, D. and Ben-Schlomo, Y. (eds) (2004). ***A life course approach to chronic disease epidemiology,*** 2nd edn. Oxford University Press, Oxford.

Kuh, D. and Wadsworth, M.E.J. (1989). Parental height, childhood environment and subsequent adult height in a national birth cohort. ***Int. J. Epidemiol.* 18,663-8.**

Leon, D.A., Koupilova, 1., Lithell, H.O., Berglund, L, Mohsen, It, Vagero, *D., et al.* (1996). Failure realise growth potential in utero and adult obesity in relation to blood pressure in 50 year old Swedish men. *BMJ* **312,**401-6.

Lindbladh, E., Lyttkens, H., Hanson, B.S., and Ostergren, P.-O. (1997). The diffusion model and the social-hierarchical process of change. ***Hah. Promot. Int.* 12, 323—30.**

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., and Shema, S.J. (1997). Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, **and** social functioning. ***N Eng. J. Med.* 337,** 1889-95.

McCance, R.A. and Widdowson, E.M. (1974). The determinants of growth and form. ***Proc. R. Soc.*** *London (Biol.)* **185,1-17.**

McKeigue, P.M., Pierpoint, T., Ferrie, J.E., and Marmot, M.G. (1992). Relationship of glucose intolerance and hyperinsulinaemia to body fat pattern in South Asians and Europeans. *Diabetologia* **35,** 785-91.

Marmot, M.G., Syme, S.L., and Kagan, A. (1975). Epidemiologic studies of CHD and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California; prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors. *Am. J. Epidemiol.* **102,** 514-25.

Martikainen, P.T. and Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* **348,** 909-12.

Martyn, C.N. (1997). Infection in childhood and neurological diseases in adult life. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* **53,** 24-39.

Maughan, B. (2002). Depression and psychological distress: a life course perspective. In: *A life course approach to women's health,* (ed. D. Kuh and R. Hardy), pp. 161-76. Oxford University Press, Oxford.

Maughan, B. and Lindelow, M. (1997). Secular change in psychosocial risks: the case of teenage motherhood. *Psychol. Med.* **27,** 1129-44.

Mehrotra, S. (2000). Health and education policies in high achieving countries: some lessons. In: *Development wih a human face* (ed. Mehrotra, S. and Jolly, R.), pp. 63-110. Oxford University Press, Oxford.

Miura, K., Nakagawa, H., Tabata, M., Morikawa, Y., Nishijo, M., and Kagamimori, S. (2001). Birth weight, childhood growth, and cardiovascular disease risk factors in Japanese aged 20 years. *Am. J. Epidemiol.* **153,** 783-9.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., and Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Develop. Psychopath.* **14,** 179-207.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G., and Wadsworth, M.E.J. (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. /. *Epidemiol. Comm. Hlth.* **50,** 415-22.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., and Wilkinson, R.J. (1997). Family conflict and slow growth. *Arch. Dis. Childhood* **77,** 326-30.

Morely, R. and Lucas, A. (1997). Nutrition and cognitive development. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* **53,** 123-35.

Mustillo, S., Worthman, C, Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., and Costello, E.J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics* **111,** 851-9.

Nagin, D.S. and Tremblay, R.E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch. Gen. Psychiat.* 58, 389-94.

Nilsson, P.M., Nyberg, P., and Ostergren, P.-O. (2001). Increased susceptibility to stress at a psychological assessment of stress tolerance is associated with impaired fetal growth. *Int. J. Epi.* 30,67-80.

Oddy, W., Kendall, G.E., Blair, E., de Klerk, N.H., Stanley, E, Landau, L.I., *et al.* (2003). Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. *Paediat. Perinat. Epidemiol.* 17, 81-90.

Oluwole, D., Mason, E., and Costello, A. (2000). Management of childhood illness in Africa. *BMJ* 320, 594-5.

Pearce, T.O. (1995). The health of working women in developing countries. In: *Health care of women and children in developing countries* (2nd edn) (ed. H.M. Wallace, K. Giri, and C.V. Serrano), pp. 218-24. Third Party Publishing, Oakland.

Perry, I.J. and Lumey, L.H. (2004). Fetal growth and development: the role of nutrition and other factors. In: *A life course approach to chronic disease epidemiology* (ed. D. Kuh and Y. Ben-Shlomo) (2nd edn), pp. 240-59. Oxford University Press, Oxford.

Preston, S.H., Hill, M.E., and Drevenstedt, G.L. (1998). Childhood conditions that predict survival to advanced age among African Americans. *Soc. Sci. Med.* 47, 1235-46.

Pulkkinen, L. and Hamalainen, M. (1995). Low self-control as a precursor to crime and accidents in a Finnish longitudinal study. *Crim. Behav. Mental Health* 5,424-38.

Richards, M. and Sacker, A. (2003). Lifetime antecedents of cognitive reserve. *J. Clin. Expmt. Neuropsychology* 25, 614-24.

Richards, M., Hardy, R., Kuh, D., and Wadsworth, M.E.J. (2002). Birthweight, postnatal growth and cognitive function in a national UK birth cohort. *Int. J. Epidemiol.* 31, 342-8.

Rodgers, B. (1994). Pathways between parental divorce and adult depression./. *Child Psychol. Psychiat.* 35, 1289-308.

Rose, G. (1992). *The strategy of preventive medicine.* Oxford University Press, Oxford.

Rose, G., Tunstall Pedoe, H.D., and Heller, R.F. (1983). UK heart disease prevention project: incidence and mortality results. *Lancet* **1** (8333), 1062-6.

Rush, D., Stein, Z. and Susser, M. (1980). A randomized controlled trial of prenatal nutritional supplementation in New York City. *Pediatrics* 65, 683-97.

Rutter, M., Giller, H., andHagell, A. (1998). *Antisocial behaviour by young people.* Cambridge University Press, Cambridge.

Sadowski, H., Ugarte, B., Kolvin, I., Kaplan, C, and Barnes, J. (1999). Early life family disadvantages and major depression in adulthood. *Br. J. Psychiat.* 174,112-20.

Scarr, S. and Weinberg, R.A. (1983). The Minnesota adoption studies: genetic differences and malleability. *Child Dev.* 54, 260-7.

Schooling, CM. (2001). *Health behaviour in a social and temporal context.* PhD thesis, University of London.

Schweinhart, L.J., Barnes, H.V., and Weikart, D.P. (1993). *Significant benefits: the*

High/Scope Perry Preschool Study through age 27 years. High/Scope Press, Ypsilanti.

Shaheen, S. (1997). The beginnings of chronic airflow obstruction. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* 53, 58-70.

Steffensen, F.H., Sorensen, H.T., Gillman, M.W., *et al* (2000). Low birthweight and preterm delivery as risk factors for asthma and atopic dermatitis in young adult males, *Epidemiology* **11,**18-88.

Strachan, D.P. and Sheikh, A. (2004). A life course approach to respiratory and allergic diseases. In: *A life course approach to chronic disease epidemiology* (2nd edn) (ed. D. Kuh and Y. Ben-Shlomo), pp. 240-59. Oxford University Press, Oxford.

Stratton, P. and Swaffer, R. (1988). Maternal causal beliefs for abused and handicapped children. /. *Reprod. Infant Psychol.* **6,** 201-16.

Summerfield , C. and Babb, P. (2004) *Social trends.* No. 34, p. 32. HMSO, London.

Surtees, P., Wainwright, N., **Day, N, Brayne, C, Luben, R., and Khaw, K.-T.** (2003). Adverse experience in childhood as a developmental risk factor for altered immune status in adulthood. *Int.}. Behav. Med.* **10,** 251-68.

Sweeting, H. and West, P. (1995). Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate? *Soc. Sci. Med.* **40,** 163-75.

Sylva, K. (1997). Critical periods in childhood learning. In: *Fetal and early childhood environment* (ed. M.G. Marmot and M.E.J. Wadsworth). *Br. Med. Bull.* **53,** 185-97.

Tanner, J.M., Hayashi, T., Preece, M.A., and Cameron, N. (1982). Increase in length of leg relative to trunk in Japanese children and adults from 1957 to 1977. Ann. *Hum. Biol.* **9,** 411-23.

Teranishi, FL, Nakagawa, H., and Marmot, M. (2001). Social class difference in catch up growth in a national British cohort. *Arch. Dis. Child.* **84,**218-21.

Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Tomilnson-Keasey, C, Friedman, H.S., Criqui, M.H., Wingard, D.L., ***et al.*** (1997). Parental divorce: effects on individual behavior and longevity. /. *Personality Soc. Psychology* **73,** 381-91.

Tremblay, R.E., Boulerice, B., Jungner, M., and Arsenault, L. (1995). Does low self-control during childhood explain the association between delinquency and accidents in early adolescence? *Crim. Behav. Mental Health* **5,** 439-51.

Udjus L.G. (1964) *Anthropometrical changes in Norwegian men in the twentienth century.* Oslo University Press.

United Nations. (2003). *Human development report 2003.* United Nations, New York,

Van Os, J. and Jones, P.B. (1999). Early risk factors and adult person-environment relationships in affective disorder. *Psychol. Med.* **29,** 1055-67.

Wadsworth, M.E.J. (1976). Delinquency, pulse rates and early emotional deprivation. *Brit. J. Criminal.* **16,** 245-56.

Wadsworth, M.E.J, and Maclean, M. (1986). Parents' divorce and children's life chances. *Child. Youth Services Rev.* **8,** 145-59.

Wadsworth, M.E.J, Butterworth, S.L., **Montgomery, S.M., Ehlin, A., and Bartley, M.J.** (2003). Health. In: *Changing Britain, changing lives,* (ed. E. Ferri, M.E.J. Wadsworth, and J.Bynner), pp. 207-36. Institute of Education Press, London.

Watkins, K. (1995). *The OXFAM Poverty Report.* OXFAM, Oxford.

Welberg, L.**A.M. and Seckl, J.R.** (2001). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of the brain. /. *Neuroendocrinology* **13,**113-28.

Werner, E. (1995). Resilience in development. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* **32,**159-62.

Widdowson, E.M. and McCance, R.A. (1975). A review: new thought on growth. *Pediatr. Res.* **9**,154-6.

Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies.* Routledge, London.

Williams, CD., Baumslag, N., and Jelliffe, D.B. (1994). *Maternal and child health* (3rd edn). Oxford University Press, Oxford.

World Bank (2003). *World devlopment indicators.* The World Bank, Washington.

World Health Organization (2002). *Healthy start in life; report on the global consultation on child and adolescent health and development.* World Health Organization, Geneva.

Wynn, M. and Wynn, A. (1974). *The protection of maternity and infancy.* Council for Children's Welfare, London.

4. Bölüm

YAŞAM SEYRİ, SOSYAL GRADYAN VE SAĞLIK

David Blane

4.1 Giriş

Sağlığa ve sosyal belirleyicilerine yaşam seyri perspektifinden bir bakış, kişinin biyolojik durumunu, geçmiş sosyal konumunun bir belirteci olarak görür ve sosyal süreçlerin yapılandırılmış doğası gereği bu durumun, gelecekteki avantaj veya dezavantajlarının sorumlusu olduğunu kabul eder. Kişinin geçmiş sosyal deneyimleri, vücudunun fizyolojisine ve patolojisine yazılı hale gelir. Sosyal, tam anlamıyla cisimleşmiştir ve vücut geçmişi kaydeder; eski bir polis memurunun bir düellodan kalan yara izleri[1] ya da eski bir maden işçisinin amfizemi şeklinde. Sonuçta yara izleri, sosyal seçkinliğin bir işareti olarak, ilerlemeye ve sosyal avantaja yol açarken, amfizem, kişinin çalışabilme yeteneğini yok edip, gelecekte yoksunluğa ve sosyal dezavantaja neden olur. Yaşam seyri perspektifinden bir bakışla, bu avantaj ve dezavantajların birikimini sağlayan süreçler, sağlığın ve hastalığın sosyal dağılımını belirlerler.

Birçok bilimsel gelişme, yaşam seyri yaklaşımının yararının anlaşılmasına katkıda bulunmuştur (Wadsworth 1997; Acheson ve ark. 1998; Berkman ve Kawachi 2000; Dannefer 2003; Bartley 2004). Refah toplumlarında yaygın ölüm nedenlerinin birçoğunun kronik doğal tarihi, yaşam boyunca birikmiş gelişimsel stresler üzerinde bir ilgi yaratmıştır (Wilkinson 1996; van de Mheen ve ark. 1998; Kuh ve Ben Shlomo 2004). İngiliz doğum kohort çalışmalarının olgunlaşması, yetişkinlik dönemindeki sağlığın nasıl hayatın daha önceki safhalarından etkilendiğini ortaya koymuştur (Kuh ve ark. 2003; Power ve ark. 2002a; Langenberg ve ark. 2003; Power ve ark. 2003). Bir dizi çalışma, çocukluk çağındaki sosyo-ekonomik koşulların uzun vadede, yetişkin –özellikle kardiyovasküler– sağlığı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Notkola ve ark. 1985; Gliksman ve ark. 1995; Brunner ve ark. 1999; Wamala ve ark. 2001; Lawlor ve ark. 2002). Biyolojik programlama fikrine dayalı çalışmalar, ana rahmi ve bebeklik koşullarıyla, geç-orta yaş ve yaşlılıktaki yaygın hastalıklar arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Barker 1994; Marmot ve Wadsworth 1997).

[1] Polis birliklerinin düello yara izleri örneği, anlaşılması kolay fakat oldukça eski bir örnektir. Çağdaş bir örnek olarak, seçkin tabakadan olanların endamları (uzun boy ortalaması, geniş akciğer kapasitesi vs.) veya diğerlerinden itaat göreceklerini varsayan genel tavırları veya ağzı şekillendiren ve bir statü işareti olarak işlev gören aksanları verilebilir.

Sonuçta, yaşam seyrinin sağlık üzerindeki etkilerinin incelenmesi için kullanılabilecek metodolojilere olan ilgi de artmıştır (Caselli ve ark. 1991; Salhi ve ark. 1995; Belli 1998; Giele ve Elder 1998; Belli 2000; Berney ve Blane 2004).

4.2 Sosyal yapı ve yaşam seyri

Yaşam seyrinin birbiriyle etkileşim halinde olan biyolojik ve sosyal ögeleri birleştirdiği kabul edilebilir. Bireysel biyolojik gelişim, yaşam şanslarını yapılandıran ve böylelikle avantajların ve dezavantajların kesitsel olarak bir araya gelmesini ve uzamsal olarak birikmesini sağlayan bir sosyal bağlam içinde oluşur. Çevresel bir tehlikeye maruz kalmak, başka tehlikelere maruz kalma eğilimini doğurur, bu maruziyetler yaşam seyri içinde birikme eğilimi gösterirler (Blane ve ark. 1997).

Kesitsel olarak, yaşamın bir alanındaki avantaj veya dezavantajlar, başka alanlardaki benzer avantaj veya dezavantajlara eşlik etme eğilimindedir. Çalışma ortamı tehlikelerden arınmış bir kişinin iyi bir ev ortamında yaşıyor olması, yaşadığı yerde hava kirliliğinin az olması ve iyi beslenmesine yetecek bir geliri olması olasıdır. Öte yandan, iş ortamında fiziko-kimyasal ve psiko-sosyal tehlikelere maruz kalan bir kişi, rutubetli ve iyi ısınmayan bir ev ortamına sahip olmanın, yerleşim yerinin etrafında endüstriyel ve trafiksel hava kirliliğinin varlığının ve yiyeceklerini seçebilecek şansı olmayacak ölçüde kısıtlı bir gelir sahibi olmanın riskini taşımaktadır.

Sosyal düzen, avantaj ve dezavantajı uzamsal olarak da yapılandırır. Yaşam seyrinin belli bir safhasında yaşanmış olan avantaj veya dezavantaj, büyük olasılıkla, benzer bir avantaj veya dezavantajın peşi sıra gelmiştir ve yine benzer bir avantaj veya dezavantaj onu takip edecektir. Zengin bir evde büyümüş bir çocuk, büyük olasılıkla, iyi bir eğitim almış olacak, iş pazarında daha ayrıcalıklı bir yerde bulunacak, bu da kendisine finansal açıdan güvenli bir yaşlılık sağlayabilecektir. Diğer uçta ise, dezavantajlı bir ailede dünyaya gelmiş bir çocuk, pek başarılı bir eğitim sürecinden geçemeyecek, okulu erken yaşta bırakacak, az ücretli ve tehlikeli bir iş ortamında, beceri gerektirmeyen ve emeklilik hakkı kazanamayacağı bir işte çalışıp, yaşlılık yıllarında yoksul yardımına muhtaç duruma düşebilecektir.

4.3 Sağlık ve yaşam seyri

Bu sosyal süreçler, sağlıkla birçok yönden etkileşim içindedir. İlişki doğrudan ve hastalığa özgü olabilir. Örneğin, hamilelikte folik asit alımı, ceninde nöral tüp defekti riskini ciddi anlamda etkileyebilir (MRC Vitamin Study Research Group, 1991) ve bu defektlerdeki çarpıcı sosyal gradyan, kaynağını büyük oran-

da düşük gelirlerden ve buna bağlı olarak kısıtlanmış beslenme tercihlerinden almaktadır (Smithells ve ark. 1976). Daha genel ilişkiler de mümkündür. Örneğin, ailenin sosyal sınıfı bebeğin doğum ağırlığının bir habercisidir (Drever ve Whitehead 1997) ve belirtildiği gibi, doğum ağırlığı insan hayatının sonraki dönemlerindeki değişik sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir. Bu ilişkinin bir kısmı "biyolojik programlama"ya (Barker 1994) bağlı olabilir; düşük doğum ağırlığının özgün olmayan bir belirteci olduğu marjinal olarak tamamlanmamış cenin gelişimi, hayatın sonraki safhalarında, solunum rahatsızlıkları, diyabet veya hipertansiyon gibi özgün organ yetmezliklerinin sebebi olabilir. Yaşam seyri perspektifinin bu yaklaşıma yapacağı katkı, biyolojik programlamanın herhangi bir etkisinin, birikim, hareketlilik ve koruma gibi devam etmekte olan sosyal süreçlerin etkileriyle içiçe olduğuna dikkat çekmektir.

4.3.1 Sosyal birikim

Var olan sosyal birikimin altında yatan temel dinamik, sosyal durumların ailesel sosyal sınıftan, çocukluk, ergenlik ve nihayet yetişkinlikteki sosyo-ekonomik durumla devamlılık göstermesidir[2]. Bu sürecin sağlık açısından en önemli görünen yanı, sağlık üzerinde uzun-vadeli, temel bir etkisi olan herhangi bir etkenden ziyade, birbirleriyle bağlanarak bir dezavantaj zinciri oluşturan, göreceli olarak daha küçük bir dizi faktördür. Doğum ağırlığı örneğine dönersek, ailesel sosyal sınıf, doğum ağırlığını etkiler (Drever ve Whitehead 1997) ve yetişkin sağlığı, herhangi bir biyolojik programlamadan veya marjinal olarak tamamlanmamış cenin gelişiminin uzun vadeli etkisinden bağımsız olarak, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlikteki sosyal koşullardan etkilenir (Kuh ve Ben Sholomo 2004). Sonuç olarak, doğum ağırlığı, sonraki yaşamda, hem biyolojik programlamanın hem de sosyal koşulların belirteci olabilir.

1958 İngiliz doğum kohortunun erkek üyelerinin verileri, bu ilişkinin, "sonraki hayattaki sosyal koşullar"a bağlı olan kısmını göstermiştir (Bartley ve ark. 1994). Altı librenin (2.721 gr) üzerinde ve altında doğanlar olarak ayrılmış iki grup üzerinde yapılan bir çalışmada, doğum ağırlığının, kohort üyelerinin 7, 11,

[2] Böylesi bir sürekliliğin bulunmadığı iki durum vardır. İlki, bir bireyin kuşaklar-arası ya da kuşak-içi bir sosyal sınıf değiştirmesidir; böyle bir değişim Kısım 4.3.2'de incelenmiştir. İkinci durum, günümüzde endüstriyel ekonomiden hizmet ekonomisine geçişte olduğu gibi, sosyo-ekonomik sistemin evrilmesidir. Bu olaydaki dezavantajın sürekliliği, doğasında ve olası sonuçlarında bir değişikliği içerecektir. Örneğin, eskiden bir araba fabrikasının montaj hattında çalışan ve fabrika otomasyona uğradıktan sonra posta havalesi şirketlerinin evlere teslimat bölümünde çalışmaya başlayan bir adamı ele alın. Eski işindeki tekdüzelik, iş gerilimi ve tekrarlanan iskelet-kas sistemi stresleri, yerini gündelik iş tehlikelerine (düşük ücret, hastalık veya tatilin ücretlendirilmemesi, işgüvenliği olmaması, uzun ve asosyal çalışma saatleri) bırakacak, potansiyel sağlık sorunları da bundan etkilenecektir. Bununla beraber, sosyal dezavantaj her iki istihdam durumunu da karakterize etmektedir.

16 ve 23 yaşlarındayken toplanan sosyal veri farklılıkları ile ilişkisi incelenmiştir. Analizin ortaya çıkardığı sonuç, düşük doğum ağırlığıyla dünyaya gelen bebeklerin çocukluklarını, genellikle daha az varlıklı ailelerde ve düşük kaliteli evlerde geçirdikleri olmuştur. Örneğin, 7 yaşındaki çocuklardan, düşük doğum ağırlıklı olanlardan %43'ünün, doğum ağırlıkları 2.721 gr veya daha fazla olanlardan ise %35'inin babalarının, beyaz veya mavi yakalı sosyal sınıftan oldukları ve aşırı kalabalık evlerde yaşadıkları görülmüştür. Öte yandan, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %17'sinin, doğum ağırlıkları 2.721 gr veya daha fazla olanların ise %22'sinin babaları I ve II. profesyonel sosyal sınıflardandırlar.

Bu ilişkiye çocukluk boyunca yapılan gözlemlerle uaşılmıştır. (P= 0,01, 0,01, 0,13 sırasıyla, 7, 11 ve 16 yaşları için). Evlerde konfor olup olmayışı (tuvaletin içeride oluşu, sıcak su, banyo), aşırı kalabalık yerleşim değerlendirmesinde telafi edilmiş ve hemen hemen aynı sonuçlar elde edilmiştir.

Doğum ağırlığı ve sonraki sosyo-ekonomik koşullar arasındaki ilişki, bütün doğum ağırlıklarını kapsayan dağılım için adım adım derecelendirilmiş ve sıra dışı dezavantajlı düşük doğum ağırlıklı bir grubun varlığına işaret etmemiştir. Aynı incelemede, doğum ağırlığının beşe bölümü, çocukluk ve ergenlik çağındaki her üç yaş diliminde de (7, 11 ve 16 yaşlarında) yetersiz yerleşim koşullarında yaşamış kohort üyelerinin oranı ile dereceli bir ilişki yaratmıştır; genel ilişkilendirme testi, P=0,0009 (Tablo 4.1). Yaşamlarının en az bir döneminde (ebeveynlerinin evinde, doğumla 16 yaş arasında veya 23 yaşındaki genç yetişkinler olarak) finansal zorluk yaşamış kohort üyelerinin oranı da doğum ağırlığı dağılımı boyunca derecelendirilmiş bir ilişki göstermiştir; trend testi, P=< 0,001 (Bartley ve ark. 1994). 1958 kohortunun kadın üyeleri arasında yapılan incelemede de oldukça benzer ilişkilere rastlanmıştır (Power ve ark. 1996).

Finansal olarak sıkışık koşulların ve yetersiz bir ev yaşamının, akla yatkın kısa vadeli etkilerinin yanı sıra, o kadar gözlenebilir olmayan uzun vadeli etkileri de vardır. 1958 İngiliz kohortu aynı örneği daha da ilerletmeye olanak vermiştir. Bir dizi inceleme, 22 ve 32 yaşları arasındaki genç erkeklerden bir yıldan fazla işsiz kalmış örneklem içinde işsizliklerinin nedenleri üzerinde yapılmıştır (Montgomery ve ark. 1996). Çocuğun yedi yaşındaki boyunun, sonraki hayatındaki işsizlik riskinin önemli bir öncülü olduğu görülmüştür (Tablo 4.2). Yedi yaşındaki boy dağılımı beş bölümde incelendiğinde, ileriki yıllarda yaşanan işsizliğin, çocukluk çağındaki boy dağılımı ile dereceli bir ilişki içinde olduğu, en kısa boylu çocukların sonraki işsizlik oranlarının, en uzun boylu çocukların sonraki işsizlik oranlarından neredeyse üç kat fazla olduğu (göreli orantı 2,90; yüzde 95 güven aralığı (GA) 1,84-4,57) ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.1 1958 İngiliz doğum kohortunun erkek üyelerinin doğum ağırlıkları ve buna bağlı sosyal durumları; sonradan barınma yetersizliği ve finansal zorluklar yaşayanların, her beşte birlik doğum ağırlığı grubundaki yüzdeleri. (N=4321)
Kaynak: Bartley ve ark. (1994); Tablo III ve IV'ten uyarlanmış.

Doğum ağırlıkları (beştebirlik)	Barınma yetersizliği[a]	Finansal zorluklar[b]
En yüksek:>3800g (>163oz)	18,1	31,6
Dördüncü: 3500-3800g (125-135oz)	20,4	33,7
Üçüncü: 3260-3500g (116-124oz)	20,4	35,0
İkinci: 3000-3260g (106-115oz)	22,0	36,3
En düşük:<2890g (<105oz)	26,6	39,2

a Barınma yetersizliği: Aşırı kalabalıklık ve/veya evlerde temel konfor uygulamalarının (tuvaletin içeride oluşu, sıcak su, banyo) olmayışı veya ortak kullanımı; 7,11 ve 16 yaşlarında
b Finansal zorluklar: Şunlardan biri veya bir kaçı – babanın sosyal sınıf V'te olması; çocuk 7 yaşındayken, ebeveynlerin ailenin finansal sorunlar yaşadığını açıklaması; çocuğun 11 veya 16 yaşında fişle okuldan bedava yemek alıyor olması; 23 yaşında işsizlik parası veya destek *fişi alıyor olması*

Tablo 4.2 1958 İngiliz doğum kohortunun eril üyelerinin çocukluk boyları ve buna bağlı sosyal deneyimleri; erken yetişkinlikleri sırasında işsizlik yaşayanların çocukluk boy uzunluğu dağılımının her bir beşte birlik kısmı için göreli orantı (N=2256)
Kaynak: Montgomery ve ark. (1996); Tablo 2'den uyarlanmış.

Yedi yaşındaki boy	İşsizlik için olasılıklar oranı[a]	
	Düzeltilmemiş	Düzeltilmiş[b]
En kısa	2,9	2,41
İkinci	2,02	1,81
Üçüncü	1,3	1,23
Dördüncü	1,19	1,2
En uzun	1	1

a İşsizlik: 22 ve 32 yaşları arasında bir yıldan fazla süre işsiz kalmış olmak
b Ebeveyn uzunluğuna göre düzeltilmiş; doğumdaki sosyal sınıf; yedi yaşındaki yerleşim yoğunluğu ve bölgesi; 11 yaşındaki sosyal düzeltme ve 23 yaşındaki eğitim seviyesi ve boy.

Doğumdaki sosyal sınıf, eğitim seviyesi ve ebeveynin boyu gibi olası bir dizi olası karıştırıcıların düzeltilmesinin, çok az etkisi olmuştur; göreli orantı 2,90'dan 2,41'e düşmüş (%95 GA 1,43-4,04) ve tüm dağılım üzerindeki dereceli ilişki sabit kalmıştır. Yetişkin boyu, yedi yaşındaki boya göre, işsizlik riskini öngörmek açısından daha zayıf kalmış ve olası karıştırıcıların düzeltmelerinin yapılması yetişkin boyu ve işsizlik riski arasındaki ilişkiyi ortadan kaldırmıştır.

Bu sonuçlardaki yedi yaşındaki boy, çocukluk sırasındaki gecikmiş büyümenin bir ölçüsü olarak yorumlanmıştır. Bu gecikmiş büyüme, kötü beslenme ve uyku bozuklukları gibi etkenlerden güç alan sosyo-ekonomik ve fiziko-sosyal

güçlüklerden kaynaklanmaktadır. (Montgomery ve ark. 1997). Kötü beslenme ve uyku bozukluğu, daha öncede belirtildiği gibi, finansal zorluklar, aile içi çatışmalar ve kalabalık yerleşim ile dolaysız ilişkilidir. Üst üste koyarsak, 1958 İngiliz doğum kohortu mantıklı bir zincir önermektedir: Ebeveynsel dezavantaj ve düşük doğum ağırlığı; kötü beslenme, uyku bozukluğunu tetikleyen kalabalık yerleşim ve buna bağlı olarak çocukluk sırasında gecikmiş büyümeye yol açan bir takım ya da tüm finansal zorluklar ve çocukluktaki gelişimi geciktiren sosyal koşullar, iş pazarındaki dezavantaja ortam hazırlamakta ve bu da uzun süreli veya sık sık tekrarlanan işsizliğe neden olmaktadır. Yavaş çocukluk gelişimi, her bir sosyal sınıf içerisinde dezavantajlı bir alt gruba işaret eder. Bu alt grubun, sosyal sınıf eşlerine nazaran daha düşük eğitim seviyeleri vardır. Bu eğitimsel devantaj daha sonra iş pazarındaki pozisyonlarını zayıflatır ki, bu da işsizliğin ve ikinci sınıf iş pazarındaki gelişigüzel işlerin yarattığı sağlık tehlikelerine maruz kalmalarına yol açar.

Bu etkenlerin tek başlarına sağlık üzerinde etkili olmaları büyük olasılıkla söz konusu değildir, ancak bir araya gelip bir dezavantajlar zinciri oluşturdukları zaman, sağlık üzerinde hatırı sayılır bir etki yaratırlar.[3]

Boyd Orr kohortu bu süreçlerin ileriki yaş gruplarında da takip edilebilmesine olanak sağlamıştır. Aşağıdaki örnekler, Boyd Orr kohortunun arasından rastgele seçilmiş ve çocukluklarında sosyo-ekonomik koşullar açısından tatmin olmuş bir örneklem grubuna dayandırılarak verilmiştir (Blane ve ark. 199c). Örneklem üyeleri, çocuklukları sırasında 1937-39 yılları arasında muayene edilmiştir. 1997-98 yılları arasında, erken yaşlılıklarında, geçmiş yaşamlarına dair mesleki ve barınmaya bağlı sağlık sorunları bilgisi toplanmış biçimde yeniden incelenmişlerdir. Maruz kalınan bu tehlikeler, birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları olarak sayısallaştırılmışlardır. Bu da altı tehlikeden her birinin maruz kalınan yıl sayısının toplamına eşittir (mesleki duman ve tozlar, fiziksel olarak zorlu bir iş, düşük iş kontrolü, yerleşim bölgesindeki hava kirliliği, yerleşimsel rutubet, yetersiz beslenme). Ailede kişi başına düşük gıda harcaması ile tanımlanan çocukluktaki sosyal dezavantaj, örneklemdeki kişiler için erken yaşlılığa kadar kaç yıl mesleki veya meskene bağlı sağlık tehlikesine maruz kalındığını öngörmüştür (Tablo 4.3).

[3] Bu *dezavantaj zinciri* (birikim modeli), yaşam seyri süreçlerinin *yol modeli* ile karıştırılmamalıdır. Yol modeli'ne göre, bir insanın çocukluğundan erginliğine giden yol sağlığı açısından önemlidir çünkü onun yetişkin sosyal konumunu belirler; insanın sağlığını etkileyen temel şey yetişkin sosyal konumudur. Birikim modeli yol modeli arasında amprik olarak bir ayrım yapmak zordur (Hallqvist ve ark. 2004), fakat ilkinin açıklaması, biyolojik programlama ve ideale yakın bebek ve çocuk gelişimi hakkındaki çalışmalara, çocuklukta, ergenlikte ve erken yetişkinlikte yaşanan sosyo-ekonomik zorlukların sağlık açısından yol açtığı sonuçların biyolojik tutarlılığına ve yaygın kronik hastalıkların uzun ve doğal geçmişine dayandırılarak yapılabilir.

Tablo 4.3 Çocukluk yiyecek harcamaları grubu ve birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları; ailede kişi başına yiyecek harcaması (1937-39); yaşlılık başlangıcında birikmiş, birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları (1997-98); Boyd Orr kohortunun katmanlaştırılmış ve rastgele örneklendirilmiş grubunun eril ve dişil üyeleri (N=292)
Kaynak: Daha önceden yayımlanmamış veri

1937-39 yemek gideri grubu	Birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları[a]		
	Ortalama	SS	Toplam
Grup 6 (> 11 şilin/kişi/hafta)[b]	21,0	27,2	23
Grup 5 (9-11 şilin/kişi/hafta)	30,9	26,2	33
Grup 4 (7-9 şilin/kişi/hafta)	37,6	33,6	52
Grup 3 (5-7 şilin/kişi/hafta)	48,7	33,3	76
Grup 2 (3-5 şilin/kişi/hafta)	49,0	38,4	93
Grup 1 (<3 şilin/kişi/hafta)	79,8	32,8	15

a Maruz kalınmış yılların sayısı: Mesleki duman ve tozlar, fiziksel olarak çetin bir iş, düşük iş kontrolü, yerleşim bölgesindeki hava kirliliği, yerleşim yerinin nemli oluşu, yetersiz beslenme
b 1939 değerleri
SS = Standart Sapma

1937-1939 yılları arasında, çocukluklarında ailede kişi başına yiyecek harcamaları en düşük olanların, 1997-98 yılları arasında yaşlılıklarının başlangıcındaki birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları, çocukluklarında ailede kişi başına yiyecek harcamaları en yüksek olanların dört katıydı. Bu iki uç grup arasındaki ilişki, yaklaşık olarak, basamaklı biçimde derecelendirilmiştir.

Aynı şekilde bu dezavantaj, yaşamın ileriki evrelerindeki dezavantajı öngörmüş ve böylece erken yaşlılıktaki dezavantaj da geçmiş yıllardan o güne kadar birikmiş olan dezavantaj miktarının bir sonucu olabilmiştir (Berney ve ark. 2000). Erken yaşlılıktaki dezavantaj, Boyd Orr kohortunun tabakalı ve rastgele seçilmiş örneklem grubunun erkek ve kadın üyeleri arasında gerek barınma ayrıcalıkları gerekse sosyal yardım alımı ya da sosyal sınıf açısından değerlendirilse, dezavantajlı grubun birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorlarının ortalaması, avantajlı grubun skorunun ortalamasından yüksekti (alışılmış istatiksel kabul edilebilirlik seviyesinde) (Tablo 4.4).

Boyd Orr kohortunun, iki ayrı uç yaşama dair sonuçları bir araya koyulduğunda, beraberce tüm yaşam akışı boyunca uzanan bir avantaj ve dezavantaj birikimi gösterirler. Düşük yiyecek harcaması, yüksek birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları ve erken yaşlılıkta sosyal yardım alımı etkenlerinin her birine belirli dezavantajlar bağlanmış olsa da, bunlardan herbiri aynı zamanda daha genelleştirilmiş dezavantajlara işaret ederler. Böyle yorumlandıklarında, Boyd Orr kohortunun sonuçları yaşam seyri boyunca genel dezavantajların sürekliliğini gösterirler –aynı zamanda da tam tersini, avantajın sosyal birikimini.

Tablo 4.4 Erken yaşlılıktaki sosyo-ekonomik konum ve birleştirilmiş yaşam boyu tehlike maruziyet skorları; 1997-98'deki sosyo-ekonomik konum; 1997-98'de erken yaşlılıkta birikmiş olan birleştirilmiş tehlike maruziyet skorları; Boyd Orr kohortunun tabakalı ve rastgele seçilmiş örneklem grubunun erkek (N=137) ve kadın (N=154) üyeleri

Erken yaşlılıktaki sosyo-ekonomik konum	**Birleştirilmiş tehlike maruziyet skorunun ortalaması[a]**	
	Erkek	**Kadın**
Barınma durumu		
Kendi evi	82,3 (47,0; 115) b	49,5 (38,1; 115)
Kendi evi değil	126,6 (39,0; 22)**	74,9 (42,5; 38)*
Sosyal yardım		
Yok	81,3 (45,8; 105)	49,2 (36,9; 116)
Var	116,6 (48,0; 32)**	76,7 (44,4; 38)**
Sosyal sınıf		
Kol emeği ile çalışmayan sosyal sınıf	60,0 (36,6; 68)	44,4 (34,9; 96)
Kol emeği ile çalışan sosyal sınıf	118,1 (40,7; 70)**	75,1 (41,7; 58)**

Kaynak: Berney ve ark. (2000), Tablo 4'ten uyrlanmış.

[a] Maruziyet yıllarının sayısı: Mesleki duman ve tozlar, fiziksel olarak zorlu bir iş, düşük iş kontrolü, yerleşim bölgesindeki hava kirliliği, yerleşim yerinin nemli oluşu, yetersiz beslenme.

[b] Parantez içindeki değerler standart sapma ve deneklerin sayısıdır (SS; N).

*p<0,01; **<0,001

4.3.2 Sosyal hareketlilik

Sosyal hareketlilik, sağlık ve sosyal etkenlerin yaşam seyri boyunca birikebileceği ileri bir mekanizma sağlar. Ebeveynin sosyo-ekonomik konumu çocukluğun, ileride farklı avantajlar veya dezavantajların birikmesini sağlayacak sosyal hareketlilik şansı ya da yönünü belirleyecek olan pek çok durumu etkiler. Bu süreç, "İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması"nda araştırılmıştır (Blane ve ark. 1999a). Bu veri setinde yetişkinlikteki boy, zorunlu eğitimi yasal olarak mümkün olan en erken yaşta bırakmış olma ihtimali ve ailedeki kardeş sayısı, tek tek, araştırılan deneğin çocukluğu sırasında babanın mesleki sınıfı ile ilişkilendirilmiştir ($P < 0.0001$). İşçi sınıfı evlerinden gelenlerin daha büyük bir ailede büyümüş olma, okulu erken bırakma ve daha kısa bir boydayken büyümelerinin durmuş olma olasılıklarının, orta sınıf evlerinden gelenlere göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Bu etkenlerin her biri, bir dizi etkinin öznesidir; örneğin, boy ebeveyn boyundan, eğitim çevredeki yerel okulların eğitim kalitesinden ve kardeş sayısı ebeveynin dini inancından etkilenir. Öte yandan toplu olarak değerlendirildiğinde, bu etkenler değişik boyutlardaki avantaj veya dezavantajın çocukluk sırasında kümelenmesini temsil ederler: Yetişkinlik boyu, çocukluk çağı sağlığının ve bü-

yümenin bir göstergesidir; eğitim kültürel çevrenin bir göstergesidir; kardeş sayısı, ailenin maddi imkanlarının bir göstergesidir. "İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması"nda bu etkenlerden her biri bağımsız olarak sosyal hareketlilik şansı ve yönü ile ilişkilendirilmiştir (P<0,0001). Etkenlerle aynı bağımsız ilişkilendirme, deneğin kendi yetişkinliğindeki sosyal sınıfı ile de yapılmış (P<0,0001) ve her durumda, regresyon katsayısındaki artışın da gösterdiği üzere, etkenlerin deneğin kendi yetişkinlik sınıfıyla olan ilişkisi, babasının sınıfıyla olan ilişkisinden daha güçlü çıkmıştır. Boy, eğitim alınan süre ve kardeş sayısı, çocukluk avantaj ve dezavantajlarının bir göstergesi ve sonucudur. Bunun yanında, sosyal hareketlilik şansı ve yönünü belirlerler ve böylece yaşam seyri boyunca diğer türden sosyal avantaj ve dezavantajlarla olan ilişkileri kuvvetlenir.

Bu yaşam seyrindeki seçici süreçler, bir şekilde hissedilenin tersine, yetişkin eşitsizliklerini artırmaktan çok kısıtlama eğilimindedirler[4]. Sosyal hareketliliğin, sosyal eşitsizliklere olan katkısı, sosyal hareketlilik matrisinde, sosyal olarak istikrarlı olanların arasındaki eşitsizliklerin büyüklüğünü (matrisin köşegeni), sosyal istikrarlıları ve sosyal hareketlileri de kapsayan tüm popülasyondaki eşitsizliklerin büyüklüğüyle (matrisin alt sırası) karşılaştırılarak bulunabilir. Eğer ilki ikincisinden büyükse, sosyal hareketliliğin etkisi eşitsizliklerin büyüklüğünü kısıtlamak şeklinde olur. Böyle bir ilişki, "İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması"nın, ortalama boydaki sosyal sınıf farklılıkları hakkındaki verileri kullanılarak gösterilebilir. Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, sosyal istikrarlılar arasında ortalama boylar arasındaki fark (I ve II 176,9 cm, IV ve V 170,5 cm; fark=6,4 cm), tüm popülasyondaki ortalama boy farkından (I ve II 175,5 cm, IV ve V 170,6 cm; fark=4,9 cm) daha fazladır. Böylelikle sosyal hareketliliğin net etkisi boydaki sosyal eşitsizliği sınırlandırmak olmuştur.

Tablo 4.5 Nesiller arası sosyal hareketlilik matrisi; ortalama boy (cm); "İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması"nın erkek üyeleri (n=5645)
Kaynak: *Blane* ve ark. *(1999a);* Tablo 2'den uyarlanmış

Babanın Sosyal Sınıfı	**Kendi Sosyal Sınıfı**				
	I ve II	**IIIN**	**IIIM**	**IV ve V**	**HEPSİ**
I ve II	176,9	174,7	172,3	172,8	176,0
IIIN	175,7	172,8	173,6	172,3	174,4
IIIM	174,7	173,4	171,5	170,3	172,5
IV ve V	174,4	172,5	170,6	170,5	171,4
HEPSİ	175,5	173,2	171,3	170,6	

[4] Gradyan sınırlanmasının olup olmaması amprik bir konu olup, yaşam seyrinin, ülkenin ve sağlık hizmetleri büyüklüğünün değişiminden etkilenir. Öte yandan günümüzde, yeterli sayıda veri setinde bulunduğu üzere, genel eğilim açısından düşünmek akla yatkındır.

Bu fenomen ilk defa Bartley ve Plewis tarafından, uzun-süreli hastalıkları sınırlandırma çalışması çerçevesinde ortaya konmuştur (1997). Sonradan, başka veri setlerinde pek çok tutarlı sonuç elde edilmiştir (Elstad 2001; Power ve ark. 2002b; Elstad 2003; Chandola ve ark. 2003; Cambois 2004). Birçok farklı sosyal eşitsizlik üzerine de çalışmalar mevcuttur; eğitim alınan süre ve kardeş sayısı (Blane ve ark. 1999a), erken ölüm (Blane ve ark. 1999b), sağlıkla ilişkili davranışlar (Karvonen ve ark. 1999), fizyolik ve klinik statü ve belli bir nedene bağlı mortalite (Hart ve ark. 1998).

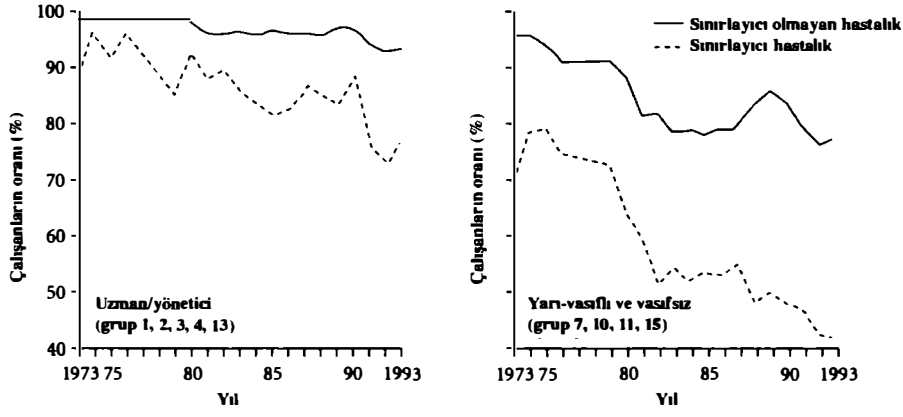
Bu sınırlayıcı etkinin nedeni şudur: Sosyal hareketliliği yukarı yönde yaşayanlar, geride bıraktıklarından daha avantajlı olurlarken (ait oldukları sınıftaki sosyal istikrarlılar), katıldıkları yeni sınıftakilere göre daha az avantajlıdırlar (katıldıkları sınıftaki sosyal istikrarlılar). Aynı şekilde, sosyal hareketliliği aşağı yönde yaşayanlar, ayrıldıkları sınıftakilerden daha dezavantajlı, katıldıkları sınıftakilerden daha avantajlıdırlar. Örneğin Tablo 4.5'te, IIIN sosyal sınıfından yukarıya doğru yer değiştirenler, kendi sınıflarındaki sosyal istikrarlılardan daha uzun (175,7 cm'ye 172,8 cm), katıldıkları sosyal sınıfın istikrarlılarından daha kısadırlar (175,7 cm'ye 176,9 cm). Bu ilişki, sosyal hareketlilik matrisinin her hücresinde bulunamayabilir, ancak ilişkinin hücrelerin çoğunluğunda veya sosyal hareketli bireylerin çoğunluğunu içeren hücrelerde bulunduğu durumlarda, gradyan sınırlayıcı etki ortaya çıkacaktır. Bu gradyan sınırlayıcı sürecin bir sonucu, yaşam seyri boyunca biriken avantaj ve dezavantajları dengelemektir. Aksi taktirde, meydana gelen eşitsizlikler artacaktır.

Bu fenomeni gösteren veriler oldukça eskidir. Örneğin bundan 40 yıl önce, Morris'in Londralı otobüs çalışanları üzerinde yaptığı ünlü koroner kalp rahatsızlığı çalışmasında şöyle bir tablo ortaya çıkmıştır: Otobüs kondüktörüyken otobüs şoförü olup sınıf değiştirenlerin ölçülmüş fiziki yapıları, IIIM sınıfının sosyal istikrarlı üyeleri sayılabilecek olan doğrudan girişli otobüs şoförlerinin ölçülmüş fiziki yapılarıyla, otobüs kondüktörü olarak kalan ve IV sınıfının sosyal istikrarlı üyeleri sayılabileceklerin ölçülmüş fiziki yapılarının tam ortasında bir değerde çıkmıştır (Heady ve ark. 1961). Geçmişte bu verileri yorumlayanlar bütün resmi görememiş, sadece yarısı üzerine odaklanmış, yukarı sosyal yer değiştirme yaşayanların geride bıraktıklarından daha avantajlı olduklarını görmüş ve buna dayanarak sosyal hareketliliğin sosyal eşitsizlikleri artırdığı sonucuna varmışlardır. Buradaki yenilik bütün resmi görebilmek olmuştur; yani yukarı sosyal yer değiştirme yaşayanların, katıldıkları sınıftakilerden daha dezavantajlı olduklarını da görmek ve bu süreçlerin genel etkisinin eşitsizlikleri artırmak olmayabileceğinin, aksine eşitsizliklerin büyümesini sınırlayacağının farkına varmak.

4.3.3 Sosyal koruma

Sosyal koruma, yaşam seyri boyunca sağlık ve sosyal avantaj veya dezavantajların etkileşimini sağlayacak üçüncü bir mekanizma ortaya çıkarır. Geçmiş sosyo-ekonomik şartlar dezavantajın etkisini koşullandırır; avantajlılar üzerindeki etkisini minimize edip, dezavantajlılar üzerindeki etkisini artırır. Ve bu koşullandırma etkisinin önemi, geniş dış çevrenin daha tehlikeli olması ölçüsünde artar. Genel Hanehalkı Anketi verileri bu mekanizmayı göstermiştir (Bartley ve Owen 1996).

Genel Hanehalkı Anketi'nde, çalışabilir yaşta olan erkeklerden, sınırlayıcı uzun dönemli hastalıkları olduğunu bildirenlerin, sağlıklı olduklarını bildirenlere nazaran işsiz olmaya veya ekonomik olarak pasif olmaya daha yakın oldukları görülmüştür. Kronik hastalıkların işten kovulmayla ilişkisi olması olasılığı, sosyo-ekonomik koşullara göre değişir (Şekil 4.1). Kronik hastalığı bulunan ve avantajlı sosyo-ekonomik grupta yer alanların çalışma oranı, benzer sağlık problemleri olan ve daha az avantajlı sosyo-ekonomik gruplarda yer alanlarınkinden daha yüksektir.



Şekil 4.1 Uzun süren sınırlayıcı hastalık sosyo-ekonomik durum ve Genel Hanehalkı Anketi'nin erkek deneklerinin çalışma durumu, 1973-93 (Bartley ve Owen 1996; Şekil 2'den uyarlanmış.)

Kronik hastalık geliştiği zaman, sosyo-ekonomik grup tarafından belirlenen önceki sosyal avantaj seviyesi, uzman ve yöneticilerin durumunda, iş pazarından çıkarılma gibi oluşabilecek dezavantajlara karşı bir koruma kalkanı olarak, vasıfsız ya da yarı-vasıflı kol emeği işçileri içinse, var olan kronik hastalığın dezavantajlarına ve vasıfsız işçi maaşıyla sağlanabilen yaşam standartlarına ek olarak işsizlik dezavantajı yaratacak bir etken olarak yorumlanabilir.

Bu koruyucu ya da katlayıcı etki, göreceli olarak işsizliğin en düşük olduğu

1970'lerin ortalarında yapılan Genel Hanehalkı Anketi'nde mevcuttu. 1980'lerdeki ekonomik gerilemeye bağlı olarak işsizlik ve ekonomik hareketsizliğin artmasıyla beraber, etki daha da güçlendi ve kronik hastalığın iş pazarındaki etkisinin sosyal sınıfa bağlı değişkenliği önemli ölçüde arttı. Başka bir deyişle, sağlık ile sosyal koşullar arasındaki "sosyal koruma" tipi etkileşim, genel dış çevrenin kötüleşmesi ile daha da önem kazanmaktadır. İngiltere ve İsveç'te yaşanmış olan deneyimlerin karşılaştırılması, bu etkilerin sosyal politikalardan etkilendiğini göstermektedir. Uzun süreli hastalıkların iş pazarı sonuçları değerlendirildiğinde, İsveçli vasıfsız işçilerin, İngiliz vasıfsız işçilere nazaran daha az dezavantajlı oldukları görülmektedir ki bu İsveç'in daha müdahaleci iş pazarı politikalarından kaynaklanıyor olabilir. Bunun da ötesinde, iş pazarından çıkarılma gerçekleşse bile, bunun sağlığa zararı İsveç'te daha az olacaktır, çünkü İsveç'in sosyal yardımları, İngiltere ile kıyaslandığında normal maaş seviyesine daha yakındır (Burstrom ve Whitehead 2000).

4.4 Yaşam seyrinin ileri yaşlarda sağlık ve mortalite üzerindeki etkileri

Yaşam seyrinin sağlık üzerindeki etkileri hakkındaki bilgilerin çoğu İngiliz doğum kohortu çalışmalarından gelir. Bu çalışmalar 1946, 1958, 1970 ve 2000 yılında başlamış olup, kohortların en yaşlılarının bile yüksek morbidite ve mortalite yaş grubuna erişmeleri için zamanları vardır. Sonuç olarak, ender görülen istisnalar dışında (Kuh ve ark. 2002), çalışmalarda erken ölüm oranı çok olmayıp, ciddi morbidite vakalarına göreceli olarak seyrek rastlanmaktadır (Hardy ve ark. 2004). Günümüzde, ileri yaş gruplarında yaşam seyri etkilerinin sağlık üzerindeki sonuçlarını araştırmak için başka yerlere bakılmalıdır.

4.4.1 ABD Ulusal Uzamsal Araştırması

İleri yaşlardaki mortalitenin yaşam seyri bağlamında ele alındığı çalışmaların ilklerinden biri, ABD'deki Orta Yaşlı Erkek İş Bulma Deneyimi Ulusal Uzamsal Araştırması (NLS) çalışmasının verilerini kullanmıştır. Çalışma, 45-59 yaşları arasındaki 5000 erkek üzerinde 1966'da yapılmış bir panel araştırmadır. Bu veriler, retrospektif mesleki, eğitimsel ve ailevi geçmişler ile takip süresi olarak belirlenen 1966 ve 1983 yılları arasındaki ölümler gibi bilgileri içermektedir. 45-76 yaşları arasındaki bu ölümler, geçmişteki yaşam seyri olayları ile ilişkilendirilerek analiz edilmiştir (Mare 1990).

Bu veri setindeki erken ölümler, yaşam seyri boyunca etki eden faktörler ile (babanın mesleği, eğitim görülen sürenin uzunluğu, iş pazarına girişteki ilk meslek, orta yaştaki meslek ve orta yaştaki aile varlık durumu) beklenen yönde de-

recelenmiştir (yani sosyal avantajın büyüklüğü demek ölüm riskinin azalması demektir). Eğitim etkeni kontrol edildiğinde, babanın mesleğiyle daha sonraki mortalite riski arasındaki ilişki büyük oranda ortadan kalkmaktadır. Bu da çocukluktaki sosyo-ekonomik şartların etkilerinin, temel olarak sonraki deneyimlerle ve özellikle de eğitim erişimi ile iletildiğinin işaretidir. Buna ek olarak, çok değişkenli bir analiz göstermiştir ki eğitimle ilgili olan mortalite farkının yaklaşık yarısı, daha uzun süreli eğitim görmüş olanların faydalandıkları mesleki ve finansal avantajlardan kaynaklanmaktadır. İlk mesleğin, en azından 25 yıl sonrasındaki ölüm riski üzerinde bağımsız bir etkisi vardır, özellikle de ilk meslek profesyonel veya idari ise. Orta yaştaki mesleğin ölüm riski üzerindeki toplam etkisi, genel olarak meslekle ilişkili servet ve aile varlıklarının farklarından kaynaklanır. Özet olarak, geç orta yaşlılıktaki veya erken yaşlılıktaki erken ölüm riski, yaşam seyri boyunca birbirinden bağımsız etkenlerden etkilenir. Bunlardan en önemlileri, eğitim süresinin uzunluğu, ilk mesleğin çeşidi ve orta yaşta aile serveti ve varlığı ve meslek türüdür.

4.4.2 Norveç bağlantılı veriler

İleri yaşlardaki mortalitenin yaşam seyri bağlamında ele alındığı öncü çalışmalardan bir diğeri, 1960, 1970 ve 1980 yıllarında yapılan genel nüfus sayımını ve 1985 yılına kadarki yaşamsal kayıt istatistiklerini içeren, Norveç bağlantılı kayıt verilerini kullanmıştır. Bu süreç boyunca meydana gelen yaklaşık 180.000 ölüm, sosyal koşullar ve bu koşulların geçici düzenlemeleri şeklinde ifade edilebilen yaşam-boyu sosyo-ekonomik değişkenler çerçevesinde incelenmiştir (Salhi ve ark. 1995; Wunsch ve ark. 1996).

Yalnızca ilköğretim düzeyinde eğitim almak; erken emekliliği takiben kol emeği gerektiren işlerde çalışmak; hayatın erken evrelerinde ve sıklıkla ilerleyen safhalarında da kötü evlerde yaşamak gibi etkenler biraraya geldiğinde, erkekler arasında en yüksek ölüm riski taşıyan yaşam seyri oluşmaktadır. Kadınlar için elverişsiz yaşam seyri de benzer olarak kötü eğitimi, yaşama kötü barınma koşullarıyla başlamayı ve ücretli çalışmamayı içerir. Aksine, kadınlar için elverişli yaşam koşullarını karakterize eden şeyler, hayatın başlarındaki iyi barınma koşulları ve nadiren el emeği gerektiren işlerle meşgul olmaktır. Yüksek eğitim seviyesi de iyi bir iş de önemli gözükmemektedir. Erkekler için ölüm riskinin düşük olduğu yaşam seyri, orta eğitim veya ilerisi bir eğitim seviyesini, beyaz yakalı bir iş hayatına başlamayı ve sonrasında terfiyi veya kendi işini kurmayı ve ileriki yaşamda iyi barınma koşullarını birleştirir. Başka bir kıtanın başka verileri üzerine başka tekniklerle yapılmış olsa da bu çalışma ABD Ulusal Uzamsal Araştırması ile büyük benzerlikler göstermektedir.

4.4.3 İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması

Konu hakkında üçüncü bir veri kaynağı, İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışmasıdır. Bu çalışma 1970'lerin başında 35-64 yaşları arasında, değişik tip işlerde çalışan 5500 erkek üzerinde yapılmıştır. Haklarında daha çok kalp-damar sağlığı ve kalp-damar hastalıkları risk etkenlerine dair verileri toplanmış olup, geçmiş yaşama dair sınırlı veriler de mevcuttur. 1990'ların ortalarında, 21 yıllık mortalite takip verisine ulaşılmıştır.

Bu veri setinde geleneksel risk etkenleri, yaşam seyriyle olan ilişkileri çerçevesinde değişiklik göstermektedir (Blane ve ark. 1996). Davranışsal risk etkenleri (dinlence egzersizleri, sigara içimi), deneğin yetişkinliği sırasında ait olduğu sosyal sınıfla bağlantılıdır, ancak çocukken babasının ait olduğu sosyal sınıfla bir bağlantısı yoktur. Buna karşın, fizyolojik risk etkenlerinin çoğu (diyastolik kan basıncı, serum kolesterol düzeyi ve birinci saniyedeki zorlu vital kapasite), hem babanın hem de kişinin kendisinin sosyal sınıfıyla bağlantılıdır ve yetişkinlik bağlantıları, çocukluk bağlantılarından daha kuvvetlidir. Bir fizyolojik etken olan vücut kütle endeksi, deneğin çocukluk çağında babasının sosyal sınıfıyla bağlantılı, ancak kendi yetişkinlik sosyal sınıfıyla bağlantılı değildir. Buna çok benzer çıkarımlar, Whiteall II Çalışması'nda da yapılmıştır[5] (Brunner ve ark. 1999). Bu sonuçlar, davranışın öncelikli olarak mevcut sosyal bağlam tarafından (olasılıkla kişinin yakın çevresinin normları) belirlendiğinin gösterilmesi olarak yorumlanabilir. Öte yandan fizyolojik durum, geçmişin ve bugünün birikmiş etkilerini yansıtır.

Bu analizlere yaşam seyri boyutundan bakış, ilk mesleğe bağlı sosyal sınıfı da hesaba katarak bir adım ileriye götürülmüştür (Davey Smith ve ark. 1997). Böylece her bir bireye üç sosyal sınıf konumu atfedildi: Babanın mesleğine dayanan çocukluktaki sosyal sınıf; kişinin ilk mesleğine dayanan iş pazarına girişteki sosyal sınıf; kişinin izlenmesi sırasındaki mesleğine dayanan yetişkinlikteki sosyal sınıf. Kişinin kol emeği gerektirmeyen işlerin sosyal sınıfına değil de kol emeği gerektiren işlerin sosyal sınıfına kaç kez atfedildiği (0 ile 3 arası) fizyolojik statünün pek çok özelliği ile ilişkilendirilmiştir ve en iyi sağlık durumu hayatın üç aşamasında da kol emeği gerektirmeyen işlerin sosyal sınıfı içinde olanlarda bulunmuştur (Tablo 4.6). Sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, serum kolesterol düzeyi, boy, vücut kütle endeksi, birinci saniyedeki zorlu vital kapasite (ZVK_1) anjin ve kronik bronşitin semptomları, basamaklı bir yaklaşımla derecelendirilerek bu kümülatif yaşam seyri sosyal sınıf değerlendirmesine bağlantılandırılmıştır. Yukarıda sayılan etkenlerin basamakları kol emeği gerektirme-

[5] İlginç bir istisnaya tütün içen kadınlar arasında rastlanmıştır. Burada kadının, kendi sosyo-ekonomik sınıfına uyum sağladıktan sonra bile, babasının sosyal sınıfıyla olan bağlantısı sabit kalmıştır. Bunun olası sebebi, kadının sosyal konumunun geldiği sınıfa daha fazla bağlı olmasıdır. (Marmot *kişisel iletişim* 2.9.04)

yen üç sınıf kategorisinin neden olduğu bozulan sağlık durumunda birbirinden uzaklaşmıştır. Yirmi bir yıllık takip süresi boyunca, tüm-nedenler mortalitesi yaşam boyu kümülatif sınıfla aynı ilişkiyi göstermiş ve üç durumda da kol emeği gerektiren sınıfa atfedilen grubun tüm-nedenler mortalitesi, üç durumda da kol emeği gerektirmeyen sınıfa atfedilen gruptan %50 yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.6 İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması'nda yaşamın üç evresindeki kümülatif sosyal sınıf ve erkekler arasındaki tüm-nedenler mortalitesi; göreceli ölüm oranları; (n=5766)
Kaynak: Davey Smith ve ark. (1997), Tablo 6'dan uyarlanmış.

Kümülatif Sosyal Sınıf	Yaşa göre düzeltilmiş	Yaşa ve risk etkenine göre düzeltilmiş[a]
Üçü de kol emeği gerektirmiyor	1,00	1,00
İkisi kol emeği gerektirmiyor, biri gerektiriyor	1,29	1,30
İkisi kol emeği gerektiriyor, biri gerektirmiyor	1,45	1,33
Üçü de kol emeği gerektiriyor	1,71	1,57

a Risk etkenleri: Sigara içimi, diyastolik kan basıncı, serum kolesterol düzeyi, vücut kütle endeksi, düzeltilmiş ZVK_1, anjin, bronşit ve elektrokardiyogramda iskemi

Biriken dezavantajların sağlık üzerine etkisinin nedenlerini anlarken, bir dizi davranışsal ve fizyolojik risk etkeni ayarlamasının, ölüm riskini çok az azalttığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu fenomen –yaşam seyri boyunca biriken dezavantajların sağlıktaki gradyanı– genel bir eğilim olabilir. Uzun süreli hastalıklarda benzer bir gradyan, dezavantajların hem sosyal sınıf hem de iş pazarı konumu açısından değerlendirildiği ONS Uzamsal Çalışması'nda bulunmuştur (Bartley ve Plewis 2002). Ayrıca birçok farklı ülkede çok benzer sonuçlara rastlanmıştır (Stronks ve ark. 1996; Pensola 2003; Hallqvist ve ark. 2004; Naess ve ark. 2004). Öte yandan bu çalışmalarda kentleşmenin yanlış yönlendirici etkisi bile hâlen soru işaretidir (Blane 2004).

İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışmasında, ölüm oranları üzerine derinlemesine yapılan analizlerin gösterdiği gibi, özgün hastalıklar ve ölüm sebepleri yaşam seyriyle farklı yollardan bağlantılı olabilirler (Davey Smith ve ark. 1998). Bazı ölüm sebepleri (mide ve akciğer dışında kanser türleri, kazalar ve şiddet), çocukluk değil yetişkinlik sosyal sınıfıyla bağlantılıdır. Diğer birçok yaygın ölüm çeşidi (koroner kalp hastalıkları, inme, akciğer kanseri, mide kanseri ve solunum hastalıkları), birbirinden bağımsız olarak hem çocukluk hem de yetişkinlik sosyal sınıfıyla bağlantılıdır. Yetişkin sosyo-ekonomik koşullarının ve yetişkin risk etkenlerinin düzenlenmesi: Akciğer kanseri ve çocukluk sınıfı arasındaki bağlantıyı yok eder; koroner kalp hastalıkları ve solunum hastalıklarına bağlı ölümler ile çocukluk sınıfı arasındaki bağı azaltır; ancak çocukluk sınıfının, inme ve mide kanseri arasındaki bağlantı üzerine bir etkisi olmaz. Bir başka deyişle, yetiş-

kinlikteki inme ve mide kanseri mortalitesi, yaşam boyu devam eden sosyal dezavantajlardan bağımsız olarak, olağandışı bir ölçüde, çocukluktaki elverişsiz sosyo-ekonomik koşullarla ilişkilidir.

Soğutma koşulları, tuzlanmış, tütsülenmiş ve salamura edilmiş gıda tüketiminin azalması gibi nedenlerden şüphelenilmesine rağmen, 20. yüzyılda mide kanseri ve inmeden kaynaklanan ölümlerin neden azaldığı hâlen tam olarak açıklanamamıştır (Charlton ve Murphy 1997).

Bununla birlikte, yetişkinlikteki bu ölüm nedenlerinin çocukluktaki yoksunlukla sıkı bir bağı bulunduğunun ortaya konması, başka bir öneriye yol açmıştır. Çocukluk yoksulluğu endişesi, 20. yüzyılın sosyal politika ve sosyal bilimlerinin sabit bir teması olmuştur (Hall ve ark. 1978). Önemli gelişme ve olaylar şöyle sıralanabilir:

1. Yüzyılın başında – Rowntree'nin yoksulluk araştırması; 1904 Bölümlerarası Komite ve okulda yemek uygulamasının sunumu

2. 1930'larda – Eleanor Rathbone'nin Aile Bağış Cemiyeti ve aile indirimleri; İngiliz Tabip Odası ve Rowett Enstitüsü'ndeki Boyd Orr'un çocuk beslenmesi çalışması

3. İkinci Dünya Savaşı sırasında – besin oranlama politikası ve Beveridge Raporu

4. Savaş sonrası – refah devleti

Yetişkinlikteki mide kanseri ve inmeye bağlı mortalite, çocukluktaki yoksunluğa olağandışı bir biçimde duyarlıysa, bu nedenlerden kaynaklanan mortalitede gerçekleşen büyük düşüş, çocukluk yoksunluğunu aşamalı olarak azaltan bir dizi bilimsel çalışmanın ve politika inisiyatiflerinin istemsiz bir sonucu olabilir. Tuzlanmış ve salamura gıdaların tüketiminin düşürülmesi dışında, etyolojik mekanizmalar da gerekli olacaktır; boy (inme durumunda) ve *Helikobakter pilori* infeksiyonu (mide kanseri durumunda) neden olarak önerilmiştir (Davey Smith ve ark. 1998).

4.4.4 Boyd Orr Kohortu

Boyd Orr Kohortu, 1937-39 yılları arasında İngiltere ve İskoçya'nın 16 farklı bölgesinde yapılmış olan beslenme alışkanlığı ve sağlık araştırmasından türemiştir. Sosyo-ekonomik bilgi ve detaylı beslenme alışkanlığı bilgisi toplanmış ve her hanehalkının çocukları detaylı bir tıbbi muayeneden geçirilmiştir. Bu çocuklardan (N=4211) yüzde seksen beşinin izi 1990'ların ortalarında tekrar bulunmuş ve 696'sının ölmüş olduğu görülmüştür (Gunnell ve ark. 1996). Bu çocukların sağlıklarının ve beslenmelerinin birçok yönünün, yetişkinlikteki ölüm risklerini artırdığı ortaya koyulmuştur (Gunnell ve ark. 1998a,b; Frankel ve ark. 1998).

1996'da, tüm Boyd Orr Kohortu'nun içinden farklı çocukluk sosyo-ekono-

mik şartları farklı olan rastgele bir grup seçilmiş ve üzerlerinde daha detaylı bir yaşam seyri araştırması yapılmıştır (Blane ve ark. 1999c). 1937-39'dan 1997-98'e kadarki dönem hakkında, hayat-ağı mülakatlarıyla geriye dönük bilgi toplanmış ve fizyolojik ölçümler yapılmıştır. Sosyal avantaj ve dezavantajların yaşam seyri boyunca birikimi, Kısım 4.3.1'de bu tabakalı rastgele gruba dayandırılarak açıklanmıştır. Sosyal birikimin kohort üyelerinin sağlığı üzerindeki etkisi, çocukluktaki yavaş büyüme, yetişkinlikteki düşük iş kontrolü ve yaşlılığın erken yıllarındaki yüksek tansiyon açısından incelenmiştir (Montgomery ve ark. 2000). Çocukluktaki fiziksel büyüme hızı, 1937-39 ve 1997-98 yıllarında ölçülen çocukluk ve yetişkinlik boylarının aynı modelde ele alınmasıyla, yaklaşık olarak elde edilmiştir. (Ergenlik çağındaki ani uzamanın yanıltıcı etkisinden korunmak için analizlere yalnızca beş ve sekiz yaş arasındakiler katılmıştır.)

Tablo 4.7 Erken yaşlılıktaki sistolik kan basıncı ve çocukluk ve yetişkinlik boyları; Boyd Orr Kohortu'nun tabakalı ve rastgele seçilmiş örneklem grubunun erkek ve kadın üyelerinin 1937-1939 yılları arasında 5-8 yaşları arasında olanları; boy dağılımı beşe bölünmüştür.
Kaynak: Montgomery ve ark. (2000), Tablo 1'den uyarlanmıştır. * referans grubun (en uzun beştebirlik grup) üzerinde mmHg

		Model A		Model B	
		Ortalama fark* (%95 güven aralığı)	**p değeri**	**Ortalama fark* (%95 güven aralığı)**	**p değeri**
Çocukluk boyu					
En kısa	1	29,0 (14,9, 43,1)	0,000	28,5 (5,6, 51,5)	0,015
	2	14,6 (1,1, 28,2)	0,035	13,9 (-5,3, 33,1)	0,16
	3	13,8 (-0,7, 28,3	0,06	12,3 (-7,8, 32,4)	0,23
	4	11,8 (-1,4, 25,0)	0,08	10,2 (-7,7, 28,2)	0,26
En uzun	5	0,0		0,0	
Yetişkinlik boyu					
En kısa	1	19,3 (5,8, 32,9)	0,006	0.7 (-20,0, 21,5)	0,94
	2	15,1 (1,7, 28,4)	0,027	1.2 (-17,6, 20,0)	0,90
	3	12,8 (-0,2, 25,8)	0,054	2.8 (-14,4, 20,0)	0,75
	4	10,7 (-2,4, 23,7)	0,11	3.8 (-12,0, 19,6)	0,64
En uzun	5	0,0		0,0	

Model A: Yaş, cinsiyet, VKE, hipertansiyon ilaçları, çocukluk etkenleri (sağlık, VKE, gıda harcamaları, kalabalık hanehalkı, babanın sosyal sınıfı), yetişkinlik etkenleri (sigara içilen yıl sayısı, düşük iş kontrollü işte çalışılan yıl sayısı, sosyal sınıf) ve erken yaşlılıktaki etkenler (sosyal yardım durumu, sigara içimi, otomobil sahibi olma) için düzeltilmiştir; çocukluk ve yetişkinlik boyu ayrı ayrı modellenmiştir.

Model B: Model A gibi, ancak çocukluk ve yetişkinlik boyu aynı modelde ele alınmıştır.

Çocukluk ve yetişkinlikteki sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklere göre geniş kapsamlı bir düzeltme yapıldıktan sonra, hem çocukluk hem de yetişkinlik boyu sistolik kan basıncıyla ayrı ayrı ilişkilendirilmiş ve her iki boy dağılımında da en kısa boylu grupta olanların daha büyük bir risk taşıdıkları görülmüş-

tür. Hem çocukluk hem de yetişkinlik boyu aynı modelde ele alındığında, sadece en kısa çocuk boyu ve yüksek sistolik kan basıncı arasındaki ilişkinin sabit kaldığı görülmüştür (Tablo 4.7). Nabız basıncı değerleri ölçüldüğü zaman da aynı sonuçlara ulaşılmıştır (diyastolik kan basıncıyla aynı doğrultuda sonuçlar vermiş, ancak sonuçlar geleneksel istatiksel kabul edilebilirlik seviyesine ulaşmamıştır).

Çocukluk boyunun, kadınlar için yetişkinliklerinde, düşük kontrollü işlerde harcayacakları yıl sayısını öngörmede kullanıldığı gösterilmişti (Holland ve ark. 2000). Hem en küçük çocukluk boyu grubunda bulunan hem de yetişkin olarak düşük kontrollü işlerde en fazla zamanı harcamış olan az sayıdaki denek, sistolik kan basıncı ve nabız basıncı değerlerinde sırasıyla 35,2 mmHg (95% CI 6,0, 64,4; p=0,02) ve 25,8 mmHg (95% CI 3,5, 48.2; p=0,02) düzeltilmiş göreceli artımlar göstermişlerdir (Montgomery ve ark. 2000). Bir araya getirildiğinde, bu sonuçlar ergenlik öncesi gelişim hızının, belki de kritik bir dönem etkisi olarak, ileriki yaşamda kan basıncı kontrolüne dair mekanizmaların oluşumuyla ilişkili olduğunun kanıtı şeklinde yorumlanmışlardır.

Bu kritik dönem etkisinin yanısıra, yavaş çocukluk gelişimine neden olan maddi ve psikososyal koşullar da kişiyi düşük kontrollü işlere maruz bırakan bir yaşam seyri yörüngesine işaret edebilirler ve çocukluktaki yavaş büyüme, yetişkinlikte düşük kontrollü iş ile etkileşime geçip erken yaşlılıkta yüksek sistolik kan basıncına ve nabız basıncına neden olabilir.

Sonuç olarak, dikkat çekmekte fayda vardır ki yaşam seyri süreçlerinin, erken yaşlılıktaki birçok sağlık durumunu etkileyişinde göz ardı edilmeyecek bir heterojenlik mevcuttur. Erken yaşlılıktaki kan basıncı, gördüğümüz gibi, olası bir yetişkinlik etkeniyle (iş kontrolü) etkileşim haline geçen bir çocukluk etkeninden (fiziksel büyüme) etkilenebilir. Buna karşın, tüm Boyd Orr Kohortu'nda, erken yaşlılıktaki sağlıklı bir beslenme biçiminin (Maynard ve ark. 2005), öncelikli olarak eş-zamanlı etkenlerden etkilenmiş olduğu gözükmektedir. Ancak bazı yaşam seyri etkilerinin de niteliksel olarak tanımlanabildiği (Blane ve ark. 2005) ve bir çocukluk etkeninin (çocukluk çağındaki sebze tüketim düzeyi) erken yaşlılıktaki sağlıklı beslenmeden bağımsız ve geleneksel istatiksel anlamlılık seviyesinde bir bağı olduğu görülmektedir (Maynard ve ark. 2004).

Yaşam seyri ile olan ilişki, erken yaşlılıktaki yaşam kalitesi içinde iyice azalıyor. Boyd Orr Kohortu'nun tabakalı ve rastgele seçilmiş örneklem grubunda yetişkinlikten bazı etkiler görülse de (Blane ve ark. 2004), bu veri setinde erken yaşlılıktaki yaşam kalitesinin temel olarak çağa ait nedenlerin etkisi altında olduğu sonucuna varılmıştır (Wiggins ve ark. 2004). Muhtemelen yaşam seyri, sağlık açısından fizyolojik olarak nesnelleştirildiği yerde en güçlü etkiye sahiptir; tercihleri ve zevki şekillendirdikleri yerde orta etkiye sahiptir; gündelik yaşamda verilen psikolojik tepkiler üzerinde ise en küçük doğrudan etkiye sahiptir.

4.4.5 Özet olarak

ABD Ulusal Uzamsal Araştırması, Norveç Bağlantılı veri seti, İskoçya'nın Batısı Ortak Çalışması ve İngiltere Boyd Orr Kohortu, orta yaşın sonlarına ve erken yaşlılığa dair fizyolojik hasar ve erken ölümler ile ilişkili olan yaşam seyri tipleriyle ilgili ilk bilgiyi vermektedirler. Bu yaşam seyirlerinin birçok özelliğinin kesitsel çalışmalardan geldiği düşünülebilir –çocukluktaki zayıf maddi ve psikososyal koşullar; örneğin, en az zorunlu eğitim süresi kadar okumuş olmak, ilk işin yetenek gerektirmeyen bir iş veya ikincil iş pazarından olması; yetişkinlikte mesleki yoksunluk veya konut yoksunluğu.

Bir yaşam seyri perspektifi, kesitsel resme yeni bir bakış açısı ekler. Yaşamın, yüksek morbidite/mortalitedeki yaş grupları için sağlık durumu ve erken ölüm riski açısından özel öncelikler taşıyan bir evresi yok gibi gözükmektedir. Yaşamın her evresi, kendi koruyuculuğunu veya dezavantajını beraberinde getiriyor gibi bir görünüm vardır. Kişinin o anki sosyal bağlamının normlarına hitap edebilmesi açısından, davranış, korumanın veya dezavantajın en biçimlendirilebilir şekli olabilir. Öte yandan, fizyolojik durum geçmiş olayların, alışkanlıkların ve tehlikeli deneyimlerin sonuçlarını biriktirir. İkinci olarak, yaşam seyrinin bileşenleri birbirine bağlıdır: Eğitimsel kazanımlar çocukluk koşullarının uzun vadeli etkileri açısından ana transmisyon kayışıdır; aile özellikleri yetişkinlik mesleği için ana bileşendir. Sonuç olarak, bir sosyal sınıf statüsüyle ilişkili olan genel avantaj veya yoksunluk, sağlık üzerinde önemli uzun-vadeli bir etkiye sahip olacaktır; genelde tanınan fizyolojik ve davranışsal risk etkenlerinin üstünde ve ötesinde ve yaşam seyrinin değişik evrelerinin değişik hastalıklar ve ölüm nedenleri üzerinde çeşitli ağırlıkları olacaktır.

4.5 Politika Önermeleri

Yaşam seyri perspektifinin, sağlıkla ilgili sosyal politika yapımı için çok önemli çıkarımları vardır –gelir dezavantajı (Morris ve ark. 2002; Morris ve Deeming, 2004), barınma (Blane ve ark. 2000; Mitchell ve ark. 2002) gibi acil sağlık tehditleriyle başa çıkma gerekliliğine ek çıkarımlar. Bartley ve meslekdaşları, *kritik dönemler* (herhangi bir şey ters gittiğinde kalıcı zararların oluşabileceği zaman) adı verilen biyolojik kavram üzerinde durmuşlar ve buna benzeyen *kritik sosyal geçişler* kavramını oluşturmaya çalışmışlardır. Bununla anlatmak istedikleri, gelecek yaşamda uzun vadeli etkileri olabilecek sosyal statüdeki yaşam seyri değişimidir (Bartley ve ark. 1997). Sözkonusu geçiş; ilkokuldan ortaokula geçmek, iş pazarına giriş, kendi evinin temellerini atmak, meslek değiştirmek, kronik hastalıkların başlangıcı, maaşlı bir işten emekli olmak gibi şeyleri kapsar. Yaşam seyri, bu kritik sosyal geçişlere iki yönden bağlıdır.

İlk olarak, önceden birikmiş olan avantajlar veya dezavantajlar, yüksekokul eğitimi, işten çıkarılma ve erken kronik hastalıklar gibi geçişlerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini belirler. Ebeveyn sosyal sınıfı ve üniversite eğitimine kabul almak arasındaki ilişki (Halsey 1988) ve kol emeği ile çalışanların diğerlerine göre sahip olduğu yüksek işten çıkarılma riski (Gershuny ve Marsh 1994) çok iyi bir biçimde belgelenmişlerdir. 1946 İngiliz doğum kohortu çalışması, erken orta yaştaki fiziksel işgöremezlik geçişinin yaşam seyri geçmişini anlamak üzerine çok ayrıntılı bilgiler içermektedir (Kuh ve ark. 1994). Babanın, öznenin çocukluğu sırasındaki sosyal sınıfı, öznenin 43 yaşına geldiği zaman fiziksel işgöremezlik durumunda olup olmayacağının en güçlü ön görücüsüdür; bu erken dezavantaj, yaşamın sonraki evrelerine temel olarak eğitimsel kazanım ve erken yetişkinlikteki mesleki sosyal sınıf yoluyla iletilir. Ek olarak belirtmek gerekir ki iş ve gelir kaybı ve erken orta yaştaki işgöremezliğin etkileri, geçmişteki avantajları daha az olanlar için çok daha büyük olmaktadır.

İkinci olarak, önceden birikmiş olan avantajlar ve dezavantajlar, kritik bir geçişin sonuçlarının yararlı mı yoksa zararlı mı olacağını belirler. Daha önce de belirtildiği üzere, geçmiş dezavantajlar, kronik hastalığın erken görüldüğü bir durumda, bireyin iş pazarından ihracını daha olası kılar (Bartley ve Owen 1996). Benzer bir biçimde, işten ayrılmanın daha yararlı sonuçları olan şekilleri –yeniden eğitim almak, yeni beceriler edinmek ve daha iyi maaşlı yeni bir işe başlamak gibi– eğitim vasıfları yüksek olanlar ve ailelerinden ve sosyal çevrelerinden maddi ve manevi destek görenler için daha olasıdır. Bunun tersine, önceki dezavantajları takiben gerçekleşen işten çıkmanın, uzun dönemli bir işsizliğe veya güvensiz ve tehlikeli ikincil iş pazarında gelişigüzel yeni bir işe yol açması mümkündür (Walker ve ark. 1985).

Geçmişte, sosyal politikaların varsayımları şu şekildeydi: Bu kritik sosyal geçişler rastgele bir dağılım gösterirler ve uzun vadede nüfus içerisinde eşit olarak dağılmış olurlar ve herkesin iyi zamanlarında, yokluk günlerini düşünerek birikim yapacağı bir sosyal sigorta sistemiyle korunabilirler. Yaşam seyri perspektifi, sosyal yardıma bu "güvenlik ağı" yaklaşımında bir kusur bulmaktadır. Düşkünlük riski en yüksek olanların (örneğin işten çıkanlar ve işsizler), önceki yaşamlarında mutlu ve istikrarlı bir iş yaşamları olması olasılığı en azdır ve buna bağlı olarak, sosyal yardım için gereksinimleri olan yeterli sigorta birikimini yapmış olma olasılıkları da en azdır (Sinfield 1981). Sonuç olarak, güvenliğe en çok gereksinim duyanlar, onu sağlama şansı en az olanlar olmaktadır.

Yaşam seyri perspektifi, ek olarak, bu geleneksel "güvenlik ağı"nda bir sınırlama daha tanımlar. Terslikler rastgele dağılmamaktadır; aksine gündelik terslikler geçmiş dezavantajların birikimine yaslanıp onların çevresinde kümelenme eğilimi göstermektir. Dolayısıyla, güncel herhangi bir talihsizlik, geçmişinde en

çok zorluklarla karşılaşmış, en savunmasız bireyleri işaret eder. Gerekli olan, bireyin alışılmış yaşamını yeniden kurmasını sağlayacak bir güvenlik ağı değil, yaşamın geçmişten taşıdığı dezavantajları da silebilecek bir "sıçrama tahtasıdır". Yaşam seyri etkilerini de göz önünde bulunduran ve modernleştirilen bir sosyal politika şunları da kabul edecektir:

1. Kritik sosyal geçişler, risk altında olan ve etkin müdahalelerin yokluğunda hayatları boyunca ve sık sık önemli bir sosyal yardım, sağlık ve sosyal destek ihtiyacı içindeki bireylere işaret eder.
2. Etkin politik müdahaleler, yalnızca dezavantajların gelecekteki birikimini engelleyen sosyal ağlara değil, geçmişteki zararları tamir eden ve insanları daha avantajlı bir rotaya sevkeden sıçrama tahtalarına da ihtiyaç duyar.

Yaşam seyri perspektifinin bir diğer politik çıkarımı karmaşıklığından gelir; farklı evrelerin birbirlerine göre önemleri, birinin, örneğin fizyolojik duruma veya davranışa veya yaşam kalitesine veya kalp-damar hastalıkları veya mide kanserine ilgi duymasına dayanır. Bu karmaşık çeşitlilik ışığında, yaşam seyrinin her safhasının genel sağlık açısından aynı derecede önemli olduğunu kabul etmek, bir safhayı diğerlerine göre öncelikli bir konuma getirmemek gerekmektedir. Dezavantajlar birikme eğilimindedir, bu yüzden daha avantajlı bir rotaya geçmek herhangi bir yaşta mümkün olabilir. Orta yaşın sonları ve erken yaşlılık, sosyal politikalar için refah ve sağlık giderleri üzerindeki etkileri açısından anahtar gruplardır.

Kanıtlar göstermektedir ki bu yaşlarda en az fizyolojik hasar ve en düşük erken ölüm riski yönünden önemli olan, avantajlı sosyal konumlarda geçirilmiş zamanın oranıdır: En iyisi yaşam boyu avantajlı olmaktır; en kötüsü yaşam boyu dezavantajlı olmak; orta seviye ise yaşamının herhangi bir evresinde dezavantajlı durumdan diğerine geçiş yapmış olmaktır. Bu bağlamda, sosyal politikaların "yardım eli" uzatması için hiç bir zaman geç değildir ve bu son derece faydalı bir yaklaşımdır.

Teşekkür

Dr. Blane'in çalışması, Ekonomik ve Sosyal Araştırma Konseyi Öncelik Araştırma Ağı (Fon no: L326253061) tarafından desteklenmiştir.

Kaynaklar

Acheson, D., Barker, D., Chambers, J., Graham, H., Marmot, M., and Whitehead, M. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health.* The Stationery Office, London.

Barker, D.J.P. (1994). *Mothers, babies and disease in later life*, BMJ Publishing, London.

Bartley, M. (2004). *Health inequality: an introduction to theories, concepts and methods.* Po-

lity Press, Cambridge.

Bartley, M. and Owen, C (1996). Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-93. *BMJ* **313**,445-9.

Bartley, M. and Plewis, I. (1997). Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991. J, Hlth. Soc. Behav. **38**, 376-86.

Bartley, M. and Plewis, I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971 -1991 Office for National Statistics Longitudinal Study. *Int. J. Epidemiol.* **31**, 336-41.

Bartley, M., Blane, D., and Montgomery, S. (1997), Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ* **314**,1194-6.

Bartley, M., Power. C, Blane, D., Davey Smith, G., and Shipley, M. (1994). Birth weight and later socioeconomic disadvantage: evidence from the 1958 British cohort study. *BMJ* **309**, 1475-8.

Belli, R.F. (1998). The structure of autobiographical memory and the event history calendar: potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys. *Memory* **6**,383-406.

Belli, R.F. (2000). Computerised event history calendar methods: facilitating autobiographical recall. *Proceedings of the Sectian on Survey Research Methods*, American Statistical Association.

Berkman L.F. and Kawachi I. (eds) (2000). *Social epidemiology*. Oxford University Press, Oxford.

Berney, L.R. and Blane, D. (2004). The life grid method of collecting retrospective information from people at older ages. *Research Policy and Planning* **21**,13-21.

Berney, L., Blane, D., Davey Smith, G., Gunnell, D., Holland, P., and Montgomery, S. (2000). Socioeconomic measures in early old age as indicators of previous lifetime exposure to environmental health hazards, *Sociol. Hlth. Illness* **22**,415-30.

Blane, D. (2004). Urbanisation and the life course. *Int. J, Epidemiol.* **33**,1-2.

Blane, D., Abraham, L., Gunnell, D., Maynard, M., and Ness, A. (2003). Background influences on dietary choices in early old age. *J. Royal Soc. Promotion Hlth*. **123**, 204-9.

Blane, D, Bartley, M., and Davey Smith, G. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur. J. Publ. Hlth* **7**.385-91.

Blane, D-, Bartley, M., and Mitchell, R. (2000). The 'Inverse Housing Law' and respiratory health. *J. Epidemiol. Commun. Hlth*. **54**, 745-9.

Blane, D., Berney, L., Davey Smith, G., Gunnell, D., and Holland, P. (1999c). Reconstructing The life course: a 60 year follow-up study based on the Boyd Orr cohort. *Public Health* **113**, 117-24.

Blane, D., Davey Smith, G., and Hart, C. (1999a). Some social and physical correlates of intergenerational social mobility: evidence from the West of Scotland Collaborative Study.

Sociology **33**,169-83.

Blane, D., Harding, S., and Rosato, M. (1999b). Does social mobility affect the size of the socioeconomic mortality differential? Evidence from the Office for National Statistics Longitudinal Study. *J. Roy. Stat. Soc*. **162**, 59-70.

Blane, D., Hart, C.L., Davey Smith, G., Gillis, C., Hole, D.J., and Hawthorne, V.M. (1996). Association of cardiovascular disease risk factors with socioeconomic position du-

ring childhood and during adulthood. *BMJ* **313**.1434-8.

Blane, D., Higgs, P., Hyde, M., and Wiggins, R. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Soc. Sci. Med.* **58**.2171-9.

Brunner, E., Shipley M.J., Blane D, Smith G.D., and Marmet M.G. (1999). When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. *J Epidemiol. Commun. Hlth*. **53**, 757-64.

Burstrom, B. and Whitehead, M. (2000). Inequality in the social consequences of illness: how do people with long-term illness fare in the British and Swedish labour markets? *Int.J. Hlth. Services* **30**.435-51.

Cambois, E. (2004). Careers and mortality in France: evidence on how far occupational mobility predicts differentiated risks. *Soc. Sci. Med.* **58**, 2545-58.

Caselli, G., Duchene, J., Egidi, V., Santini, A., and Wunch, G. (1991). A matter of life and death: methodologies for studying the life history analysis of adult mortality. In: *Socioeconomic differential mortality in industrialised countries*, Vol. 7, pp. 242-77. *Comite International de Cooperation dans les Rcchcrches Nationaies en Demographie* (CICRED). Paris.

Chandola, T., Bartley. M., Sacker, A., Jenkinson, G., and Marmot, M. (2003). Health selection in the Whitehall II Study. *Soc. Sci. Med.* **56**.2059-72.

Charlton, J. and Murphy, M. (ed.) (1997). *The health ofaduli Britain*. HMSO, London.

Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilising age and social science theory. *J. Gerontology* **58B**, S327-S337.

Davey Smith, G., Hart. C.L., Blane, D., Gillis, C., and Hawthorne, V.M. (1997). Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *BMJ* **314**, 547-52.

Davey Smith. G., Hart, C., Blane. D., and Hole, D. (1998). Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. *BMJ* **316**. 1631-5.

Drever, F. and Whitehead, M. (1997). *Health inequalities*. The Stationery Office, London.

Elstad, J.I. (2001). Health-related mobility, health inequalities and gradient constraint: discussion and results from a Norwegian study. *Eur. J. Public Hlth*. **11**,135-40.

Elstad, J.I. (2003). Social causation, health-selective mobility and the reproduction of socioeconomic health inequalities over time: panel study of adult men. *Soc. Sci. Med.* **57**,1475-89.

Erankel. S.J., Gunnell, D.G., Peters, T.L., Maynard, M., and Davey Smith, G. (1998). Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the Boyd Orr cohort study. *BMJ* **316** 499-504.

Gershuny, J. and Marsh, C. (1994). Unemployment in work histories. In: *Social change and the experience of unemployment* (ed. D. Gallie C Marsh, and C. Vogler). pp. 66-114. Oxford University Press, Oxford.

Giele, J.Z. and Elder, G.H. (ed.) (1998). *Methods of life course research: qualitative and quantitative approaches*. Sage. London.

Gliksman, M.D., Kawachi. I., Hunter, D., Colditz, G.A., Manson JAE., and Stampfer, M.J. (1995). Childhood socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in middle aged US women; a prospective study. *J. Epidemiol Commun. Hlth.* **49**,10-15.

Gunnell, D.J., Davey Smith, G., Frankel, S.J., Nanchahal, K., Braddon, F.E.M., Pemberton, J.. et al. {1998b). Childhood leg length and adult mortality: follow-up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of Diet and Health in prewar Britain.*J. Epidemiol Commun. Hlth.* **52**,142-52.

Gunnell, D.J, Frankel, S., Nanchahal, K., Braddon. F.E.M., and Davey Smith, G. (1996). Lifecourse exposure and later disease: a foliow-up study based on a survey of family diet and health in pre-war Britain (1937-39). *Public Health* **110**,85-94.

Gunnell. D.J.. Frankel, S.J., Nanchahal, K., Peters. T.J., and Davey Smith, G. (1998a). Childhood obesity and adult cardiovascular mortality: a 57 year follow-up study based on the Boyd Orr cohort. *Am. J. Clin. Nutr*, **67**, 1111-18.

Hall, P., Land, H., Parker. R., and Webb, A. (1978). The introduction of family allowances. In: *Change choice and conflict in social policy* (ed. P. Hall, Lland, R. Parker, and A. Webb). pp. 157-230, Heinemann. London.

Hallqvist, J., Lynch, J., Bartley, M., Lange, T, and Blane, D. (2004). Can we disentangle life course processes of accumulation, critical period and social mobility? An analysis of disadvantaged socio-economic positions and myocardial infarction in the Stockholm Heart Epidemiology Program. *Soc. Sci Med.* **58**,1555-62.

Halsey, A.H. (1988). *British social trends since 1900.* Macmillan, Basingstoke.

Hardy. R., Wadsworth, M.E.J., Langenberg, C. and Kuh, D. (2004). Birthweight, childhood growth and blood pressure at 43 years in a British birth cohort. *Int. J. Epidemiol.* **33**. 121-9.

Hart, C., Smith, G.D., and Blane, D. (1998). Social mobility and 21 year mortality in a cohort of Scottish men. *Soc. Sci. Med.* **47**, 1121-30.

Heady, J.A., Morris, J.N., Kegan, A., and Raffle, P.A.B. (1961)- Coronary heart disease in London busmen. *Br. J. Prevent. Soc. Med.* **15**,143-53.

Holland, P., Berney, L., Blane, D., Davey Smith, G., Gunnell. D., and Montgomery, S. (2000). Life course accumulation of disadvantage. *Soc. Sci. Med.* **50**, 1285-95.

Karvonen, S., Rimpela, A.H., and Rimpela, M.K. (1999). Social mobility and health related behaviours in young people. *J. Epidemiol Commun. Hlth.* **53**,211-17.

Kuh, D.L.J. and Ben Shlomo, Y. (ed.) (2004). *A life course approach la chronic disease epidemiology* (2nd edn). Oxford University Press, Oxford.

Kuh. D.J.L., Hardy R., Langenberg C., Richards, M., and Wadsworth, M.E.J. (2002). Mortality in adults aged 26-54 years related to socioeconomic conditions in childhood and adulihood: post-war birth cohort study. *BMJ* **325**,1076-80.

Kuh. D.L.J., Wadsworlh, M.E.J., and Yusuf, E.J. (1994). Burden of disability in a post war birlh cohort in the UK. *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* **48**, 262-9.

Langenberg C., Hardy R., Kuh D.L.J., Brunner E., and Wadsworth, M.E.J (2003). Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort, *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* **57** 816-22.

Lawlor D.A., Ebrahim S., Davey Smith, G. (2002). Socioeconomic position in childhood and adulthood and insulin resistance. *BMJ* **325**. 805-10.

Mare, R.D. (1990). Socioeconomic careers and differential mortality among older men in the United States. In: *Measurement and analysis if mortality: new approaches* (ed. J. Vallin, S. D'Souza. And A. Palloni) pp. 362-87. Clarendon Press: Oxford.

Marmot, M.G. and Wadsworth. M.E.J. (ed.) (1997). Fetal and early childhood environment: long-term health implications. *Br. Med. Bull.* **53**. (Issue 1).

Maynard, M., Gunnell, D., Abraham, L., Blane, D., Bates, C., and Ness, A. (2005). Selecting a healthy diet score: lessons from a study of did and health in early old age (the Boyd Orr cohort). *Public Health Nutrition* **8**, 321-6.

Maynard, M., Gunnell, D., Abraham, L., Ness, A., Bates, C., and Blane, D. (2004)- What

influences diet in early old age? Prospective and cross-sectional analyses of the Boyd Orr cohort. *Eur, J. Public Hlth.* (forthcoming).

Mitchell, R., Blane, D., and Bartley, M. (2002). Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *Int. j. Epidemiol* **31**.831-8.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G., and Wadsworth, M.E.J. (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* **50**,415-22,

Montgomery, S., Bartley, M., and Wilkinson, R. (1997). Family conflict and slow growth. *Arch. Dis. Child.* **77**, 326-30.

Montgomery. S., Berney, L., and Blane, D. (2000). Pre-pubertal growth and blood pressure in early old age. *Arch. Dis. Child.* **82**,358-63.

Morris, J.N. and Deeming, C. (2004). Minimum incomes for healthy living (MIHL): next thrust for UK soda! policy? *Policy and Politics* **32**, 441-54.

Morris, J.N., Donkin, A.J.M., Wonderling, D., Wilkinson. P., and Dowler, E.A. (2002). A minimum income for healthy living. *J. Epidemiol. Commun. Hlth.* **54**, 885-9.

MRC Vitamin Study Research Group (1991). Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* **338**,13 1-7.

Naess, O., Claussen, B., Thelle, D., and Davey Smith, G. (2004). Cumulative deprivation and cause- specillc mortality: a census based study of life course influences over three decades. *J. Epidemiol Commun. Hlth.* **58**, 599-603.

Notkola, V., Punsar, S., Karvonen, M.J., and Haapakoski, J. (1985). Socioeconomic conditions in childhood and mortality and morbidity caused by coronary heart disease in adulthood in rural Finland. *Soc. Sci Med.* **21**,517-23.

Pensola, T. (2003*). From past to present: effect oflifecourse on mortality and social class. Differences in mortality in middle adulthood.* The Population Research Institute, Helsinki.

Power, C., Bartley, M., Davey Smith, G., and Blane, D. {1996). Transmission of social and biological risk across the life course. In: *Health and social organisation* (ed. D. Blane, K. Brunner, and R. Wilkinson), pp. 188-203. Routledge, London.

Power, C., Manor, O., and Leah, L (2002b). Are inequalities in height underestimated by adult social position? *BMJ* **325**, 131-4.

Power C., Manor O., and Matthews S. (2003). Child to adult socioeconomic conditions and obesity in a national cohort. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* **27**, 1081-6.

Power C., Stansfcld S., Matthews S., Manor O., and Hope S. (2002a). Childhood and adulthood risk factors for socioeconomic differentials in psychological distress: evidence from the 1958 British birth cohort study. *Soc. Sci. Med.* **55**, 1989-2004.

Salhi, M., Caselli, G., Duchene, J., et al 1995). Assessing mortality differentials using life histories: a method and applications. In: *Adult mortality in developed countries: from description to explanation* (ed. A.D. Lopez, G. Caselli, and T. Vatkonen), pp. 57-79. Clarendon Press, Oxford.

Sinfield, R.A. (1981). *What unemployment means.* Martin Robertson, Oxford.

Smithells, R.W., Sheppard, S. and Schorah, C.J. (1976). Vitamin deficiencies and neural tube defects. *Arch. Dis- Child.* **51**, 944-50.

Stronks, ., van dc Mheen, H. and Looman C.W.N. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in health: an empirical analysis- *Sociol. Hth. Illness* **18**, 653-?4.

van de Mheen, H., Stronks, K., and Mackenbach, J., (1998). A life course perspective on

socioeconomic inequalities in health. In: *The sociology of health inequalities* (ed. M. Bartley, D. Blane. and O. Davey Smith), pp. 193-216. Blackwetl, Oxford.

Wadsworth, M.E.J. (1997). Health inequalities in the life course perspective. *Sac. Sci. Med.* **44**, 859-70.

Walker, A., Noble. I., and Westergaard, J. (1985). From secure employment to labour market insecurity. In: New approaches to economic life (ed. B. Roberts, R. Finnegan, and D. Gallie), pp. 1947. Manchester University Press, Manchester.

Wamala, S., Lynch, J., and Kaplan, G.A. (2001). Women's exposure to early and later socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study, *Int. J. Epidemiol.* **30**. 275-84.

Wiggins, R., Higgs. P., Hyde, M., and Blane, D. (200-1). Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. Aging and Society (forthcoming).

Wilkinson, R.G. (1996). Unhealthy societies: *the afflictions of inequality*. Routledge, London.

Wunch, G., Duchene, J., Thiltges, F.., and Salhi, M. (1996). Socioeconomic differences in mortality: a life course approach. *Eur. J. Popn.* **12**,167 85.

5. Bölüm

SAĞLIK VE EMEK PİYASASI DEZAVANTAJI: İŞSİZLİK, İŞ YOKLUĞU VE İŞ GÜVENCESİZLİĞİ

Mel Bartley, Jane Ferrie ve Scott M. Montgomery

5.1 Giriş

Kitabın bu bölümü, erken 21'inci yüzyıl piyasa koşullarının sanayileşmiş ülkelerdeki toplumun sağlığına olan etkilerine bakmaktadır. Uzamsal verilere dayanan yakın tarihli araştırmalar ve zaman içinde birden fazla noktada hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerine nesnel ölçümleri içeren çalışmalar, bu bölümün yaklaşımını oluşturmada etkili olmuştur. Bu verilerin varlığı, emek piyasasındaki değişimlerin sağlık üzerindeki etkisinin politika tartışmaları ve değişimlerini haklı gösterecek yeterlilikte olup olmadığına karar vermedeki önemli sorunların üstesinden gelmeye yardımcı olmaktadır.

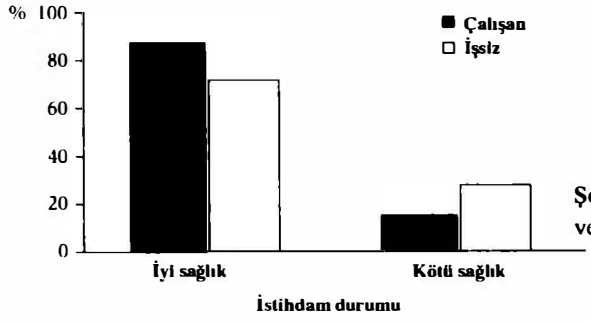
"Erken 21'inci yüzyıl piyasa koşulları" derken ne kastediyoruz? Her ne kadar durumlarını "işsiz ve aktif olarak iş arayan" şeklinde bildiren insanların sayısı ABD ve İngiltere'de 80'li yılların sonunda ulaştığı zirveden düşse de koşulların 70'lerden çok farklı olduğu yargısı genel kabul görmektedir. Emek piyasası bir ölçüde "kutuplaşmış" durumdadır. Bir yandan, yeni ileri teknolojilerle işleyen sanayiler ve bankacılık, hukuk ve sağlık hizmetleri gibi hizmet sektörü alanları yüksek eğitim seviyesi ve vasıf aramaktadır. Öte yandan, ileri eğitim ve mesleki yetiştirme almamış kişilere yönelik işler gitgide "Mac-iş" (McDonalds yiyecek imparatorluğunun adına referansla) haline gelmektedir (Ritzer 1993). "Mac-iş"in tipik bir örneği hızlı yemek (fast food) sanayisi içinde yer alır ve bu tarz yemekleri hazırlamaya ve sunmaya dayanan, göreceli olarak vasıfsız işlerden oluşur.

Buna karşın, pek çok kıta Avrupa'sı ülkesinde düşük ücretli işin işsizliğin yerini alması süreci henüz önemli ölçülerde gerçekleşmemiştir. Örneğin, Almanya ve Fransa'da işsizlik oranları hâlen oldukça yüksektir. ABD ve İngiltere'yi 80'lerde vuran ekonomik krizlerin kıta Avrupa'sı ve İskandinavya'da 10 yıl sonra görülmesinin bu "gecikme"nin sebebi olduğu düşünülebilir. Eğer böyleyse, krize yönelik politik çözümlerin geliştirilmesi süreci devam etmektedir. Bu ülkelerin vatandaşlarının şunlardan hangisine tanık olacağı cevap bekleyen bir sorudur: Eski ağır sanayi işlerinin yerlerini düşük ücretli, güvencesiz işlere bırakması ya da yaratıcı ekonomik ve sosyal politikaların olayların farklı biçimde gelişimine kapı açması. Ülkelerin ekonomik değişime verdikleri cevaplar arasında bu

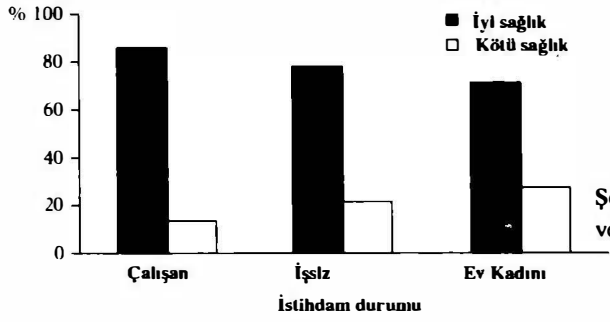
şekilde bir ikilik mevcut olması nedeniyle, bu bölüm ilk olarak işsizliğin ruhsal ve fiziksel sağlıkla olan ilişkisine bakacak, daha sonra ise ABD ve İngiltere'de benimsenen "esnek emek piyasası"nın sağlık üzerindeki etkilerini tartışacaktır.

5.2 İşsizliğin sağlığa olan etkileri

Araştırmalar işsiz olan kadın ve erkeklerde hastalık (Cook 1982: Bartley 1987, 1991, 1994; Korpi 2001) ve ölüm (Iversen ve ark. 1987; Moser ve ark. 1987, 1990; Moris ve ark. 1994; Harding ve ark. 1998; Mesrine 2000) oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Şekil 5.1 ve 5.2, 1998 yılında İngiltere'de kadın ve erkeklerin iş durumları ile kendilerini sağlıksız olarak görmeleri arasındaki ilişkiyi göstermektedir. İşsiz olan erkekler ile ya işsiz ya da tam zamanlı ev kadını olan kadınlar, sağlık durumlarını genellikle orta veya kötü olarak tanımlamaktadırlar.



Şekil 5.1 İstihdam durumu ve sağlık: erkekler



Şekil 5.2 İstihdam durumu ve sağlık: kadınlar

İşsizliğin psikolojik sağlığa olan zararı da çalışmaların büyük çoğunluğu tarafından tespit edilmiştir. Bu etkinin, kişinin daha önceki sağlık koşullarından bağımsız olduğu ve yeniden bir işe yerleşme ile tersine çevrilebilir olduğu görünmektedir (Banks ve Jackson 1982; Warr 1984; Weich ve Lewis 1998; Claussen 1999; Montgomery ve ark. 1999; Jenkins ve ark. 1997). Ancak, bu gözlemden yola çıkarak işsizlikle sağlık arasında bir nedensellik ilişkisi kurmak kolay değil-

dir. Hasta olanlar işlerini kaybetmeye daha eğilimli olabilirler ve yeniden işe girmeleri daha zor olabilir (Korpi 2001; Earle 2002). Diğer yandan, düşük eğitim seviyesi gibi sağlık riskleriyle ilişkili başka özelliklere sahip olan erkek ve kadınların işe alınma şansının daha düşük olması gibi dolaylı etkiler de bulunabilir. İşsizliğin sağlıkla olan ilişkisinin politik çıkarımlarını değerlendirirken, bunun bir seleksiyonun sonucu olabileceği ihtimalini kabul etmek çok önemlidir (Martikainen ve Valkonen 1996).

5.2.1 Seleksiyon

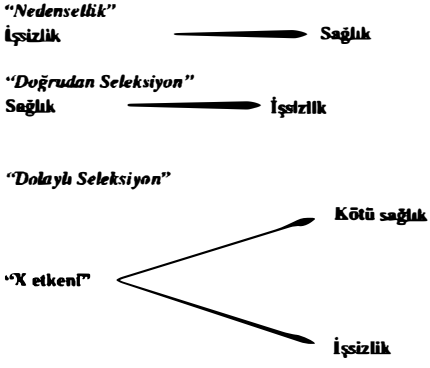
İşsizliğin hastalıkla kesitsel bir ilişkisi olsa da fiziksel sağlığın, işsizliğin yarattığı sıkıntı süresince bozulacağına dair kesin bir şey söylenemez. Çok sayıda çalışma, 18 aya kadar devamlı olarak işsiz kalmış kişilerin hastalık düzeyinde bir artış tespit edememiştir (Bartley 1987, 1991). Hasta olanlar, bu hastalıkları sebebiyle, işlerini kaybetmeye eğilimli olabilir ve yeniden işe girmeyi daha zor bulabilirler. Bu, seleksiyon olarak bilinir (Valkonen ve Martikainen 1995; Mathers ve Schofield 1998; Breslin 2003).

"Doğrudan sağlık seleksiyonu" hipotezi, kötü sağlık durumunun kendisinin işsizlik riskini artırdığını söylemektedir (Bartley 1991; Valkonen ve Martikainen 1995; Martikainen ve Valkonen 1996, 1998). Sağlıksızlığın hem iş kaybı hem de yeniden işe yerleşme konularında bir risk taşıdığı açıkça gösterilmiştir (Claussen ve ark. 1993). Ancak, bir işyerinin tamamıyla kapandığı, dolayısıyla sağlık durumunun tetiklediği bir iş kaybının söz konusu olmadığı çalışmalar da işsiz kalan insanlar arasında hastalık artışı olduğunu ortaya koymuştur (Cobb ve Kasl 1977; Beale 1985, 1992; Kivimaki ve ark. 2000; Ferrie ve ark. 2001b, 2002).

"Doğrudan seleksiyon" hipotezinin bir başka testi de işsizlik ve ölüm oranı üzerine olan uzamsal verileri kullanarak yapılabilir (Moser ve ark. 1990). İşsizlik ve mortalite üzerine yapılan çalışmaların artış hızı oldukça yavaştır; çünkü bu tip verilerin toplanması ve korunması büyük bir çaba ve maliyet gerektirmektedir. Var olan çalışmalar, herhangi bir izlem döneminin başında işsiz olanların, çalışanlara göre her zaman daha yüksek bir mortaliteye sahip olduğunu bulmuştur. Soru şudur: Bunun sebebi işsizlerin işsiz kalmadan önce yaşamlarını tehdit edecek nitelikte bir hastalığa sahip olma olasılıklarının daha yüksek olması olabilir mi? Bunu anlamanın bir yolu, uzun bir zaman süresinde mortalite eğilimini incelemek olabilir. Eğer işsizlerdeki yüksek mortalitenin sebebi, yaşamı tehdit eden hastalıkların işsizlerde çalışanlara göre daha yaygın olması ise, uzamsal veriler izlemin erken dönemlerinde yüksek mortalite gösterecek, zaman ilerledikçe de mortalitede keskin bir düşüş görünecektir. Bunun sebebi, işsizler arasında hasta olanların hepsinin önünde sonunda ölecek olmalarıydı: Eğer bu kişiler ölüm riskindeki fazlalığın tek sebebiyseler, kohorttaki mortalite fazlası bu nok-

tada kaybolmak zorundadır. İngiltere ve Galler'den (OPCS Uzamsal Çalışması) (Moser ve ark. 1990; Bethune 1997) ve İskandinav ülkelerinden (Iversen ve ark. 1987; Martikainen 1990) toplanan nüfus sayımı bazlı verileri kullanan çalışmalar bu mortalite örüntüsünü saptamamıştır. Aksine, işsiz olanlar kohortların ne kadar süre takip edildiğinden bağımsız olarak daha yüksek bir mortalite riski göstermektedir. Bu bulgu, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olanların işsizliğine uygulanan doğrudan seleksiyonun işsizlik ve mortalite fazlası arasındaki ilişkiyi açıklamasının zor olduğunu gösteriyor.

İşsiz kalanların iş sahibi olanlara göre yaşamı tehdit eden hastalık olgusu dışında da "farklı" olma eğilimine sahip olduğundan söz edilebilir (Caspi 1998). Belki de, örneğin, işsiz kalma riski yüksek olanlar bazı kişilik özelliklerine sahiptirler (bu, Şekil 5.3'deki "X etkeni" olabilir). Ancak, bu daha karmaşık bir hipotezdir ve "seleksiyon" ile aynı olmayabilir. Bu fikirler, toplumsal ve sağlık alanındaki dezavantajların yaşam süresince birikmesine dair başka kanıtlarla birlikte değerlendirilmelidir. Yüksek ve düşük işsizlik riski bulunanların geçmiş yaşam hikâyelerinde farklılıklar bulunabileceğini kabul edelim veya etmeyelim, sağlık durumunu etkileyen mekanizmaları hesaba katmalıyız. Dolaylı seleksiyon hipotezi, kişisel özellikler gibi niteliklerin "karıştırıcı" olduğunu belirtir. Bu durumda, hem işsizlik hem de sağlık durumu belirli bir kişisel özellikle ilişkilendirilir. Böylece, işsizliğin sağlık durumuyla ilişkili olduğu görüntüsü ortaya çıkar; oysa aslında, doğru olan nedensel ilişki, kişisel özelliğin hem sağlığı hem de işsizliği ayrı ayrı etkilediğidir. Eğer mekanizma buysa, bu kişisel özelliğe sahip olanlar işsiz kalsınlar veya kalmasınlar, sağlık durumlarının kötüleşme olasılığı eşit derecede yüksek olacak, sahip olmayanlarda ise çalışıyor veya işsiz olup olmalarından bağımsız olarak hastalık geliştirme olasılığı düşük olacaktır.



Şekil 5.3 İşsizlik ve sağlık arasındaki olası ilişkiler

Bu hipotezi ruh sağlığı ile ilişkili olarak test edebilme niteliğine sahip bir çalışma 1958 İngiliz doğum kohortu çalışmasıdır (Montgomery ve ark. 1999). Çalışma, okul yılları ve genç erişkin yaşamı süresince psikolojik gelişme üzerine geniş bir veri ve ayrıca okul bitimiyle 33 yaş arasına dair bütünlüklü iş hikâyelerini içeriyor. Dolayısıyla, işsiz insanlarda bulunan yüksek psikolojik hastalık oranının daha önceden var olan bozuk ruh sağlığına eğilimle ilişkili olabileceği olasılığını hesaba katıyor. Araştırmacılar, kohort üyelerinde tıbbi bakım gerektiren depresyon ve anksiyete semptomlarının başlangıcını tarihlendirebiliyor ve bunu hem son işsiz kalma durumuyla hem de bireyin emek piyasasına girdiğinden beri biriktirdiği toplam işsizlik miktarının ölçüsüyle ilişkilendirebiliyor.

Önceden var olan ruh sağlığı durumunu hesaba kattıktan sonra bile, son zamanlarda yaşanan işsizlik, semptomların başlangıcı ile açıkça ilişkiliydi. Ancak kohort bir bütün olarak ele alındığında birikmiş geçmiş işsizlik miktarı ilişkili değildi. Depresyona daha önceden bir eğilimi olanlar analizin dışında bırakıldığında, bu uzun dönemli işsizlik birikimi ve depresyon ve anksiyete dönemlerinin başlaması arasındaki ilişkiyi güçlendirme etkisinde bulunur. Bu da gösterir ki, iş kaybının psikolojik olarak zarar verici sonuçlarına maruz kalanlar yalnızca daha önceden ruh sağlığı bozuk olan insanlar değildir. Uzun dönemli işsizliğin daha önceden sağlıklı olanların ruh sağlığına da zarar verdiği yönünde güçlü kanıtlar vardır. Bir kişinin ruh sağlığındaki bozulma riski toplam işsizlik deneyimi değil, en son işsiz kalma durumu ile ilgilidir. Dolayısıyla, ruh sağlığındaki bozulma hızlı olduğunda müdahaleler, öncelikle işlerini yeni kaybetmiş kişileri hedeflemelidir. İşsizliğin yarattığı bu etkinin sebepleri ne olabilir? Şu ana dek pek çok sebep öne sürülmüştür; biz ise burada bunların üçünü ele alacağız: Yoksulluk; işsizliğin stres kaynağı olması; işsizlik süresinde sağlıkla ilişkili davranışlardaki değişimler.

5.2.2 Yoksulluk

İşsizlik ve sağlıktaki bozulma arasındaki ilişki üzerine yapılan bazı çalışmalar yoksulluğu merkezi bir noktaya koymak gerektiğini savunmaktadır (Fryer 1992). Düşük yaşam standartları işsizliğin kaçınılmaz bir sonucu değildir; bu daha çok, işsizlik maaşı düzeylerinin bir sonucudur. 1980'ler boyunca işsizlere yapılan gelir telafisi ödemeleri düşürülmüştür. Vasıfsız ve yarı vasıflı işlerin gitgide otomasyona dönmesi ile işsizlere yapılan ödemelerin, emeklerinin piyasa değerini –yani işverenlerin ödemeye gönüllü olduğu maaş miktarını– aştığı savunulmuştur (Gaffikin ve Morrisey 1992). Eğer işsiz bir kişinin yeni bir işi kabul etmek için şart koşacağı maaş –"kabul edilebilir maaş"– fazla yüksek olursa, işverenler onu işe almayacaktır. Eğer işsizlik ödemeleri çok yüksek olursa bu, devletin "kabul edilebilir maaşı" artırması anlamına gelecek ve yüksek işsizlik sorununu büyütecektir. İngiltere'de 1980'lerin başından itibaren bu ödemeler pek

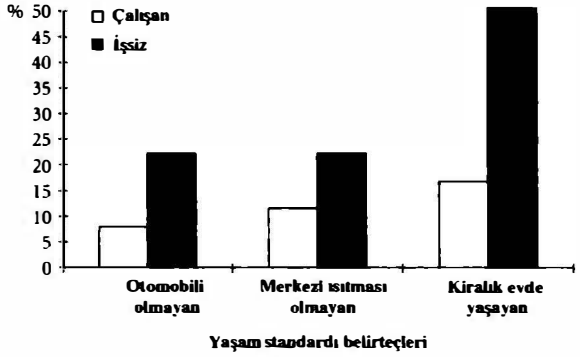
çok yolla düşürülmüştür ve bu durum en düşük maşların reel değerinde bir düşüş ve yeniden gelir dağıtımının yoksul kesimlerin aleyhine dönmesi olgularıyla beraber işlemiştir. Böylece, 1979 ile 1991 arasında bir hanenin ortalama geliri reel olarak %36 artarken, en yoksul %10 dilimin geliri –barınma masrafları hesaptan düşüldükten sonra– %14 düşmüştür (Sinfield 1993). 1981'de gelir dağılımına göre en alt %10'luk kesimdeki haneler toplam gelirin %4,1'ini paylaşırken (yardım paraları dâhil ve doğrudan vergi kesiminden sonra) bu rakam 1993'de %2,9'a düşmüştür. En zengin %10'luk kesim ise toplam gelirin 1981'de %21,3, 1993'de ise %26,2'sini elinde tutmuştur (Goodman ve ark. 1997).

Bu duruma ek olarak, iş güvencesizliği (bu modele göre) istenen bir sonuç olan "işletme hakkı"nın dayatılmasına yardımcı olmuştur. Maaşları aşağı çekme yönünde bir etki göstermenin yanı sıra iş azlığı, işçilerin sağlık ve güvenlik tedbirlerini sorgulamalarını veya işçi haklarını talep etmelerini de engeller.

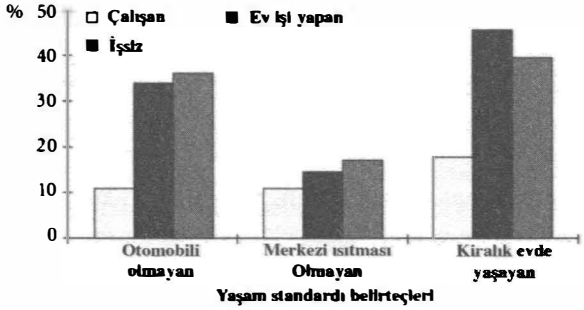
Pek çok çalışma işsizliğin sağlık üzerindeki etkilerini doğrudan finansal sorunlara bağlar. Jackson ve Warr, ailelerin çalışma ve işsizlik süreçleri arasında gelirlerinde yaşanan oransal değişimin, psikolojik sağlık durumunu ölçmek için yaygın olarak kullanılan Genel Sağlık Anketi'ne (GSA) göre oluşan skorlarla uyumlu olduğunu belirtiyorlar (Jackson ve Warr 1984). White ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda, bir önceki yıl borç para almak durumunda kalmış uzun dönemli işsiz kişilerin GSA ölçümüne göre 4,5 oranında bir depresyon riski taşıdığı; borç almak zorunda olmayanlar için ise bu rakamın 2,0 olduğu açıklanmıştır. Bu araştırmacılar, borç almak zorunda olanların diğerlerine göre fiziksel sağlıklarında bozulma olduğunu daha çok bildirdiğini de söylemektedir (White 1991). Başkaları ise artan finansal baskıların, tasarruflar tüketildiği ve yıpranmış eşyaların yenilenme zamanı geldiği için, pek çok işsiz insanın yaşadığı sosyal izolasyon ve artan hareketsizlikten sorumlu olduğunu belgelemiştir (Bradshaw ve ark. 1983). İşsizlik durumundaki yaşam standartları üzerine olan OPCS/DSS araştırmasında GSA skorları borçla ilişkiliydi (Heady ve Smyth 1989). MRC'nin 1946 kohort araştırmasında finansal zorluk kontrol edildikten sonra, işsizlik ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişki hem erkekler hem de kadınlarda ya zayıflamış ya da tamamen kaybolmuştur (Rodgers 1991). Şekil 5.4 ve 5.5, 1993 yılında yapılan İngiliz sağlık araştırmasında hem işsiz erkekler hem de işsiz veya sadece ev işi yapan kadınlar arasında araba ve ev sahibi olma oranının düşük olduğunu ve daha az sayıda evin merkezi ısıtmaya sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

İngiliz bulguları, diğer ülkelerde de yankı bulmuştur. Kessler ve ark. ABD'de yaptıkları çalışmada, finansal sıkıntının işsizlik ve rapor edilmiş sağlık bozukluğu arasındaki en önemli aracı etken olduğunu bulmuştur. Bu etken, azalan sosyal bütünleşme veya kişilerin başından daha fazla sayıda yaşam olayı geçmesin-

den çok daha fazla etkilidir (Kessler ve ark. 1987). Hollanda'daki bir araştırma, benzer şekilde, mevcut veya beklenen finansal problemlerin ve yalnızlığın hem erkek hem de kadınlarda işsizlik durumu ile rapor edilen sağlık sorunları arasındaki başlıca aracı etkenler olduğunu tespit etmiştir (Kleinhesselink ve Spruit 1992; Leeflang ve ark. 1992).



Şekil 5.4 İstihdam durumu ve yaşam standartları: Erkekler



Şekil 5.5 İstihdam durumu ve yaşam standartları: Kadınlar

Eninde sonunda pek çok işsiz, sıkıntılı finansal ve toplumsal koşullara uyum sağlıyor gibi görünmektedir. Pek çok çalışma, bir yıl veya 18 ay arası bir süre geçtikten sonra bireyin psikolojik durumunda daha fazla bir kötüleşme olmadığı konusunda uzlaşır (Warr ve Jackson 1985; Hamilton ve ark. 1993). Bu, işsiz kalanlara erken yardım yapılması yönündeki düşünceye güç veren bir bulgudur. Başka kanıtlar, işsizliğe uyum sağlamaya kişinin kendinden beklentilerinin düşüşü ve belki de bir derece yabancılaşma ve gayri-ciddiliğin eşlik ettiğini gösterir. Warr ve Jackson'ın çalışmasında GSA skorları 18 ve 27 ay arası bir süre boyunca sürekli işsizlik yaşayanlarda azalmamış, ancak çalışanların oluşturduğu karşılaştırılabilir bir örnekleme göre, oldukça yüksek bir düzeyde kalmıştır (Warr ve Jackson 1987). Yazarlar, bu adaptasyon sürecinin hapishane veya hastanede kalanlarınkiyle benzer olduğunu belirtiyorlar.

5.2.3 Stres yaratan bir yaşam hadisesi olarak işsizlik

Araştırmalar iş kaybının, tıpkı bir yakının kaybedilmesi gibi yüksek derecede stres yaratan bir olay olduğunu gösteriyor (Fagin ve Little 1984). Artık, modern refah devletlerinde, beslenme yetersizliği ve fiziksel mahrumiyet iş kaybına eşlik eden olgular olarak düşünülmüyor (Gravelle 1985). Pek çok araştırmacı işin bireylere mali konular dışında Jahoda'nın "gizli sonuçlar" adını verdiği çok sayıda faydası da olduğunu iddia etmiştir. İşsizliğe tehdit edici niteliğini veren asıl olarak bu faydaların kaybıdır (Ezzy 1993). Jahoda'nın işin gizli sonuçları tabiri güne belirli bir zamansal yapı verme, özsaygı ve başkalarına saygı duyma gibi olguları içerir (Jahoda 1979; Fryer 1987). Warr, benzer bir şekilde, çalışmanın akıl sağlığına olan yararlarını ifade eden "vitamin teorisi"ni geliştirmiştir. Bu yararlar fiziksel ve zihinsel aktivite, kişisel becerilerin kullanımı, karar verme serbestliği, bireylerarası temas, toplumsal statü ve "çekiş gücü"nü (gün boyunca ve bir günden diğerine ilerleme sebebi) içerir (Warr 1987).



Şekil 5.6 GHA'daki depresyona göre istihdam durumu: Erkekler ve kadınlar

Şekil 5.6, 1993'de yapılan İngiliz ulusal sağlık araştırmasını baz alarak, işsiz kadın ve erkeklerde psikolojik sağlık açısından GSA ölçümleri ile düşük sonuçlar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Vatandaşlara yapılan yardımlar açısından cömert olan, dolayısıyla mali etkilerin fazla olmamasının beklendiği İskandinav ülkelerinde de benzer sonuçlar görülmektedir. Stockholm'de, düzensiz çalışma geçmişine ve sıklıkla sosyal hizmet desteği gerektirmiş çeşitli sorunlara sahip erkekler arasında yapılan bir çalışma, düşük ücret alsalar bile hâlen iş sahibi olanların, işsizlere göre daha aktif ve toplumla bütünleşmiş (ve psikolojik olarak daha sağlıklı) kişiler olduğunu tespit etmiştir (Isaksson 1989). Finlandiya'da, işten çıkmış sanayi işçileri arasında yeniden iş bulanların psikolojik sağlıklarının ciddi oranda düzeldiği ve bu düzelmenin yeniden işe girmeden önce veya sonraki finansal koşullardan bağımsız olduğu görülmüştür (Lahelma 1992). İşlerinden atılan İtalyan işçiler, normal ücretlerinin tamamını almaya devam etmelerine karşın hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarında bozulma yaşamışlardır (Rudas ve ark. 1991). Tüm bu çalışmalar, işin psikolojik sağlığa parasal olmayan yararlarının kanıtı durumundadır. "Stres" belki de kronik olarak artan anksiyete düzeyinin sonucu olarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilemektedir.

5.2.4 Sağlıkla ilişkili davranışlar

İşsizliğin bazı sağlığa zararlı davranışlarla ilişkili olduğu yönünde kanıtlar vardır; ancak, şu ana kadar yapılan çalışmalar bu bağlantı konusunda yeterli düzeyde bulgu ortaya koyamamıştır (Cook 1982; Lee ve ark. 1990,1991; Power ve Estaugh 1990; Montgomery ve ark. 1998; Morris ve ark. 1992). İşsizlik ve sağlıkla ilgili davranışlar arasındaki ilişki, bu davranışların uzun dönemli gelişimi içerisinde ele alınmalıdır (Wadsworth ve ark. 1999).

İşsiz erkekler arasında görülen kendi kendine zarar verme davranışı yaygın biçimde incelenmiştir (Platt 1986; Wilson ve Walker 1993; Crawford ve Prince 1999; Blakely 2003). OPCS Uzamsal Çalışması'nda, 1971 nüfus sayımına göre işsiz olan erkeklerin intihar için SMO'su[1] 236 idi: bu yüksek risk 35 ve 44 yaş arasındakilerde en üst seviyedeydi (Moser ve ark. 1990). Ancak, 1980'lerin sonlarına doğru işsizlik azalmasına rağmen intihar oranları artmaya devam etti (Charlton ve ark. 1993). İntihar denemeleri de işsiz erkeklerde daha yüksekti (Platt ve Kreitman 1985; Platt 1986). İntihar davranışını tetikleyenin kendi başına işsizlik olgusu olmadığı konusunda bir uzlaşının varlığı görülmektedir. Kessler ve ark. ABD'de yaptıkları çalışmada, işsizliğin diğer elverişsiz yaşam olaylarının gerçekleşme olasılığını artırdığını ve bunlarla başa çıkmak için gereken psikolojik ve sosyal kaynakları azalttığını bulmuşlardır (Kessler ve ark. 1988). İngiltere ve Galler'de yapılan uzamsal çalışmalar da işsizliğin yarattığı sıkıntıların ev kaybı ve evliliğin bitmesi gibi daha uzun vadeli etkileri olduğunu göstermektedir (Fox ve Shewry 1988).

5.2.5 Sağlık ve emek piyasası "esnekliği"

1990'lar ve erken 21'inci yüzyıl boyunca İngiltere ve ABD'de işsizliğin doğası ve yaygınlığı dramatik bir biçimde değişmiş; resmi olarak kaydedilen işsizlik azalmıştır. Ancak bu eğilime 1980'lerdeki durgunlukla ortadan kalkan, göreceli olarak güvenceli endüstriyel işlerin sayısında bir artış eşlik etmemiştir. ABD'de yardımlar üzerinde uygulanan daraltıcı politikalar, çoğu göreceli olarak güvencesiz, düşük ücretli işlerin sayısında bir artışa neden olmuştur ve böylece işsizlik azalmıştır. Günümüzde ABD vatandaşlarının gittikçe artan bir kesimi temel yaşam masraflarını karşılamak için birden fazla işte çalışmaktadır. İngiltere'de, 2005 yılı Haziran ayında işsizlik yardımı talep edenlerin sayısı 850 bin sayısının altına düşmüş olsa da (1975'den beri en düşük sayı) çalışma çağındaki 3 milyon erkek ne çalışmaktaydı ne de "aktif olarak iş arama" anlamında işsizdi (Ulusal İstatistikler 2004, 2005). Bu insanlar yeni bir "istihdam edilmemişler" grubunu oluşturuyordu.

[1] SMO= Standardize edilmiş mortalite oranı.

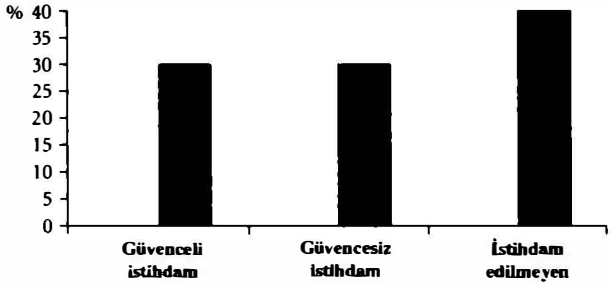
Yetmişlerin sonu ve 80'lerdeki ekonomik durgunluktan önce, 1971'de İngiltere'de 16-64 yaş arasındaki çalışan erkeklerin oranı neredeyse %81'di. Bu, 1991'e gelindiğinde %68,5'e düşmüştü (Lindsay ve Doyle 2003). Erken 2000'lerde çalışmayan insanların içindeki en geniş grup işsizler değil, ekonomik olarak aktif olmayan insanlardı (yani, aktif olarak iş aramayanlar). Bu istihdam edilmemiş kişilerin çoğunluğu, kendilerini hastalık sebebiyle çalışamaz olarak tarif ediyordu. Formel vasfa sahip olmayanlar bu tür çalışma yetersizliği konusunda en büyük riske sahip olanlardı. 1979'da 25-54 yaş arasındaki vasıfsız kişilerin %3'ünden fazlası hastalık nedeniyle çalışmıyordu. 2002'de bu oran neredeyse 6 kat artarak %17'nin üzerine çıkmıştır (Nickell ve Quintini 2002). Bu kişilerin %50'si psikiyatrik bir rahatsızlıktan şikayetçiydi (Nickell 2004).

Bu nedenle, emek piyasası esnekliğinin gizli maliyeti konusunda sorular ortaya çıkmaktadır. Teorik olarak, işverenlerin ve idarecilerin sendikal haklar ve çalışma yasalarının düzenleyiciliği olmaksızın işçi alma ve işten çıkarma hakkına sahip olması, firmaların işgücünü arttırmaları ve daha fazla işin yaratılmasını olası kılabilir. Düşük iş güvencesine sahip işçilerin daha çok çalışacağı, böylece "esnek" bir emek piyasasının ulusal üretim düzeyini ve ulusal zenginliği artırabileceği düşünülmekte. Ancak, şimdi bu politikaların halkın sağlığı ve ekonomik etkinlikleri üzerinde başka etkileri de olabileceği de düşünülmektedir (Burchell 1999; Bohle ve ark. 2001).

1970, 80 ve 90'lardaki fabrika kapanışlarını ele alan çalışmalar, insanların hâlen çalışıyor olsa da işsiz kalabileceğini sezdikleri andan itibaren sağlıklarında değişimler olduğunu ortaya koymuştur (Cobb ve Kasl 1977; Beale 1985, 1992; Kivimaki ve ark. 2000; Ferrie ve ark. 2001b, 2002). İş güvencesizliği ve iş kaybı tehdidi, artan psikolojik rahatsızlık ve fizyolojik değişimlerin nedeni olduğu gibi, tıbbi bakıma daha fazla ihtiyaç duyulmasına da yol açmaktadır (Beale 1986; Ferrie ve ark. 2001a). İsveç'in Malmö şehrinde yapılan bir araştırma, işsizlik tehdidi ile psikolojik ve fizyolojik sağlık ölçütleri arasındaki ilişkinin geleceğe dair finansal belirsizlik derecesine göre değiştiğini göstermiştir. İşsizlik tehdidi altında bulunan ama cömert erken emeklilik koşullarına sahip olacaklarını bilen 58 yaş üzeri erkek tersane işçileri, psikolojik veya fizyolojik sağlık durumlarında bir kötüleşme yaşamamışlardır (Mattiasson ve ark. 1990).

Bazı çalışmalar düşük nitelikli işlerin fiziksel ve zihinsel sağlığı korumayabileceğini, bazı durumlarda, tatminkâr olmayan işlerin işsizlik kadar depresyona sürükleyici bir etkisi olabileceğini iddia etmektedir (Winefield ve ark. 1991; Graetz 1993). İngiliz Toplumsal Değişim ve Ekonomik Yaşam Girişimi'nde (British Social Change and Economic Life Initiative), yakın geçmişte düşük statülü işlerde çalışmak zorunda kalan güvencesiz işçilerin, işsizlerle benzer GSA skorlarına sahip oldukları görülmüştür (Burchell 1996).

İş güvencesizliği kendi başına bir psikososyal risk kaynağı da olabilir. İngiliz Kamu Hizmetleri'ndeki özelleştirmelerin etkileri üzerine yakın dönemli bir inceleme, bazı bölüm işlevlerinin özel sektöre satıldığı, diğerlerinin ise özelleştirmeye hazırlık amacıyla dönüştürüldüğü on yıllık bir dönem boyunca yürütülen detaylı fiziksel ve psikolojik taramanın varlığından yararlanmıştır. Tamamen özel sektöre devredilen bir bölümde genel sağlık durumunda görülen bozulmalar, satışın tamamlanmasından önceki "öngörü dönemi"nde başlamıştı (Ferrie ve ark. 1995). Satıştan hemen önce kardiovasküler risk faktörlerinde de ciddi artışlar görülmüştü (Ferrie ve ark. 1998b). Söz konusu bölümün özel sektöre satılmasından sonra yapılan bir izlem araştırmasında, katılımcıların %40'ının işsiz olduğu, hâlen çalışanların ise %50'sinin güvencesiz işlerde çalıştığı tespit edilmiştir (Ferrie 1997) (Şekil 5.7). Çalışmada yer alan ve tam olarak özelleştirilmemiş diğer bölümlerde iş güvencesizliği tehdidine en çok maruz kalan çalışanların, rapor edilmiş semptomlar, uzun dönemli hastalıklar ve istenmeyen uyku davranışlarında artışlar yaşadığı bulunmuştur. Özelleştirilmeye hazırlık evresine getirilen bölümlerde çalışanların da değişimlerden etkilenmeyenlere göre daha yüksek kan basıncına sahip olduğu görülmüştür (Ferrie ve ark. 1998a).



Şekil 5.7 PSA (Emlak Hizmetleri Dairesi) özelleştirmesinden sonra istihdam durumu

İş güvencesizliğinin sağlığa olan etkileri konusunda kanıtlar birikirken, sağlık durumları sebebiyle ücretli işlerinden ayrılmak durumunda kalanlara ne olduğuyla ilgili çalışmaların sayısı göreceli olarak düşük kalmıştır. Buna cevap olarak bu insanların zaten hasta olduğunun bilindiği, dolayısıyla böyle bir çalışmaya gerek olmadığı söylenebilir. Ancak, en azından İngiltere emek piyasasında büyük bir paradoks varlığını sürdürmektedir: 1975 ve 2000 yılları arasında çalışma yaşındaki nüfusun sağlık durumu mortalite açısından iyileşirken, hastalık sebebiyle çalışamadığı bildirilen insanların sayısı 3 katına çıkmıştır. 1972 yılında uzun süreli hastalığa sahip olduğunu bildirenler arasında idareci ve uzman pozisyonunda çalışanların %80'inden fazlası ile yarı vasıflı veya tam vasıfsız çalışanların %70'i bu durumlarına karşın bir iş sahibiydiler. 1992'ye gelindiğinde "has-

ta" idareci ve uzmanların %75'i ücretli bir işte çalışırken, bu oran "hasta" yarı vasıflı veya tam vasıfsız çalışanlar için yüzde %50'nin altındaydı (Bartley ve Owen 1996). Herhangi bir zamanda, çalışan emek gücü değişik sağlık sorunlarına sahip insanları içermek durumundadır.

İngiltere'de emek piyasaları "esnekleştikçe", görünen o ki işverenler çalıştırdıkları insanların sağlıklı olmaları yönünde daha talepkâr hale gelmektedir. Hizmet sektöründe ortaya çıkan yeni işlerin psikolojik uyum konusunda daha zorlayıcı nitelikte olması da olasıdır. "Mac-iş"; inşaat işleri, madencilik veya gemi yapım işlerine göre daha yakın gözetim ve halkla temas gerektirir. Ayrıca, eski ağır sanayi kolları güçlü bir biçimde sendikalaşmışlardı. Pek çok işyerinde sendikalar ve yönetim, yaptığı işten dolayı zarar görmüş işçileri daha az tehlikeli işlere yönlendirme konusunda uzlaşmışlardı (örneğin, göğüs ağrısı ve solunum zorlukları yaşamaya başlayan madenciler yer üstü işlerinde çalışmaya başlamışlardır) (Bartley 1991). Güçlü bir biçimde sendikalaşmış ağır sanayiler ortadan kalktıkça, bu işler ve çalışma pratikleri de yok olmaktadır.

Belki de sağlık ve emek piyasasındaki durum arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmaları ele almanın en iyi yolu, işsizliğin ve iş güvencesizliğinin yarattığı sağlıkla ilişkili dezavantajın yaşam boyunca biriktiği bir sürecin parçaları olduğunu anlamaktır. Bu bakış açısını esas alan çalışmalar "seleksiyon" ve "nedensellik" arasında basit bir zıtlık kurmaktan kaçınacaktır; işsizliği bireyin yaşamında başından geçen olaylar zincirinin bir parçası olarak ele alacaktır. Günümüzde, bu süreçlere kohort çalışmaları aracılığıyla, bireyleri çocukluklarından orta yaşlarına kadar takip ederek bakmak mümkündür. Örneğin, işsizlik yaşaması daha olası kişilerin önceden yaşadıkları zorluk ve dezavantajların yüksek mortalite ve morbidite riskine de sahip olmalarına neden olabileceğini görebiliriz. Dolayısıyla, bu kişilerin işsizlik deneyimleri sağlık risklerinin biriktiği bir sürece katkı yapan pek çok etkenden biridir (Montgomery ve ark. 1996; Power and Matthews 1997; Holland ve ark. 2000; Bartley ve Plewis 2002).

5.3 İşsizliğin ve iş güvencesizliğinin halk sağlığı üzerindeki etkileri

Gittikçe sayıları artan uluslararası karşılaştırmalı araştırmalar, yüksek işsizlik ve iş güvencesizliği düzeyine sahip olan toplumların, yüksek sayıda güvenceli iş sunan toplumlara göre daha farklı türde bireysel yaşam öyküleri üretebileceğini öne sürmektedir. Tama yakın istihdamın toplum üzerindeki bazı etkilerini doğal karşılamak kolay olmuştur. Bunun en önemli nedenlerinden biri işverenlerin, emek gücünün sabit toplumsal giderlerinin önemli bir kısmını üstlenmesiydi. Çok sayıda iş bulunan dar bir emek piyasasında, vasıflı işçileri işe almak ve el-

de tutabilmek amacıyla pek çok büyük firma kapsamlı eğitim programları uygulamış, okullarından erken yaşta ayrılanları staja kabul etmiştir. Böylece, okullardaki gençler de huzursuzluk ve motivasyon eksikliğinden fazla etkilenmemiş; tüm okul çocukları bu durumdan fayda görmüşlerdir. "Dâhili emek piyasaları" (bir firmanın içinde nitelik yerine deneyime dayanan terfi imkanının varlığı) insanlara, okuldan kazanılan nitelikleri olmadığı durumlarda da daha sonraki bir çıkış noktasından işlerinde yükselme fırsatı sağlamıştır. Artan sayıda firma emekli aylığı vererek, emekli insanların yaşam standartlarını devlet bütçesine çok az yük olarak yükseltmiştir (Sinfield 1981).

Emek piyasasının "McDonalds"laşmasının bir parçası olarak, iş eğitimi ve artık çalışacak durumda olmayanların desteklenmesi için gereken masraflar birey tarafından karşılanmaya başlanmıştır (bu sürece örnek olarak stajyerlik pozisyonunun ortadan kalkması, öğrenci kredilerinin ortaya çıkması, hastalık konusundaki politikalar ve özel emeklilik hizmetleri gösterilebilir). Gördüğümüz gibi, ekonomik olarak etkin olmayanların sayısında da bir artış yaşanmış; bu sayı pek çok ülkede resmi olarak işsiz olanların ve iş arayanların sayısını çok aşmıştır (Nickell 2003). Bununla birlikte, güvencesiz ve düşük ücretli "Mac-iş"lerin artışı ve uzun dönemli hastalık yardımlarına bağımlı kişilerin sayısındaki yükseliş genel gelir dağılımındaki bozukluğu keskinleştirici bir etkide de bulunmuştur.

İş güvencesizliği ve ekonomik olarak etkin olmama düzeyleri arasındaki ilişki üzerinde pek durulmamıştır. Çalışma yaşındaki erkeklerin etkin olmama durumu hasta olmalarına, kadınlarınki ise evle ilgilenmelerine bağlanmış; emek piyasasındaki durum sorumlu görülmemiştir (işsizlikte olduğu gibi). Ancak, düşük işsizliğin olduğu zamanlarda uzun dönemli hastalık sahibi olanların büyük çoğunluğunun çalışmaya devam ettiğini, böylece gelirlerinin büyük kısmını ücretli işten sağladıklarını biliyoruz. İşsizlik arttığında belirli bir ölçüde hasta olan erkekler ekonomik âtıllığa ve dolayısıyla yardımlara muhtaç bir duruma mecbur edilmektedir (Bartley ve Owen 1996). Kadınların evdeki sorumluluklarının emek gücüne katılımları üzerindeki etkisinin, emeğe olan talebe ve çocuk bakımı arzına göre büyük değişkenlik gösterdiği de bilinmektedir. İngiltere'de iş sahibi olan çalışma yaşındaki erkeklerin oranı düşerken, ücretli işlerde çalışan kadın oranı belirgin biçimde artmıştır (Lindsay ve Doyle 2003). Ancak, bu işlerin çoğunluğu yarı-zamanlı olup tek bir bireyin yaşam standartlarını karşılayacak miktarda bir ücret dahi ödememektedir. Tek başına yaşayan bir erişkin veya ailenin tek çalışan bireyi, bu işlerin çoğunu kabul etmeye yanaşmamaktadır, çünkü elde edeceği gelir çoğu zaman barınma giderlerini de karşılayacak olan refah yardımı düzeyinin altında kalmaktadır. Düşük ücretli konumdaki işlerin maaşları barınma giderlerine oranla düşerken, yardımlardan vazgeçip işe girmek daha da tehlikeli hale gelmektedir. Özellikle söz konusu iş güvencesizse bu tehlike be-

lirginleşmektedir. Birkaç haftalık maaş alamama durumu, evden çıkarılma ve evsiz kalma sonucunu verebilmektedir. Londra şehri, İngiltere'nin aynı anda, hem vasıfsız işler açısından büyük bir eleman açığına hem de en yüksek işsizlik oranlarından birine sahiptir. Bu durumun sebebi barınma giderlerinin, düşük ücretliler bir tarafa, ortalama maaş alanlar için bile çok yüksek olması ve Londra'da pek çok çalışanın mevcut düşük ücretli işleri kabul etmeye yanaşacak durumda olmamasıdır.

5.4 Politika önermeleri

Artan iş güvencesizliğinin sağlığa olan etkileri üzerine tam anlamıyla yapılacak bir inceleme ücretli işi kadın ve erkek bireyin yaşam hikâyesi içerisine oturtmalıdır. "Sağlıklı işçi" veya iş dışında herhangi bir fiziksel ve ruhsal kaynak talebi olmayan işçinin var olabileceği düşüncesi, bir masaldan ibarettir. Herhangi verili bir zaman için bile, iyi ve kötü sağlık durumunu birbirinden ayıracak net bir çizgiye sahip değiliz. İstihdam imkânları sınırlı olduğunda, sıradan fiziksel veya psikolojik etkenler ayrımcılık kaynaklarına dönüşebilmektedir (1930'larda gözlük takanlara yapıldığı gibi) (Bartley 1987).

İnsanların yaşam sürecine daha gerçekçi bir biçimde bakıldığında "sağlıklı çalışanlar" ile "sağlıksız çalışmayanlar" arasındaki ayrım daha da yapay görünmektedir. Biyolojik miras ile çocuklukta yaşanan maddi ve duygusal deneyimler genç bireye değişen ölçülerde "sağlık kaynakları" ve "sağlık potansiyeli" kazandırmaktadır (Dahl ve Kjaersgaard 1993). Fiziksel güç düzenli bir biçimde yenilenmek zorunda olduğundan, makul çalışma saatleri ile bireyin enerjisini yenileyeceği dinlenme zamanları ve tatillerin varlığı önemlidir. Ancak, geçirilen serbest zaman eğer kötü koşullar içinde deneyimleniyorsa; işsizlik durumunda olduğu gibi düşük kaynaklar ve toplumsal damgalanma pahasına yaşanıyorsa, fiziksel sağlık için fazla bir yarar sağlamaz.

Gerçek dünyada elverişsiz çalışma koşullarına sahip ve düşük ücret veren işlerin pek çoğu aynı zamanda güvencesizdir. Dolayısıyla, yaşlanma sürecinin bireyin çalışma hikâyesine göre farklı biçimlerde seyretmesi sürpriz değildir: Daha güç olan işler ile daha hızlı yaşlanma arasında bir ilişki vardır (House ve ark. 1994). Fiziksel kaynakların aksine, psikolojik ve toplumsal kaynaklar iş deneyimi ile birlikte artmaktadır. Dolayısıyla, işsizlik esnasında psikolojik sağlıktaki bozulma ve yeniden işe girildiği zaman yaşanan düzelme daha hızlı olmaktadır. Bazı işler psikolojik maliyet taşısa da, istikrarlı çalışma koşulları çalışanların yeteneklerine, iş deneyimlerine ve toplumsal ilişki ağlarına katkıda bulunmaktadır. Gençler için bağımsız bir kimlik oluşturma fikri önemlidir ve iş de bunun bir parçasıdır. Günümüzde istikrarlı bir işe girmek ise çoğu kez ancak uzun işsizlik dönemlerinin ardından mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak, kimlik oluşum süre-

ci çok daha fazla risk altında bulunmaktadır; ilişkilerde bozulma, ruh sağlığında kötüleşme, bağımlılık, kazayla veya kendi kendine verilen zarar gibi olguların görülme sıklığındaki artış, bu duruma eşlik etmektedir.

İşin, sağlam bir kimlik ve özsaygı gelişimine yardımcı olduğu ve istikrarlı ilişkilerin oluşmasını kolaylaştırdığı bilinmektedir (Wadsworth 1991). Resmi nikahlı olmayan kişilerin sağlık riski yüksektir ve işsizlik, ilişkileri bitiren risk etkenlerinin başında gelmektedir (Jensen 1990; Kinnunen ve Pulkkinen 1998). İşsizlik yaşanan hanelerdeki yüksek ilişki bozulması riskini sağlık durumundaki bozulmalarla doğrudan ilişkili olarak ele alan çalışmalar pek azdır; ancak mevcut veriler hem kadınlar hem de erkekler için risk artışı olduğunu göstermektedir. Benzer bir şekilde, hane içinde yaşanan işsizliğin çocukların sağlığı ile eğitimsel ve mesleki başarıları üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilmekteyiz, ama bildiklerimiz endişe vericidir.

1990'lar boyunca üretilen yeni kohort verileri, işsizliğin sağlıktaki bozulmalarla neden ilişkili olduğuna dair bilgilerimize katkıda bulundu. İşsizliğin çocuklukta başlaması olası bir dezavantaj birikim sürecinin parçası olduğunu ve kronik işsizliğin de çoğunlukla daha genel, tehlikeli ve güvencesiz bir çalışma sürecinin parçası olarak meydana geldiğini görmeye başladık. Sosyal güvenlik veya refah devletinin sağladığı "güvenlik ağı" anlayışının altında yatan eski varsayımların fazla basit olduğu görüldü. Bir benzetme kullanacak olursak, ağa düşme ihtimali yüksek olan insanlar, ağa ihtiyaç duyması daha zor olan kişilere göre daha ağır bir dezavantaj yükü taşımaktadır (Bartley ve ark. 1997).

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılan endeksler işsizliği, geleneksel olarak, yüksek ihtiyacı haber veren bir etken olarak kullanmıştır. Ancak, eğer önlemler kronik iş güvencesizliğinin etkisini hesaba katmayan ortalama ihtiyaç endekslerini kullanarak alınıyorsa, bu günümüzde yetersiz kalabilir. Yukarıda tartışıldığı gibi, gelir desteği düzeyleri yalnızca en temel maddi ihtiyaçları karşılamak niyetiyle belirlenmektedir. Bu, uzun süreler boyunca işsizlik çekenlerin daha önceki dezavantajlar ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle ek yükler taşıyabileceği gerçeğini hesaba katmamaktadır. Güvenlik ağları yerine "sıçrama tahtaları"na ihtiyaç duyulmaktadır: Yani, sosyal, duygusal ve geliştirilmiş finansal destek; aynı zamanda da genel eğitim ve iş eğitimi için yaratılacak fırsatlar. Bu tür önlemlerin yararları yalnızca işsiz kalan birey için ve tek bir işsizlik döneminde geçerli olmayacaktır. "Sıçrama tahtası" olarak geliştirilen önlemler otomatik olarak işsizliğin, bireyin emek piyasasına getirdiği insan kaynaklarının değerini azaltması eğilimine de karşı duracaktır (Bartley ve ark. 1997).

Ancak, akademik çalışmalar, emek piyasasında yaşanan son gelişmelerin hızına ayak uyduramamıştır. Ekonomik âtıllık ve çok düşük ücretli işlerde uzun dönem çalışmak gibi diğer emek piyasası dezavantajı biçimleri hakkında çok az

şey bilinmektedir. Artık konuya daha küresel bir bakışla yaklaşmamız gerekmektedir. Gelişmiş endüstriyel ülkeler ekonomik ve teknolojik değişime çok farklı biçimlerde tepki vermiştir. Örneğin Japonya, on yıldan uzun süreli bir durgunluk döneminde, işsizlikte göreceli olarak yalnızca küçük bir artış (ülkenin İkinci Dünya Savaşı'ndan beri en yüksek düzey olsa da) ve iş güvencesizliğinde de cüzi bir yükselme kaydetmiştir. Fransa ve Almanya da iş güvencesizliğindeki artış eğilimine direnmiş, ancak bunun bedeli çok yüksek işsizlik oranları olmuştur. İskandinav ülkeleri, çok yüksek görülen vergi oranlarını koruyarak göreceli olarak yüksek istihdam ve iş güvencesi düzeylerini devam ettirmişlerdir. Ekonomik büyüme, emek piyasalarında benzer deregülasyon süreçleri uygulayan İngiltere ve ABD'de en yüksek oranlara ulaşıyor görünmektedir.

Bu durum politika yapıcılar için bir ikilem yaratıyor gibidir. Göreceli olarak fazla sayıda güvenceli ve iyi ücretli işi içeren bir emek piyasasının olası ekonomik dezavantajları, sosyal avantajlarına ne derece zarar vermektedir? Bu tarz bir emek piyasasında geleneksel vasıflara olan talep azaldıkça, vasıflı işçiler düşük ücretli ve az güvenceli "Mac-iş"lerde çalışmaya yanaşmazsa, Almanya'da gördüğümüz gibi bir yüksek işsizlik durumu oluşacaktır. Elbette marangozluk, su tesisatçılığı ve kaynakçılık gibi geleneksel vasıflara artık talep olmadığı yönünde tartışmasız bir genelleme yapılamaz; ancak gerekçe bu fikre dayanarak oluşturulmaktadır. Mevcut alternatif, geleneksel işçi sınıfı istihdam biçimlerinin hizmet sektöründeki düşük ücretli işlerle yer değiştirmesini ifade eden "Amerikan iş mucizesi" olarak görünmektedir.

Bu farklı emek piyasası önlemlerinin, sağlığın "sosyal belirleyicileri" arasında sayılabilecek eğitim, barınma, aile oluşumu ve istikrar gibi etkenlerle ilişkisini izlemek, sosyal epidemiyoloji için önemli bir gündem oluşturmaktadır. Bu yolla, hızlı değişimin getirdiği sorunlara karşı oluşturulan farklı çözüm tiplerinin her birinin varsayılan yararlarına karşın, sağlığa getirebilecekleri maliyetleri de belirleyebiliriz.

Teşekkür

Mel Bartley'in bu bölüm için yaptığı araştırma ESRC Grant (no. RES 000 23 0588) tarafından desteklenmiştir.

Kaynaklar

Banks, M.H. and Jackson, P.R. (1982). Unemployment and the risk of minor psychiatric disorder in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychol Med* **12**:189-98.

Bartley, M. (1987). Unemployment and health: causation or selection-a false antithesis? *Sociol Health Illn* **10**:41-67.

Bartley, M. (1991). Health and labour force participation: stress, selection, and the reproduc-

tion costs of labour power. / *Soc Policy* **20**:327-64.

Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship, J *Epidemiol Community Health* **48**(4):333-7.

Bartley, M., Blane, D., and Montgomery, S. (1997). Health and the life course: why safety nets matter. BM/**314:** 1194-9.

Bartley, M. and Owen, C. (1996). Relation between socioeconomic status, employment and health during a time of economic change 1973-1993. *BMJ* **313**:445-8.

Bartley, M. and Plewis, I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics' Longitudinal Study. *Int J Epidemiol* **31**:336-41.

Beale, N. (1985). Job loss and family morbidity: a study of a factory closure. J *R Coll Gen Pract* **35** (280) :510-1.

Beale, N. (1986). Job loss and family morbidity. J *R Coll Gen Pract* **36**(285):176-7.

Beale, N. (1992). A critical review of the effect of factory closures on health. *Br J Ind Med* **49**(1):70.

Bethune, A. (1997). Unemployment and mortality. In: *Health Inequalities* (ed. M. Drever and M. Whitehead), pp. 156-67. HMSO, London.

Blakely, T.A. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* **57**(8):594-600.

Bohle, P., Quinlan, M., and Mayhew, C. (2001). The health and safety effects of job insecurity: an evaluation of the evidence. *Economic and Labour Relations Review* **12**(1):32-60.

Bradshaw, J., Cooke, J., and Godfrey, C. (1983). The impact of unemployment on the living standards of families. / *Soc Policy* **12**:433-52.

Breslin, F.C. (2003). Factors influencing the impact of unemployment on mental health among young and older adults in a longitudinal, population-based survey. *Scand J Work Environ Health* **29**(1):5-14.

Burchell, B. (1996). Who is affected by unemployment? In: *Unemployment and social change* (ed. D. Gallie, C. Marsh, and C. Vogler). Oxford University Press, Oxford.

Burchell, B.J. (1999). The unequal distribution of job insecurity, 1966-86. *International Review of Applied Economics* **13**(3):437-58.

Caspi, A., Wright, B.R.E., Moffitt, T.E., and Silva, P.A. (1998). Early failure in the labor market: childhood and adolescent predictors of unemployment in the transition to adulthood. *Am SociolRev* **63**(3):424-51.

Charlton, J., Kelly, S., Dunnell, K., Evans, B., and Jenkins, R. (1993). Suicide deaths in England and Wales: trends in factors associated with suicide deaths. *Popul Trends* **71**:34-42.

Claussen, B. (1999). Health and re-employment in a five-year follow-up of long-term unemployed. *Scand J Public Health* **27**(2):94-100.

Claussen, B., Bjorndal, A, and Hort, P.F. (1993). Health and re-employment in a 2-year follow-up of long-term unemployed.} *Epidemiol Community Health* **47**:14-18.

Cobb, S. and Kasl, S.C. (1977). *Termination: the consequences of job loss.* DHEW-NIOSH Publication no 77-224. US National Institutes for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

Cook, D.G., Cummins, R.O., Bartley, M.J., and Shaper, A.G. (1982). Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. *Lancet* **1**(8284): 1290-4.

Crawford, M.J. and Prince, M. (1999). Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. *Soc Sci Med* **49(10)**:1419-23. =

Dahl, E. and Kjaersgaard, P. (1993). Trends in socioeconomic mortality differentials in post-war Norway-evidence and interpretations. *Sociol Health Illn* **15**(5):587-611.

Earle, A. (2002). What causes job loss among former welfare recipients: the role of family health problems.*} Am Med Womens Assoc* **57**(1):5-10.

Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health: a critical review. *Soc Sci Med* **37**(1):41-52.

Fagin, L. and Little, M. (1984). *The forsaken families.* Penguin Books, Harmondsworth.

Ferrie, J. (1997). Labour market status, insecurity and health. *Journal of Health Psychology* **2**:373-97.

Ferrie, J.E., Martikainen, P., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S.A., and Smith, G.D. (2001a). Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* **25**(1):647-51.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Martikainen, P., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (200*lb).* Job insecurity in white collar workers: towards an explanation of associations with health. / *Occup Health Psychol* **6**(1):26-42.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (1998a). The health effects of major organisational change and job insecurity. *Soc Sci Med* **46(2)**:243-54.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S., and Smith, G.D. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. BM/**311**(7015):1264-9.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S.A., and Smith, G.D. (1998b). An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 88(7): 1030-6.

Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Stansfeld, S.A., and Marmot, M.G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* **54**(5):450-4.

Fox, A.J. and Shewry, M. (1988). New longitudinal insights into relationships between unemployment and mortality. *Stress Med* 4(1):11-**19.**

Fryer, D. (1987). Monmouthshire and Marienthal: sociographies of two unemployed communities. In: *Unemployed people* (ed. D. Fryer and P. Ullah). Open University Press, Milton Keynes.

Fryer, D. (1992). A plea for a greater emphasis on the role of poverty in psychological research on unemployment and mental health in the social context. In: *On the mysteries of unemployment* (ed. C.H.A. Verhaar and J.G. Janussen). Kluwer, Amsterdam.

Gaffikin, F. and Morrisey, M. (1992). *The new unemployed: joblessness and poverty in the market economy.* Zed Books, New Jersey.

Goodman, A., Johnson, P., and Webb, S. (1997). *Inequality in the UK.* Oxford University Press, Oxford.

Graetz, B. (1993). Health consequences of employment and unemployment: longitudinal evidence for young men and women. *Soc Sci Med* **36**(6):715-24.

Gravelle, H. (1985). *Does unemployment kill?* Nuffield Trust, York.

Hamilton, V.L., Hoffman, W.S., Broman, C.L., and Rauma, D. (1993). Unemployment, distress and coping: a panel study of autoworkers. / *Vers Soc Psychol* **65**:234-7.

Harding, S., Bethune, A., Maxwell, R., and Brown, J. (1998). Mortality trends using the

Longitudinal Study. In: *Health inequality* (ed. F. Drever and M. Whitehead), pp. 143-55. HMSO, London.

Heady, P. and Smyth, M. (1989). *Living standards during unemployment.* HMSO, London.

Holland, P., Berney, L., Blane, D., Smith, G.D., Gunnell, D.J., and Montgomery, S.M. (2000). Life course accumulation of disadvantage: childhood health and hazard exposure during adulthood. *Soc Sci Med* **50**(9):1285-95.

House, J.S., Lepkowski, J.M., Kinney, A.M., Mero, R.P., Kessler, R.C., and Herzog, A.R. (1994). The social stratification of aging and health. / *Health Soc Behav* **35**(3):213-34.

Isaksson, K. (1989). Unemployment, mental health and the psychological functions of work in male welfare clients in Stockholm. *Scand J Soc Med* 17(2):165-9.

Iversen, L., Andersen, O., Andersen, P.K., Christoffersen, K., and Keiding, N. (1987). Unemployment and mortality in Denmark. *BMJ* **295**:879-84.

Jackson, P.R. and Warr, P.B. (1984). Unemployment and psychological ill-health: the moderating role of duration and age. *Psychol Med* **14**(3):605-14.

Jahoda, M. (1979). The impact of unemployment in the 1930s and the 1970s. *Bull Br Psychol Soc* **32**:309-14.

Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T, Farrell, M., Gill, B., *et al.* (1997). The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. *Psychol Med* **27**(4):775-89.

Jensen, P. (1990). Unemployment and marital dissolution. J *Popul Econ* **3**(3):215-29.

Kessler, R.C., Turner, J.B., and House, J.S. (1987). Intervening processes in the relationship between unemployment and health. Psychol Med 17(4):949-61.

Kessler, R.C., Turner, J.B., and House, J.S. (1988). Effects of unemployment on health in a community survey: main, modifying and mediating effects. / *Soc Issues* **44**:69-85.

Kinnunen, U. and Pulkkinen, L. (1998). Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples-mediator effects. / *Family Issues* **19**(6):705-24.

Kivimaki, M., Vahtera, J., Pentti, J., and Ferrie, J.E. (2000). Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. BMJ **320**(7240):971-5.

Kleinhesselink, D.J. and Spruit, I.P. (1992). The contribution of unemployment to socioeconomic health differences. *Int J Epidemiol* **21**(2):329-37.

Korpi, W. (2001). Accumulating disadvantage: longitudinal analyses of unemployment and physical health in representative samples of the Swedish population. *Eur Sociological Rev* 17(3):255-74.

Lahelma, E. (1992). Unemployment and mental well-being: elaboration of the relationship. *Int J Health Serv* **22**(2):261-74.

Lee, A.J., Crombie, I.K., Smith, W.C., and Tunstall-Pedoe, H.D. (1990). Alcohol consumption and unemployment among men. *Br J Addict* **85**:1156-70.

Lee, A.J., Crombie, I.K., Smith, W.C., Tunstall-Pedoe, H.D. (1991). Cigarette smoking and employment status. Soc Sci Med 32:1309-12.

Leeflang, R.L.I., Klein-Hesselink, D.J., and Spruit, I.P. (1992). Health efects of unemployment II: men and women, *Soc Sci Med* **34**:351-62.

Lindsay, C. and Doyle, P. (2003). Experimental consistent time sreies of historical Labour Force Survey data. *Labour Market Trends* September 2003:467-75.

Martikainen, P. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men. *BMJ* **301**:407-11.

Martikainen, P.T. and Valkonen, T. (1996). Excess mortality among Finnish men and

women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* **348**(9032):909-12.

Martikainen, P.T. and Valkonen, T. (1998). The effects of differential unemployment rate increases of occupation groups on changes in mortality. *Am J Public Health* **88**(12):1859-61.

Mathers, C.D. and Schofield, D.J. (1998). The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust* **168**(4): 178-82.

Mattiasson, I., Lindgarde, F., Nilsson, J.A., and Theorell, T. (1990). Threats of unemployment and cardiovascular risk factors: Longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *BMJ* **301**:461-6.

Mesrine, A. (2000). The high death rate among job seekers: a catalyst effect of unemployment? (La surmortalite des chomeurs: un effet catalyseur du chomage?) *Economie et statistique* **33**(4):33-48.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G., and Wadsworth, M.E.J. (1996). Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* **50**(4):415-22.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G., and Wadsworth, M.E.J. (1998). Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weiht in young British men. *Eur J Puclis Health* **8**(1):21-7.

Montgomery, S.M., Bartley, M.J., Cook, D.G., and Wadsworth, M.E. (1999). Unemployment predates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *Int J Epidemiol* **28**(1)95-100.

Morris, J.K. Cook, D.G., and Shaper, A.G. (1992). Non-employment and changes in smoking, drinking, and body weight. *BMJ* **304**(6826):536-41.

Morris, J.K. Cook, D.G., and Shaper, A.G. (1994). Loss of employment and mortality. *BMJ* **308**(6937):1135-9.

Moser, K.A., Goldblatt, P.O., Fox. A.J., and Jones, D.R. (1987). Unemployment and mortality--comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *BMJ* **294**(6564):86-90.

Moser, K.A., Goldblatt, P.O., Fox. A.J. and Jones, D. (1990). Unemployment and mortality. In: Longutudinal Study: mortality and social organisation. HMSO, London.

National Statistics (2005). *Labour market at a glance* (press release), 10 Jan 2005.

National Statistics (2004). *Labour market trends* (Table S9), December 2004.

Nickell, S. (2003). *Poverty and worklessness in Britain.* Royal Economic Society Presidential Address at the RES Conference at Warwick University, Coventry, 8th April 2003.

Nickell, S. (2004). Poverty and worklessness in Britain. *The Economic Journal* **114**:C1-C25.

Nickell, S. and Quintini, G. (2002). The recent performance of the UK Labour market. *Oxford Review of Economic Policy* **18**(2):202-20.

Platt, S. (1986). Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry* **149**:401-5.

Platt, S. and Kreitman, N. (1985). Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychol Med* **15**(1):113-23.

Power, C. and Estaugh, V. (1990). Employment and drinking in early adulthood. *Br J Addict* **85**:487-94.

Power, C. and Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* **350**(9091):1584-9.

Ritzer, G. (1993). *The McDonaldization of society.* Pine forge Press.

Rodgers, B. (1991). Socio-economic status, employment and neurosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **26**:111-222.

Rudas, N., Tondo, L. Musio, A., and Mosia, M. (1991). Unemployment and depression: results of a psychometric evaluation. *Minerva Psichiatr* **32**:205-9.

Sinfield, A. (1981). *What unemployment means.* Martin Robertson, Oxford.

Sinfield, A. (1993). *Poverty, inequality and justice.* New Waverly Papers No. 6, Edinburgh.

Valkonen, T. and Martikainen, P.T. (1995). The association between unemployment and mortality: causation or selection? In: *Adult mortality in developed countries: from description to explanation* (ed. A. Lopez, G. Caselli, and T. Valkonen), pp. 210-22. larendon, Oxford.

Wadsworth, M.E.J. (1991). *The imprint of time.* Oxford University Press, Oxford.

Wadsworth, M.E., Montgomery, S.M. and Bartley, M.J. (1999). THe persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life. *Soc Sci Med* **48**(10):1491-9.

Warr, P.B. (1984). Reported behaviour changes after job loss. *Br J Soc Psychol* **23**(3):271-5.

Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health.* Oxford University Press, London.

Warr, P. and Jackson, P. (1985). Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and of re-employment. *Psychol Med* **15**:795-807.

Weich, S. and Lewis, G. (1998). Material standrd of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain. *J Epidemiol Comm Hlth* **52**(1):8-14.

White, M. (1991). *Aainst unemployment.* PSI, London.

Wilson, S.H. and Walker, G.M. (1993). Unemployment and health–a review. *Public Health* **107**(3):153-62.

Winefield, A.H., Tiggeman, M., and Goldney, R.D. (1991). The psychological impact of unemployment and unsatisfactory employment in young men and women. *Br J. Psychol* **82**:473-80.

6. Bölüm

SAĞLIK VE İŞ YERİNDEKİ PSİKO-SOSYAL ORTAM

Michael Marmot, Johannes Siegrist ve Tores Theorell

6.1 Giriş

İş sağlığının öneminin geleneksel meslek hastalıklarının ötesine uzandığı yavaş yavaş kabul görmektedir (Schilling 1989). Gerçekten de iş, "mesleki" olduğu düşünülmeyen hastalıklara ve bozuk sağlığa da büyük bir katkıda bulunmaktadır. Eski araştırmalar, iş yerindeki fiziksel etkinliğin olası rolü üzerine yoğunlaşmıştır (Morris ve ark. 1953). Daha çok geleneksel iş sağlığı anlayışı taşıyan diğer çalışmalar ise, bazı fiziksel ve kimyasal (örneğin kurşun, karbon disülfid, karbon monoksit, nitrogliserin, nitroglikol) maruziyetleri üzerinde durmaktadır (Schnall ve ark. 2000). Son zamanlarda iş yeri; sigara kullanımı, beslenme ve fiziksel etkinlik gibi yaşam tarzını etkileme fırsatı sunmak ve hastalık riskleri için tarama yürütmek gibi sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikler için uygun bir yer olarak görülmektedir (Breucker ve Schroer 1996).

Artık işyerindeki psiko-sosyal etkenlerin, fiziksel ve ruhsal hastalıkların oluşma riskini etkilediğine ve sağlığın bozulmasında görülen sosyal farklılığa önemli bir katkıda bulunduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. İş stresinin ölçümünde farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Son zamanlarda yürütülen araştırmalar belirgin birkaç kuramsal kavrama odaklanmıştır. Bu araştırmalardan iş talep-kontrol modelleri (Karasek 1979; Karasek ve Theorell 1990) ve emek-ödül dengesizliği (Siegrist ve ark. 1986; Siegrist 1996) özel ilgi görmüştür.

Başta koroner kalp hastalığı (KKH), kas-iskelet bozuklukları ve ruhsal hastalıklar olmak üzere birkaç farklı hastalık, işyerindeki psiko-sosyal koşullarla ilişkilendirilmiştir. Bu bölüm iki çeşit soruya değinmektedir: İş yeri koşulları ile hastalık arasındaki ilişki ve bu ilişkinin hastalığın toplumdaki çeşitlenmelerinin açıklanmasına yapabileceği katkı. Koroner kalp hastalığındaki çeşitli yönler geniş olarak incelenmiş olduğundan bu hastalığın üzerinde daha çok duracağız, ancak bölümün göstermeye çalışacağı gibi, diğer hastalıkların son noktaları da önemlidir.

6.2 Koroner kalp hastalığının dağılımındaki değişimler

İş stresinin, sağlığın bozulmasına ve hastalığın gelişimine olası katkısının yerini belirlemek için KKH'nın dağılımındaki uluslararası değişimi gözden geçirmek gerekmektedir. Son yıllarda KKH'nın epidemiyolojisinde iki ana değişim olmuştur:

1. Hastalığın sosyal sınıfa göre dağılımında değişim (Marmot 1992)
2. Farklı ülkelerde KKH'da yükselme ve düşme (Uemura ve Pisa 1988)

KKH, birçok Avrupa ülkesinde ABD'de de olduğu gibi kitlesel bir hastalık halini alırken önce yüksek, sonra düşük sosyo-ekonomik gruplarda o kadar artmıştır ki sosyal dağılım şimdiki bilindik ters sosyal gradyan şeklini almıştır: Sosyal hiyerarşide aşağı inildikçe hastalığın oranları yükselir. Son zamanlarda hem Birleşik Krallık'ta hem ABD'de KKH mortalitesinde bir düşüş görülmüştür ve dahası bu düşüş yüksek sosyo-ekonomik gruplarda görüldüğü için sosyal uçurumun genişlemesine neden olmuştur (White ve ark. 2003; Armstrong ve ark. 2004; Cooper ve ark. 2000). KKH'nın yüksek sosyo-ekonomik gruplardaki hâkimiyetinin iş stresine bağlı olabileceği düşüncesi, en azından, iş ve endişenin hastalığın ana nedenleri olduğunu belirtmiş olan Osler'e (1910) kadar uzanır. KKH'nın şu an düşük sosyo-ekonomik gruplarda daha yaygın görülmesi, tek başına iş "stresi"nin potansiyel önemini reddettirmez (Marmot 2004). Araştırmalar, yüksek sorumluluğun ya da birden çok işle uğraşmanın iş stresini yansıttığı gibi basitleştirilmiş bir kuramdan hareket etmiştir.

Kalp-damar hastalıkları mortalitesi orta ve doğu Avrupa ülkelerinde ve eski Sovyetler Birliği'nin yeni bağımsız ülkelerinde artış gösterirken, Kuzey Amerika'da, Avustralya'da ve "Batı" Avrupa'nın birçok ülkesinde azalmaktadır. Avrupa'nın doğusundaki ve batısındaki ülkeler arasındaki 6 yıllık yaşam beklentisi farkının yarısından fazlası kalp-damar hastalıklarına, özellikle KKH'ye bağlıdır. Yaşam beklentisindeki bu fark 1960'ların sonundan günümüze kadar geçen sürede oluşmuştur ve bu süre kalp-damar hastalıklarının doğuda yükselişte ve batıda düşüşte olduğu zamana denk gelmektedir (Marmot ve Bobak 2005). Bu bölümde gözden geçirilen kavramlar ve veriler, kalp-damar hastalıklarında batıda görülen ters sosyal farklılık ve doğuda görülen artmış mortalite için bir açıklama sağlayabilir.

6.3 Koroner kalp hastalığının sosyal dağılımına yönelik açıklamalar

Bugün ateroskleroz gelişimi ile ilişkili olan KKH risk etkenleri üzerine yaygın olarak doğrulanmış olan; tromboz (pıhtılaşma sonucu meydana gelen damar tıkacı) eğilimi üzerine ise daha az güvenilir olan bir bilgi birikimi bulunmaktadır. Majör risk etkenleri; yüksek kan basıncı ve total plazma kolesterolü ile sigara kullanımıdır. Özellikle sigara kullanımı güçlü bir sosyal farklılık gösterse de (Marmot ve ark. 1991) aslında bu risk etkenleri kalp-damar hastalıklarında görülen sosyal farklılığın üçte birinden fazlasından sorumlu değildir (Marmot ve ark. 1978, 1984). Benzer şekilde, sigara kullanımı Orta ve Doğu Avrupa'daki birçok

ülkede yüksek orandadır ve kalp-damar hastalıklarının yüksek oranda görülmesiyle ilişkili olabilir (Marmot ve Bobak 2005), ancak uluslararası MONICA çalışmalarından (Kuulasmaa ve ark. 2000) elde edilen verilere göre; sigara kullanımı, yüksek kan basıncı ve yükselmiş plazma kolesterol düzeylerindeki uluslararası değişkenlik, KKH mortalite oranlarındaki uluslararası değişkenliğin yarısından daha azından sorumlu olduğunu göstermektedir.

Sonuçta elimizde iki çeşit soru kalmaktadır. İlki; aterojenik beslenme biçimi, sigara kullanımı ve hareketsiz yaşam tarzı gibi sağlıksız davranışlardaki sosyal ve uluslararası çeşitliliğin nedeni nedir? İkincisi; bu etkenlerin kalp-damar hastalıkları mortalitesinin sosyal ve uluslararası değişkenliğini açıklamakta yetersiz göründüğünü kabul edersek, gözlemlenen bu farkların nedeni başka ne olabilir? Başka bir yerde açıklamaların toplumların sosyal ve ekonomik düzenlenmelerinin doğasında aranması gerektiğini savunmuştuk (Marmot 2004). Önemli özelliklerden biri çalışma yaşamının doğasıdır, hem iş yerinde olanların sağlık için önem taşıyabilmesi hem de iş ve işgücü piyasasının işleyişinin sağlığın sosyal belirleyicileri arasında önem taşıyan sosyal ve ekonomik yaşamın düzenlenmesinde merkezi bir rol oynaması nedeniyle. Kalp-damar hastalıkları ve diğer hastalıklarla ilgili olarak, işin önem taşıdığını destekleyen kanıtlar aşağıda sunulmuştur.

6.3.1 İşin değişen doğası

Gelişmiş toplumlarda iş, yetişkin yaşamdaki iyilik halinde ve sağlıkta önemli bir rol oynamaya devam etmektedir. Bir iş sahibi olmak, sıklıkla devamlı bir gelir için ön koşuldur ve diğer sosyal koşullardan daha da önemli olduğundan, işin özellikleri yetişkinin sosyo-ekonomik durumunu belirlemektedir. Kişinin işi, ekonomik geçimin ötesinde sosyalleşme için de önemlidir. İş, çekirdek bir sosyal rolde birey olmanın tatmin edici deneyimi gibi fırsatlar sunarak, kişisel büyüme ve gelişmeye katkıda bulunur ve birincil grupların ötesinde sosyal ağlara katılmaya izin verir.

İşin doğası son yıllarda derin değişimler göstermiştir. Bugün işlerin daha azı fiziksel, daha çoğu ise zihinsel ve duygusal gereksinimlerle tanımlanmaktadır. Kitle üretimi tarzındaki işler azalırken, hizmet sektöründeki işe alımlar artmaya devam etmektedir. Bilgisayara dayalı bilgi işlem, artan bir oranda iş profilinin parçası olmaktadır. Avrupalı çalışanlarla ilgili geniş bir incelemede (Paoli ve Merllié 2001), çalışanların yüzde 60'ının çok yüksek hızda çalıştığı, yüzde 40'ının monoton işlerle sınırlandığı, yüzde 49'unun müşterilerle kalıcı ve doğrudan ilişki gerektirdiği, yüzde 25'inin vardiyalı çalıştığı görülmüştür.

İşin doğasında görülen bu değişimler işgücü piyasasındaki değişimlerle uyum göstermektedir. Kadınlar ve yaşlılar, işgücünün büyüyen bir kısmını oluşturmaktadırlar. Yarı zamanlı işler ve esnek iş ayarlamaları da artmıştır. Sağlık açısından

en önemlisi, iş istikrarsızlığının, zorunlu hareketliliğin ve işsizliğin artması ve bunun kariyer süreksizliğine, zorunlu erken emekliliğe ve iş kaybına neden olmasıdır. Güncel araştırmalar, çalışanların yüzde 30'unun güvencesi olmayan işlerde çalıştığını (Ferrie ve ark. 1999) ve orta yaşlı erkeklerin ve kadınların önemli bir kısmının erken ve sıklıkla gönülsüz emekliliğe bağlı olarak işgücü piyasasına katılmadıklarını bildirmektedir (Brugiavini 2001).

6.3.2 İş ve sağlık kalitesindeki sosyal eşitsizlikler

İş kalitesinde ve işgücü piyasasına ulaşımda sosyal eşitsizlikler görüldüğü birçok çalışmada bildirilmiştir. Öyle ki iş yaşamının yararları ve zararları toplumda eşit olmayan şekilde dağılmıştır. Bu sonuç, iş yaşamının sağlık yükü için de geçerlidir. Mesleki duruma bağlı sağlıkta sosyal farklılıklar; tüm nedenlere bağlı mortalite, koroner kalp hastalığı morbiditesi ve mortalitesi, psikiyatrik rahatsızlıklar (özellikle depresyon) ve kronik bronşit için belgelenmiştir (Siegrist ve Marmot 2004). Çocukluğun ilk yıllarından sonra, mortalitede sosyal farkların en belirgin görüldüğü yaşlar orta yaşlar olduğuna göre, sağlıktaki bu sosyal eşitsizlikler özel ilgiyi hak etmektedir. Bu yüzden orta yaşta görülen sağlık eşitsizliklerini açıklamada işin oynadığı rolü aydınlatmak başlıca bir araştırma görevidir.

Bu araştırma iki sorunla karşılaşacaktır: Birincisi; iş ortamının psiko-sosyal boyutunun gittikçe artan önemine odaklanan ileri toplumların karmaşık iş koşullarındaki sağlığı bozan (ya da "toksik") ve sağlığı geliştiren (ya da "salutojenik") bileşenlerin tanımlanmasıdır. İkincisi; sağlıkta sosyal eşitsizlikleri açıklarken, işyerindeki psiko-sosyal ortamın kuramsal modellerinin sağlıkla ilişkili olarak yararlılığının gösterilmesidir. Sonraki kısımda bu sorunlara değinilecektir.

6.4 İşyerinde sağlıkla ilişkili psiko-sosyal ortama dair kuramsal modeller

6.4.1 Genel kuramsal arka plan

İşin psiko-sosyal yönüyle ilişkili strese dair araştırmalar, geleneksel biyomedikal iş sağlığı araştırmalarından, stres nedenlerinin doğrudan fiziksel veya kimyasal ölçümlerle tanımlanamamasıyla ayrılır. Kuramsal kavramlar, işin belirli stresli özelliklerinin çok çeşitli mesleklerde tanımlanmasına izin verecek şekilde, bir genelleme düzeyinde betimlenmesi için gereklidir. Daha sonra bu kavramlar seçilmiş psikolojik ve sosyolojik araştırma yöntemlerinin (anketler, gözlemleme teknikleri vb.) yardımıyla ölçeklere dönüştürülürler. İşteki psiko-sosyal ortamla ilişkili stres konulu birkaç kavram (Cooper 1998; Dunham 2001; Perrewé ve Ganster 2002) geliştirilmiş olsa da iki model son zamanlarda özel ilgi görmüş-

tür: Talep-kontrol modeli ve emek-ödül dengesizliği modeli. Bunları daha ayrıntılı açıklamadan önce ortak kuramsal geçmişleri açıklanacaktır.

İşte sağlıkla ilişkili psiko-sosyal ortam, bir kişinin kavradıkları, duyguları ve davranışları ile maddi ve sosyal iş koşulları arasındaki etkileşimlerle tanımlanır. Bu etkileşimi açıklamak için sosyolojik ve psikolojik yaklaşımların bir birleşimi gereklidir. Sosyolojinin birincil ilgisi, ortak (sosyal) olay düzeyinde kalsa da çözümlemesini davranışın bireysel düzeyine, özellikle de çeşitli açık davranışları belirleyen genel güdülenme kalıplarına yönlendirme ihtiyacındadır (Coleman 1990).

Bu kuramsal odağı akılda tutarak iki genel (ve olasılıkla evrensel) insan güdülenme şeklini sosyal ortamla olan ilişkileriyle vurguluyoruz: İlki, organizmanın üremesi ve kişinin üretkenliği için ön koşul olarak fiziksel ve ruhsal iyilik hali ihtiyacı; ikincisi, kendini olumlu hissetme ihtiyacı. Kendini olumlu hissetme, iyilik haliyle sıkı bağlantı gösterse de ait olma, harekete geçme ya da katkıda bulunma ve olumlu geri bildirim alma fırsatları sunan sosyal bir ortama bağlıdır. Aksine, kişileri ait olmak, harekete geçmek ya da katkıda bulunmaktan ve olumlu geri bildirim almaktan alıkoyan sosyal bir yapı, kişinin kendisiyle ilgili olumlu hisleri azaltır, hatta yok eder.

"Psiko-sosyal ortam" terimi bireyin iyilik hali, üretkenlik ve kendini olumlu hissetme gereksinimini karşılamak için var olan sosyo-yapısal fırsatlar olarak tanımlanmıştır (Siegrist ve Marmot 2004). Kendini olumlu hissetmenin iki yönü, iyilik hali ve sağlık için özel önem taşır: Özyeterlilik ve özsaygı. Özyeterlilik, kişinin iş başarına becerisine inancı olarak tanımlanmıştır (Bandura 1986). Bu inanç, kişinin becerikliliğine ve beklenen sonuçların olumlu bir değerlendirmesine dayanmaktadır. Özyeterlilik sağlayan psiko-sosyal ortam, kişinin başarılı bir temsile dayanarak kontrol hissetmesine ve kendi becerilerini kullanmasına olanak tanır. Psikolojik düzeyde özyeterlilik ustalık hissine neden olur, bu yüzden özyeterlilik hissetme seçeneği sunan psiko-sosyal ortamın sağlık ve iyilik hali üzerine olumlu etkiler oluşturduğu varsayılır. Oysa kısıtlayıcı, kontrol-sınırlayan psiko-sosyal ortamla sınırlanmış kişilerde ters etkiler beklenir (talep-kontrol modelinde tanımlandığı gibi, aşağıya bakınız).

Özsaygı ile ilgili benzer bir ilişki olduğu (yani kişinin olumlu öz değer hissinin sürmesi) varsayılır. Özyeterlilik sağlayan bir psiko-sosyal ortam, kişinin eşiyle bağlanmasına ve iyi başarılmış işler için uygun geri bildirim almasına olanak tanır. Özgüven; ait olma, onay ve başarı hislerini güçlendirir. Eğer bir psiko-sosyal ortam kişinin ait olma ve onay hissetmesine engel oluyorsa tekrarlayan hayal kırıklığı ve başarısızlık hisleri ortaya çıkar. Eğer harcanan emek karşılanmazsa ödül yetersizliği belirgin oranda stresli olur (emek-ödül modelinde olduğu gibi, aşağıya bakınız).

Özet olarak psiko-sosyal ortamın, sosyal fırsat yapısı ile kişinin olumlu özyeterlilik ve özsaygı gereksinimi arasında köprü kurmaya yarayan bir kavram olduğunu vurguluyoruz. Dahası, sağlık ve iyilik halinin bir noktaya kadar, bu süreçlerin kalite ve yoğunluğundan etkilendiğini de vurguluyoruz. Yetişkin yaşamda, istihdam ve iş kalitesi psiko-sosyal ortamlar içinde en önemlilerinden birini tanımlamaktadır. Bu yüzden iş ve sağlıkla ilişkili kuramsal modeller önerilmiştir (6.4) ve onların ampirik önemleri (6.5) ve politik etkileri (6.6) tartışılmıştır.

6.4.2 Talep-kontrol modeli

Altmışlarda iş koşulları ve KKH ile ilgili araştırmalar, iş taleplerini ve çalışma saatlerini incelemişti (örneğin Hinkle ve ark. 1968). 1970'lerde birkaç araştırma geleneği, beceri gelişimi (Hackman ve Lawler 1971) ve işte otonominin (Kohn ve Schooler 1973; Gardell 1971) ruh sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini gösteren kanıtlar bulmuştur. Karasek'in orijinal katkısı, iki boyutlu bir iş stresi kavramı formüle etmesiydi; yüksek düzeyde psikolojik talebin düşük düzeyde karar özgürlüğü (düşük düzeyde karar otoritesi ve düşük düzeyde beceri kullanımı) ile bir araya geldiği talep-kontrol modelinin stres hissini ve daha sonra oluşan fiziksel hastalık (özellikle KKH) riskini artırdığı düşünülmekteydi (Karasek 1979). Bu birleşim, uzun vadede, çalışanın başa çıkma şeklini etkileyebilir. Eğer durum kontrol edilemezse taleplerle başa çıkma sürecinde olumsuz beklentiler oluşturulması olasıdır (Eriksen ve Ursin 2004). Karasek ve ark. 1981'de, önce KKH'nda yüksek talep ve düşük kontrol koşullarının öngörü rolüne dair kanıtlar bulmuştu. O zamandan beri yüksek talep ve düşük kontrol (iş gerginliği) ile tanımlanan stresli işin kalp-damar hastalıları riski, hastalık ve diğer rahatsızlıklarla bağlantıları ile ilgili birçok ileriye dönük ve kesitsel çalışma yürütülmüştür (aşağıya bakınız).

Stresle ilişkili hastalık riskinin artışında aşırı boyuttaki psikolojik taleplerin, karar verme serbestliğinin olmayışı ile etkileştiğini ifade eden orijinal hipotez, psiko-sosyal iş deneyimine dayanan yeni davranış biçimlerinin ve becerilerinin öğrenilmesi ile ilgili ikinci bir hipotezle desteklenmiştir. Buna göre, yetişkinler için öğrenme yaşam boyu iş deneyimiyle artmaktadır. Bu, çalışanın kendi iş durumunu kontrol etme olasılığını artırabilir ve böylece yetişkin yaşamının daha geniş koşulları üzerine bir etkisi olabilir. Bu hipoteze göre aktif durum, "salutojenik" etkiler ürettiği varsayılan güçlü özyeterlilik ve ustalık duygularının gelişimi ile ilişkilidir. Bunu "başa çıkma" anlamında ifade etmenin diğer bir yolu ise aktif çalışma durumunun olumlu beklentileri artırabileceğini söylemektir (Eriksen ve Ursin 2004). Dahası, aktif iş durumunda özyeterlilik hissedilmesi, iş dışında sosyal, kültürel veya politik girişimlerle zenginleşen aktif bir yaşam geçirilmesi olasılığını artırmaktadır. İş gerilimiyle sınırlanmak ve bununla ilişkili

özyeterlilik eksikliği, kişinin olumlu bir "iş-yaşam" dengesi kurma potansiyelini kısıtlarken, bu olumlu "iş-yaşam" dengesi iyilik halini ve sağlığı daha da güçlendirir (Karasek ve Theorell 1990).

Kitle endüstrisinde, özellikle parça işi ve makine hızına bağlı montaj hattı işi yapılan koşullarda, bazı "klasik" yüksek gerilimli işlerin bulunduğu çok açıktır. Ancak, bu tip gerilimli birkaç iş türü, hizmet sektöründe de tanımlanmıştır. Bu yüzden bu kavram farklı istihdam sektörlerinde de geçerlidir ve değişen istihdam şekillerine bağlı olarak gelecekte öngörülebilir bir zaman boyunca da önemini koruyacaktır. Örneğin, geçici istihdam oranı batı Avrupa'da özellikle düşük eğitimliler arasında artmaktadır. Kontrol eksikliğinin ana sorun olacağı istihdam çeşitleri bunlardır. Yüksek eğitimliler için bile artan esneklik talebi, yeni karar özgürlüğü sorunları yaratacaktır. Sürekli artan işgücü verimlilik talepleri, tüm çalışanlar için psikolojik talep düzeyini yükseltmektedir. Bu, belirgin olarak İsveç ulusal refah istatistiklerine yansımaktadır; 1990'larda işgücünün tamamında iş talebi artmış, 1990'ların sonlarında ise karar alma otoritesinde azalma yaşanmıştır (Westerlund ve ark. 2004).

Orijinal talep-kontrol düşüncesi, işte sosyal desteği üçüncü bir boyut olarak dâhil edecek (Johnshon ve Hall 1988) ve iş kontrolünü yaşam seyri bakış açısından – "toplam iş kontrol maruziyeti" – değerlendirecek şekilde değiştirilmişti (Johnson ve ark. 1990). Diğer önemli bir yenilik ise kuramsal düşünceye dayanan müdahale çalışmaları ile oluşturulan sağlık etkilerinin araştırılmasıdır ve son zamanlarda birkaç umut verici müdahale çalışması bildirilmiştir (aşağıda 6.6.2'ye bakınız).

Özet olarak, yüksek seviyede nicel talepler ile iş performansında düşük kontrolün bir araya gelmesiyle tanımlanan iş profilleri, çalışanların özyeterlilik hislerini kısıtlamakta ve sağlık üzerine istenmeyen uzun vadeli sonuçları olan stresli deneyimlere neden olmaktadır. Bu etkiler, iş yerinde sosyal destek eksikse artmaktadır. Ayrıca stresle ilişkili hastalık riski, maruziyet süresi arttıkça yükselmektedir.

6.4.3 Emek-ödül dengesizliği modeli

Tamamlayıcı bir kuramsal model – emek-ödül dengesizliği modeli – kişiler arası davranışın temel kurallarından biri ve sosyal alışverişin "evrimsel olarak eski" bir kanunu olan sosyal karşılıklılık kavramı üzerine kurulmuştur. Sosyal karşılıklılık, emeğin takip eden ödülle dengelendiği varsayılan, karşılık beklentisine dayanan, karşılıklı birlikte yapılan yatırımlarla karakterizedir. Bu kuralın uygulanmamasından kaynaklanan yetersiz karşılıklılık sonucunda güçlü olumsuz duygular ve strese karşı sürekli yanıt oluşumu meydana gelmektedir, çünkü bu durum, temel ilkelere karşı bir işleyiş göstermektedir.

Bu sosyal karşılıklılık kuralı, denk ödüller karşılığında gerçekleştirilecek görevleri ya da belirli zorunlulukları tanımlayan iş sözleşmesinin özünde yatmaktadır. Bu emek-ödül dengesizliği modeli, işte harcanan emeğin belli koşullar altında denk ödüllerle karşılanmadığı varsayımına dayanmaktadır. Ödüller; para, saygı ve kariyer fırsatları ile işgüvenliğini içermektedir. Emek-ödül dengesizliği modeline göre, maliyet ve kazanç arasındaki karşılıklılık eksikliği (yani maliyetin fazla, kazancın az olduğu durumlar), otonom ve nöro-endokrin sistemlerin sürekli aktivasyonuna eğilim yaratarak, olumsuz duygular ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Yapısal olarak bu dengesizlik, işveren ile işçi arasındaki sosyal değiş tokuşun yükümlülüklerinin ve kazançlarının tam kapsamını ayrıntılı olarak belirtmeyen eksik bir sözleşmeye dayandığı gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Eksik sözleşmelerde, ortak kararlılık konusunda güven, varsayım olarak bulunmaktadır . Ancak şu koşullar altında eksik sözleşmelerin yüksek maliyet/düşük kazanç durumuna neden olma olasılığı yüksektir. İlk olarak, eğer işçiler işgücü piyasasında alternatif bir seçeneğe sahip değillerse alışverişte karşılıklılığın olmama riski özellikle yüksektir. Örneğin, becerileri azsa veya kısa süreli sözleşmelerle çalışıyorlarsa durum böyledir. Daha nadir olarak, işte karşılıklılığın olmaması çalışanlar tarafından sözleşmenin ihlâli ya da gereklerinin yerine getirilmemesi gibi olumsuz bir deneyim olarak yaşanmaktadır.

İkinci olarak, işçiler, bilerek veya bilmeyerek, iş yerinde emek-ödül dengesizliğine katkıda bulunabilirler. Örneğin, adaletsiz bir biçimde kabul edilen iş anlaşmalarını, bir sonraki aşamada kariyerlerinde yükselme şanslarını ve ilişkili ödülleri artırabileceği için, stratejik nedenlerden dolayı bir süreliğine kabul edebilirler. Bu durum, profesyonel kariyerlerin erken aşamalarında görüldüğü gibi, diğer kariyerlerde de görülmektedir. Uzun süreli bir yatırımdan sonra başarı sağlanamaması, kişinin iyiliği ve sağlığı için özellikle tehlikelidir.

Üçüncü nokta, iş yerinde emek ve ödül arasındaki süregelen uyumsuzluğun psikolojik nedenleri bulunmasıdır. İşe fazla bağlanmaya neden olan güdülenme yapılarıyla ve takdir edilme gereksinimlerinin yüksek olmasıyla tanımlanan kişiler, diğer iş arkadaşlarına kıyasla, talepleri ve kendi başa çıkma kaynaklarını yanlış algılama sorununu daha sık yaşayabilirler (Siegrist 1996, 2002). Algısal bozulma, maliyet/kazanç ilişkisini doğru değerlendirmelerini engeller. Sonuç olarak karşılıksız alışverişe kendilerinin yaptığı katkının farkına varmadan talepleri hafife alır ve kendi başa çıkma kaynaklarını fazla bulurlar.

Özet olarak, önerilen kuramsal model, öz sosyal rollerin (iş rolü) aracılığıyla yapılandırılmış olan sosyal alışverişin maliyet ve kazancın karşılıklılığı sözleşmesinden köken aldığını söyleyen sosyolojik hipoteze dayanmaktadır. Sosyal karşılıklılığın yetersiz olduğu durumlar kısmen yapısal (dışsal) ve kısmen kişi-

seldir (içsel). İş yerinde yüksek emek ve düşük ödül deneyiminin tekrarlandığı yapısal koşullar içinde, işgücü piyasasında seçim alternatifsizliği, hareketlilik olmaması, beceri düzeyinin düşüklüğü ve kısa süreli bir sözleşmeyle kısıtlanma bulunmaktadır. Kişisel durumlar (bunlar sıklıkla sosyal baskıyla tetiklenebilse bile), çalışanların stratejik seçimlerini ve iş yerinde talepler ve ödüllerle başa çıkan kişinin özelliklerini (aşırı bağlılık) içermektedir.

Üç tane hipotez test edilmiştir:

1. (Yüksek) emek ve (düşük) ödül (yetersiz karşılıklılık) dengesizliğiyle tanımlanan kişiler, stresle ilişkili hastalıklar için yüksek (bileşenlerin her biriyle ilişkili riskten fazla) risk taşırlar.

2. "Aşırı bağlılık" skoru yüksek kişilerin stresle ilişkili hastalık riski yüksektir.

3. Stresle ilişkili hastalık riski göreceli olarak en yüksek olan kişiler, 1. ve 2. durumun birlikte görülmesiyle tanımlananlardır.

Kanıtların çoğu ilk hipotezle ilişkili olsa da 6.5.2 numaralı Kısımda, bu hipotezler için bir test sunulmuştur. İş yerinde emek-ödül dengesizliğinin ölçümünün detayları başka yerde bulunabilir (Siegrist ve ark. 2004). Ancak "emek" ve "ödül"ün sırasıyla Likert ölçeği tipinde 6 ve 11 madde içeren tek boyutlu iki ölçekle ölçüldüğünü belirtmek gerekir. Dengesizlik standardize edilmiş bir algoritma (emek/ödül oranı) uygulanarak değerlendirilir. "Aşırı bağlılık" da Likert ölçeğinin 6 maddeli kısa bir uyarlaması ile ölçülür. Bu ölçeklerin güvenilirliği, faktöryel yapısı ve farklı geçerlilik tipleri (toplayıcı [convergent], ayrıcı [diseriminant], kriter [criterion] geçerliliği) çözümlenmiştir ve bunların içinde bağlamsal bilgi içeren öz-bildirim verilerinin (mevcutsa) karşılaştırılması da yer almaktadır (Siegrist ve ark. 2004).

6.5 Ampirik kanıt

6.5.1 Talep-kontrol modeli

Sağlığın bozulmasında ve hastalık gelişiminde işle ilişkili psiko-sosyal etkenlerin önemi, Britanyalı kamu görevlileri üzerine yapılan Whitehall çalışmalarıyla gösterilebilir. Birinci Whitehall çalışmasında istihdam düzeyine göre mortalitede yalnızca geleneksel risk etkenleriyle açıklanamayan (Marmot ve ark. 1984) çok önemli farklar bulunması, kamu görevlileri üzerine ikinci bir ileriye dönük çalışmanın başlamasına yol açmıştır –10.308 kadın ve erkek kamu görevlisini kapsayan Whitehall II çalışması. Bu ikinci çalışmanın ana hedeflerinden biri, beyaz yakalı ve ofiste çalışanlardan oluşan toplulukta, sağlık ve hastalık üzerine mesleksel ve diğer sosyal etkilerin araştırılması olmuştur. Olası açıklamalar sağ-

laması açısından, iş ortamının izlenmesinde kullanılan talep-kontrol modelinin özellikleri incelendi. Bir hipotez, kamu hizmetinde memuriyet düzeyi düştükçe iş kontrol düzeyinin düştüğü, beceri kullanımının azaldığı ve monotonluk düzeyinin arttığıdır. Bu özellikler düşük memuriyet seviyelerinde kalp-damar hastalıkları ve diğer hastalıkların yüksek oranda görülmesiyle ilişkili olabilir. İşteki psiko-sosyal ortamla ilgili yaptığımız ilk çözümleme bunu doğrulamıştır. Daha düşük mevkideki kadınların ve erkeklerin kontrol düzeylerinin daha düşük, iş ve beceri kullanımının daha az çeşitlilikte ve iş hızlarının daha yavaş olduğu bildirmektedir. Genel olarak düşük mevkililer arasında daha az bir kesim, iş durumlarından memnun olduklarını ifade etmiştir (Marmot ve ark. 1991).

Psiko-sosyal çalışma koşullarının sosyal dağılımı, karıştırıcı etken olarak değerlendirilmektedir. İş koşulları ve sağlıktaki bozulma arasındaki bağlantı, doğrudan nedensel bir ilişkiye bağlı olarak ya da iş yaşamları üzerinde düşük kontrol sahibi olan kişiler düşük statülü oldukları için de ortaya çıkabilir. İşin kendisi değil de düşük statü ile ilgili diğer özellikler önemli olabilir. Sosyal konuma göre istatistiksel olarak düzeltme yapılması, sorunla başa çıkmanın bir yolu olabilir, ama aşırı düzeltme yapılması riski taşımaktadır. Düşük sosyal konum ve hastalık arasındaki bağlantının nedeni gerçekten iş gerilimiyse sosyal komuma göre düzeltme yapılması etki çeşitliliğini kontrol eder. Mümkünse sosyal konumun kendisi için değil de potansiyel karıştırıcılar için düzeltme yapılması tercih edilir.

Koroner kalp hastalığı, diğer riskler ve hastalıklar

Talep-kontrol modeli ve KKH riski arasındaki ilişki birçok ülkede yaygın olarak incelenmiş ve son zamanlarda birkaç derleme yayınlanmıştır (Belkic ve ark. 2004; Hemingway ve Marmot 1998; Schnall ve ark. 2000; Kuper ve ark. 2002). Çalışmaların az bir kısmında olumsuz bulgular bildirilmiş olsa da (aşağıya bakınız) genel sonuç, ilişkiyi destekleyen somut kanıtlar olduğu yönündedir.

Whitehall II çalışmasının tasarımı ileriye dönüktür ve bu bize işteki psiko-sosyal ortamı bir süre boyunca değerlendirme ve yeni KKH oluşumuyla ilişkisini inceleme olanağı vermiştir. İş stresinin öznel algılardan mı, yoksa işin daha nesnel değerlendirilmesinden mi, yoksa ikisinden birden mi etkilendiği sorusunu ele almak için öz-bildirim ölçülerine ek olarak, işteki psiko-sosyal ortamın bağımsız ölçütlerini kullandık. Sonuçlarımız düşük kontrol sahibi olan kadın ve erkeklerin, ortalama 5 yıllık bir izlem süresinde yeni bildirilmiş KKH riskinin öz-bildirimde ya da bağımsız değerlendirmede daha yüksek bulunduğunu göstermiştir. Bu ilişki; mevki, olumsuz duygu durum ya da klasik koroner risk etkenleriyle açıklanamamıştır. Bu başlangıç izleminde, tam iş gerginliği modeli desteklenmemiştir, çünkü iş talepleri, sosyal destekler ve iş özellikleri arasındaki etkileşimler yeni KKH riskiyle ilişkili bulunmamıştır (Bosma ve ark. 1997). An-

cak, aynı kohortun daha geç izleminde iş gerginliğinin, bu modeldeki diğer kombinasyonlara (aktif, pasif ve rahat) göre daha yüksek KKH riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kuper ve Marmot 2003).

Whitehall II'ye ek olarak iş ortamının özellikleri ile kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi başka çalışmalar da incelemiştir. Stockholm'de 2.000 erkek ve kadınla yapılan İsveçli olgu kontrol çalışması (SHEEP) akut miyokard infarktüsü (AMİ) gelişiminde psiko-sosyal iş ile ilişkili etkenlerin rolünü araştırmıştır. İşlerinde yüksek talep ve düşük kontrol bildiren erkeklerin AMİ geçirme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu ilişki, kol emeğiyle çalışanlarda daha belirgindir (Hallqvist ve ark. 1998). Benzer olarak Finlandiya'da mavi yakalı çalışanları içeren ileriye dönük bir çalışmada, ana biyolojik risk etkenleri için düzeltme yapıldıktan sonra yüksek talep ve düşük kontrol, 25 yıllık bir sürede kalp-damar hastalıkları mortalitesi için öngörüde bulunulmuştur (Kivimaki ve ark. 2002). Henüz yayınlanmamış olan bir Avrupa çalışması (JACE), çalışan erkeklerden oluşan büyük bir kohortun ortalama 5 yıllık izlemlerini içermektedir. İş gerginliği yine belirgin ve bağımsız bir şekilde yüksek AMİ riskiyle ilişkilendirilmiştir (M. Kornitzer ile kişisel iletişim 2004).

AMİ başlangıcından on yıl öncesinde işteki psiko-sosyal ortamın araştırılması, işte son zamanlarda kontrol miktarında azalmanın, hastalık riskinde yükselmeyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu etki kol gücüyle çalışanlarda ve 55 yaş altı erkeklerde yine daha büyük bulunmuştur (Theorell ve ark. 1998). Kontrol kaybı ve bunun KKH üzerindeki etkisiyle ilgili veriler, kontrol kaybının bildirilmesinden sonra hastalık yatkınlığının zamanla arttığını göstermektedir. Bu bilgi, klinik olarak belirgin KKH'nın önlenmesine dair yeni yaklaşımlar sunmaktadır (bkz. 6.6).

Olumsuz bulgularla araştırma yapılması da düşünülmelidir. Bunun bir nedeni de incelenen özgül toplumlar olabilir. Örneğin, Reed ve ark. (1989) ve Suadicani ve ark. (1993) tarafından yürütülen çalışmalar, özellikle izlem sürecinin sonunda, büyük oranda emekli oldukları için görece yaşlı erkekleri içeriyordu. Aynı durum olasılıkla Framingham çocuk kohortunun on yıllık izlemine dayanan Eaker ve ark. (2004) tarafından yeni yayınlanan çalışmaları için de geçerlidir. Hlatky ve ark. (1995) tarafından yürütülen çalışmadaki örneklem temsil yeteneğine sahip değildir, çünkü kimin koroner anjiyografi geçirdiğinin belirlenmesinde seçimde belirli etkenler etkili olmuş olabilir. Netterstrom ve Suadicani'nin (1993) otobüs şoförleri araştırmasında, işte psiko-sosyal stres bir noktaya kadar reddedilmiş olabilir. Bu yorum otobüs şoförleriyle ilgili öz bildirim yerine gözlemsel yöntemleri kullanan farklı bir araştırmayla uyum göstermektedir (Greiner ve ark. 1997; ayrıca bkz. Belkic ve ark. 2004).

Bu sonuçlar, bu kuramsal modelin gelecek araştırma çalışmalarımızda daha

sonraki kullanımını ve geliştirilmesini etkileyecektir. Böylece işteki psiko-sosyal ortamın daha iyi bir şekilde ölçülmesine gerek duyulacaktır ve ek veri çözümleme yöntemleri gerekecektir (Hallqvist ve ark. 1998). Tablo 6.1, talep-kontrol modeli ve koroner kalp hastalığı ile ilgili olarak psiko-sosyal iş özellikleri çalışmalarını özetlemektedir.

Kas iskelet hastalıkları, iş ile ilişkili sağlık sorunlarının en önemlilerinden biridir. Bu hastalıklarla ya talep-kontrol modeli ya da emek-ödül dengesizliği modeli arasında ilişkiler olduğunu gösteren birkaç kesitsel çalışma mevcuttur (örneğin, Joksimovic ve ark. 2002; Vingård ve ark. 2000). Ancak, az sayıda ileriye dönük çalışma bulunmaktadır. Finlandiya'da 902 metal işçisini kapsayan ileriye dönük bir çalışmada, Kaila-Kangas ve ark. (2004) düşük iş kontrolü bildiriminin, hastane yatışıyla sonuçlanan ciddi bel ve sırt ağrısı riskinde artış görülmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Diğer yandan Hollanda'da geniş bir ileriye dönük çalışma (Hoogendoorn ve ark. 2002), talep-kontrol modeliyle bel ağrısı arasındaki ilişki için ciddi negatif öngörü sonuçları olduğunu göstermiştir. Kas iskelet hastalıklarıyla ilgili bulguların yorumlanması kalp-damar hastalıkları bulgularından daha zordur. Bu kısmen, işte psiko-sosyal koşulların sıklıkla fiziksel durumla ilişkili olmasından kaynaklanmaktadır. Fiziki iş koşulları kontrol edilince psiko-sosyal koşulların etkisi sıklıkla azalmaktadır. Ancak rehabilitasyonda psiko-sosyal koşullar özellikle önemli görünmektedir.

Diğer bir sağlık göstergesi olarak organik olmayan (işlevsel) sindirim sistemi hastalığı, talep-kontrol modeline göre analiz edilmiştir. Böyle bir çalışmada, işte sosyal destek eksikliğinin hastalığın prognozunu kötüleştirdiği belirlenmiştir (Westerberg ve Theorell 1997). İş gerginliğini, kötü sağlık çıktıları oluşmasına bağlayan olası fizyolojik ve davranışsal yolakları araştıran ciddi miktarda literatür bilgisi vardır. Üç aylık aralıklarla izlenen çalışanlardaki, spontan iş gerginliği değişkenliğine fizyolojik açıdan eşlik eden etkenlerin de incelendiği erken dönem ileriye dönük çalışmalar (Karasek ve Theorell 1990), iş gerginliği arttıkça uyku düzensizliğinde artma (hem erkeklerde hem kadınlarda) ve bir o kadar da plazma testosteronunda da azalma (erkeklerde) olduğunu göstermektedir. Erkeklerde azalmış testosteron ve uyku düzensizliği rejenerasyonun azalması ile ilişkilidir. Bunun önemi şöyle açıklanabilir; yüksek rejenerasyon düzeyi, vücudu uzun süreli enerji mobilizasyonunun istenmeyen etkilerine karşı korumaktadır. Aynı zamanda artan iş gerginliği ve enerji mobilizasyonu düzeylerini yansıtan ortalama sistolik kan basıncı değerlerinde artış gözlenmiştir (ayrıca bkz. Schnall ve ark. 2000). Kanada'da yürütülen büyük ölçekli yeni bir çalışmada, yüksek düzeydeki bir iş gerginliğine uzun süreli maruziyetin, erkekler ve kadınlarda yükselen sistolik ve diyastolik kan basıncına yol açtığını öngörmektedir (Brisson ve ark. 2004).

Tablo 6.1 Psiko-sosyal iş özellikleri ve koroner kalp hastalığı üzerine çalışmalar

Yazar, yıl, ülke, çalışma	Tüm örneklem (kadın %)	Giriş yaşı	Maruziyet	İzlem (yıl)	Olay çeşidi (sayı)	Düzeltmeler	Rölatif risk
Theorell ve Floderus – Myred 1997, İsviçre, inşaat işçileri	5187 (%0)	41-64	İş yükü indeksi	2	Fatal KKH ve fatal olmayan Mİ (31)	Yaş	1,98
La Croix ve Haynes 1984, ABD, Framingham Kalp Çalışması	876 (%37)	45-64	İş kontrol ve talepler (bireysel ve ekolojik)	10	Fatal KKH, fatal olmayan Mİ, koroner yetmezlik ve anjina (belirtilmemiş)	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, kolesterol	Kadın: 2.9 Erkek: ilişki yok Ekolojik maruziyet erkek ve kadınlarda risk ile ilişkili bulunmuştur
Alfredsson ve ark. 1985, İsviçre, beş İsviçre bölgesi	968.096 (%51)	20-64	Yoğun iş, yeni şeyler öğrenmek için az fırsat ve monoton iş (ekolojik)	1	Fatal olmayan Mİ hastane yatışları (1201)	Yaş, sigara kullanımı, 10 sosyo-demografik etken, ağır kaldırma	*Erkekler* Yoğun iş+öğrenmeme: SMO=128 (109-148) Yoğun monoton iş: SMO=118 (102-135) *Kadınlar* Yoğun monoton iş: SMO= 164 (122-233)
Haan 1988, Finlandiya, metal işçileri çalışması	902 (%33)	17-65	İş gerginliği - fiziksel gerilim, çeşitlilik ve kontrol (bireysel)	10	Fatal KKH ve fatal olmayan KKH (60)	Yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, kolesterol, rölatif tartı, alkol	Gerginlik (düşük kontrol, düşük çeşitlilik, yüksek fiziksel gerginlik) 4,95 (p = 0,03)
Reed ve ark. 1989, ABD, Honolulu Kalp Programı	4737 (%0)	17-65	Gerginlik - karar özgürlüğü ve fizyolojik talepler (ekolojik)	18	Fatal KKH ve fatal olmayan Mİ (359)	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, kolesterol, egzersiz, şeker	İş gerginliği KKH insidansıyla ters ilişkili (p = 0,07) İş kontrolü ya da talebin belirgin etkisi yok

Netterstrom ve Suadicani 1993, Danimarka, şehir içi otobüs şoförleri	2045 (%0)	21-64	İş çeşitliliği ve tatmin (bireysel)	10	Fatal KKH (59)	Yaş	Aynı işi seçerim: 2,2 (1,2-4,0) Yeni iş aramıyor: 6,5 (1,6-27,0) İş özeldir: 1,9 (1,1-3,1) Becerileri kullanmıyor: 1,5 (0,9-2,5) Yüksek iş hızı: 0,9 (0,5-1,6) Yolcular şikayet ediyor: 0,6 (0,4-1,2) İş çeşitli: 1,6 (0,9-1,9) İş çok çeşitli: 2,5 (1,4-4,5)
Suadicani ve ark. 1993, Danimarka, Kopenhag Erkek Çalışması	1638 (%0)	59,7 (ortalama yaş)	İş etkisi, monotonluk, hız, tatmin, rahatlayabilme (bireysel)	4	Fatal KKH ve fatal olmayan Mİ (46)	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, kolesterol, HDL, trigliseritler, VKE, alkol, egzersiz, hipertansiyon, selenyum, sosyal sınıf	Yalnızca işten sonra rahatlayamama KKH ile bağlantılı: 2,9 (1,3-6,1)
Alterman ve ark. 1994, ABD, Western Electric Çalışması	1683 (%0)	38-56	İş gerginliği — karar özgürlüğü ve psikolojik talepler (ekolojik)	25 (fatal) 10 (fatal olmayan)	Fatal KKH (283) ve fatal olmayan KKH (115)	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, kolesterol, alkol, ailede kalp-damar hastalığı öyküsü, eğitim	Maruziyette her üçte birlik artış başına — *Fatal KKH* İş kontrolü: 0,76 (0,59-1,00) İş talepleri: 0,78 (0,48-1,26) İş gerginliği: 1,40 (0,92-2,14) *Fatal olmayan KKH* İş kontrolü: 0,87 (0,57-1,31) İş talepleri: 1,07 (0,54-2,12) İş gerginliği: 1,54 (0,85-2,80)
Bosma ve ark. 1997, BK Whitehall II Çalışması	10.308 (%33)	35-55	İş kontrolü, iş talepleri, işte sosyal destek (bireysel ve ekolojik)	5,3 (ortalama)	Tanısı konmuş KKH (166), anjina (328)	Yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, kolesterol, VKE, hipertansiyon ilaçları	*Düşük iş kontrolü* — KKH: 1,26 (0,67-2.39) Anjina: 2,02 (1,22-3,34) İş talepleri ve işte sosyal destek ilişkili değil Ekolojik ve bireysel ölçüler benzer

Lynch ve ark. 1997, Finlandiya, Kuopio İskemik Kalp Hastalığı Risk Etkeni Çalışması	1727 (%0)	42, 48, 54 ya da 60	İş talepleri, kaynaklar, gelir (bireysel)	10,8	Fatal KKH ve fatal olmayan Mİ (89)	Yaş, davranış, biyolojik ve psiko-sosyal değişkenler	Talepler/kaynaklar/gelir (düşük/yüksek/yüksek ile kıyaslandığında) yüksek/düşük/düşük: 1,57 (0,78-3,18)
Steenland ve ark. 1997, ABD, NHANES 1	3575 (%0)	25-74	İş gerginliği-- iş kontrolü ve iş talebi (ekolojik)	16	Fatal KKH ve fatal olmayan Mİ	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, kolesterol, VKE, diyabet, eğitim	Yüksek kontrol: 0,71 (0,54-0,93) Yüksek talepler: 0,81 (0,61-1,09) İş gerginliği: 1,08 (0,81-1,49)
Bosma ve ark. 1998, BK, Whitehall II Çalışması	10.308 (%33)	35-55	İş kontrolü (ayrıca ekolojik), iş talepleri, işte sosyal destek, emek-ödül dengesizliği (bireysel)	5,3 (ortalama)	Anjina pektoris ve tanısı doktorca konulmuş iskemi (413)	Yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, kolesterol, VKE, hipertansiyon, istihdam seviyesi, olumsuz duygu durum	Emek-ödül dengesizliği: 2,15 (1,15-4,01) Düşük kontrol (bireysel): 2,38 (1,32-4,29) Düşük iş kontrolü (ekolojik): 1,55 (1,08-2,27) İş talepleri ve işte sosyal destek ilişkisiz
Moore ve ark. 1999, Kanada, Quebec	869 (%0)	42-60	Mesleki stres (bireysel)	10	Fatal KKH, fatal olmayan Mİ, anjina (79)	Yok	İş ortamından memnun değil: 1,16 (0,62-1,15) İş programından memnun değil: 1,30 (0,73-2,29) İş şartları: 1,01 (0,52-1,97) İş sorumluluğu: 0,89 (0,44-1,80) İşte destek: 1,06 (0,61-1,86) İşte sık stres: 1,19 (0,70-2,02)
Sacker ve ark. 2001, İngiltere Sağlık Anketi	4235 (%0)	20-64	İş gerginliği	–	Öz bildirimli kalp hastalığı, anjina, olası Mİ, tanısı doktorca konulmuş kalp hastalığı, herhangi bir kalp hastalığı	Yaş, sosyo-ekonomik durum, diyet, sigara kullanımı, boş vakit, kolesterol, VKE, diyabet, kan basıncı	Yüksek gerginlik: Anjina: 2,46 (1,23-4,92) Olası Mİ: 1,46 (1,01-2,12) Tanısı doktorca konulmuş kalp hastalığı: 1,50 (1,02-2,20) Herhangi bir kalp hastalığı: 1,60 (1,20-2,13)

Lee ve ark. 2002, ABD, Hemşirelerin Sağlık Çalışması	35.038 (%100)	46-71	İş gerginliği	4	Fatal KKH (38), fatal olmayan Mİ (108)	Yaş, sigara kullanımı, alkol kullanımı, VKE, hipertansiyon, diyabet ve diğer değişkenlerin öyküsü	Yüksek gerginlikli işler: 0,71 (0,42-1,19) Pasif işler: 1,08 (0,69-1,69) Aktif işler: 0,91 (0,54-1,53)
Kivimaki ve ark., 2002, Finlandiya	812 (%33)	18-27, 28-47, 48 üzeri	İş gerginliği, emek-ödül dengesizliği	25,6	Fatal KKH (73)	Sigara kullanımı, fizik aktivite, sistolik kan basıncı, kolesterol, VKE	Yüksek iş gerginliği: 2,22 (1,04-4,73) Yüksek emek-ödül dengesizliği: 2,42 (1,02-5,73)
Kuper ve Marmot, 2003, BK, Whitehall II Çalışması	10.308 (%33)	35-55	İş gerginliği, iş talepleri, karar özgürlüğü	11	Fatal KKH, fatal olmayan MI (erkekler: 239, kadınlar: 59) tüm KKH (erkekler: 591, kadınlara: 325)	Yaş, cinsiyet, evre, koroner risk etkenleri	Tüm KKH: yüksek talep düşük kontrol: 1,38 (1,1-1,75)
Eaker ve ark. 2004 Framingham çocuk çalışması	3039 (%44)	18-77	İş gerginliği	10	Fatal KKH (erkekler: 160, kadınlar: 54) Fatal olmayan KKH (erkekler: 118, kadınlar: 31)	Yaş, sistolik kan basıncı, kolesterol, VKE, sigara kullanımı, diyabet	Fatal KKH *Erkekler* İş gerginliği: 1,1 (0,66-2,00) Yüksek gerginlik: referans Düşük gerginlilik: 0,85 (0,48-1,5) Pasif: 0,99 (0,59-1,68) *Kadınlar* İş gerginliği: 1,00 (0,37-2,75) Yüksek gerginlik: referans Düşük gerginlik: 0,76 (0,24-2,42) Pasif: 1,37 (0,63-2,97)
Hlatky ve ark. 1995, ABD, Duke Tıp Merkezi, kullanılan hastalar koroner anjiyografi geçiriyor	1489 (%24)	41-59	İş gerginliği, karar özgürlüğü ve psikolojik talepler (bireysel)	4 (ortalama)	Fatal KKH (42) ve fatal olmayan Mİ (70)	Ejeksiyon fraksiyonu, koroner aterosklerozun derecesi, miyokardiyal iskemi	İş gerginliği Fatal KKH: 1,01 (0,51-2,01) Total KKH: 0,96 (0,62-1,46)

Hoffmann ve ark. 1995, İsviçre ilk Mİ'den 7 hafta (ortalama) sonraki hastalar	222 (%0)	30-60	Meslek iş yükü	1	Olumsuz tıbbi sonuç (ölüm, reinfarktüs, New York Heart Association Sınıfı ≥ III, egzersiz kapasitesi < 100W) (19)	Yaş, Mİ'nin ciddiyeti, egzersiz, arkadaşlarca aşırı koruma, dış kontrol odağı	Yüksek iş yükü, çıktılar ile pozitif ilişki içindedir (p = 0,01)
Orth-Gomer ve ark. 2000, İsveç, Stockholm Kadın Koroner Risk Çalışması, akut koroner olay sonrası kadınlar	292 (%100)	30-65	İş gerginliği (iş talepleri, iş kontrolü) (Karasek)	4,8 (ortalama)	Fatal KKH, fatal olmayan Mİ, revaskülarizasyon prosedürü (81)	Yaş, sigara kullanımı, kan basıncı, HDL, trigliseritler, östrojen durumu, diyabet, index olayda tanı, kalp yetmezliği bulguları, eğitim	Ağır iş stresi: 1,67 (0,64-4,32) Yalnızca yaşa göre düzeltilmiş: Düşük kontrol: 1,62 (0,84-3,01) Yüksek talepler: 1,21 (0,63-2,32)
Welin ve ark. 2000, İsveç, Gothenburg, hastalar ilk Mİ sonrası 3-6. günlerde	275 (%16)	<65	Fazladan çalışma, işte zihinsel gerginlik	10	Tüm nedenlere bağlı mortalite (67), fatal KKH (41), fatal olmayan Mİ (55)	Yok	Fatal KKH ile fazladan çalışma (p=0,26) ve işte zihinsel stres (p=0,99) arasında bağlantı yok Total mortalite ya da fatal olmayan Mİ bağlantı yok

Thieme Medical Publishers, Inc. izniyle Kuper ve ark. 2002'den uyarlanmıştır.
Kısaltmalar: KKH: Koroner kalp hastalığı, Mİ: Miyokard infarktüsü, VKE: Vücut kütle endeksi

Ateroskleroz için anlamlı olan kan lipidleri, plazma fibrinojeni ve enflamasyon belirteçleri gibi ek kalp-damar hastalıkları risk etkenlerinin iş gerginliği ile ilişkileri araştırılmıştır. Psiko-sosyal etkenlerin, enflamatuvar işlevin ve pıhtılaşma artışının göstergeleri olan plazma fibrinojeninde artmaya katkıda bulunabileceğine dair kanıtlar artmaktadır (Brunner ve ark. 1996; Siegrist ve Peter 1997). Yeni bir derleme, plazma fibrinojeni ile ilgili birkaç çalışmanın yayınlandığını göstermiştir. Binden fazla katılımcıyla yapılan bu çalışmalarda, bir taraftan iş gerginliği ve/veya düşük karar özgürlüğü ve diğer taraftan da yükselmiş plazma fibrinojeni arasında önemli ilişkiler olduğu gözlenmiştir (Theorell 2002). Hem artmış pıhtılaşma hem yükselmiş enflamatuvar işlev, enerji mobilizasyonuna eşlik eden olaylar olarak değerlendirilebilirler. Bağışıklık sistemi yanıtlarıyla ilgili çalışmalar da yayınlanmıştır. Bazıları immünglobülinlerle, bazıları ise sitokinlerle ilgilidir. Örneğin, iş gerginliğinde spontan değişkenliklerle ilgili ileriye dönük bir çalışmada, özellikle yaşamlarında genel olarak düşük bir düzeyde sosyal destek gören katılımcılarda iş gerginliği arttıkça IgG'nin yükseldiği gözlemlenmiştir (Theorell ve ark. 1990). Epidemiyolojik bir çalışmada karar özgürlüğü, diğer erkek katılımcılara kıyasla düşük olan erkeklerde, serum İnterlökin-6 konsantrasyonu daha yüksek bulunmuştur (Theorell ve Hasselhorn 2002).

Sonuçlar tutarlı olmasa da bu yeni araştırılan risk etkenleri, AMİ ile ilgili istatistiksel olarak belgelenmiş ilişkilerin temelinde yatan pato-fizyolojik süreçlerin anlaşılmasında önemlidir.

Özet olarak birkaç ülkede yapılan kapsamlı araştırmalar, iş gerginliğinin diğer hastalık sonuçları için olduğu kadar koroner kalp hastalığı için de risk etkeni olduğunu göstermiştir.

Hastalık nedenli devamsızlık

Orijinal Whitehall çalışmasında mevki, özgül nedenlere bağlı mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Marmot ve ark. 1984). Bu durum, özgül tıbbi tanıların belirleyicilerinin araştırılmasına ek olarak hastalığa genel yatkınlığın belirleyicilerinin de araştırılmasının uygun olabileceğini ortaya çıkartmıştır. İkinci olarak, sağlıktaki bozulmanın, sadece ölüm zamanını erkene alabileceği için değil, ayrıca yaşam boyunca sosyal, fizyolojik ve fiziksel iş görmeye de etki ettiği için önemli olduğu görüşündeyiz. Hastalık nedenli devamsızlık, bir açıdan da sosyal, fizyolojik ve fiziksel iş görmede azalmayı birbiriyle bütünleştiren bir ölçüt olarak değerlendirilebilir. Kısa süreli devamsızlık, daha çok fizyolojik ve sosyal iş görmede azalmayı temsil ederken, uzun süreli devamsızlık ise daha çok fiziksel iş görmede azalmayı ya da "gerçek hastalığı" temsil eder. Üçüncü olarak, hastalık nedenli devamsızlık, işverenler açısından çok iyi bir ekonomik önemlilik ölçütüdür. Bu yüzden, hastalık nedenli devamsızlık belirleyicileri ile ilgili çalışmalar

yalnızca hastalığın etiyolojisiyle ilgilenenler için değil, ayrıca ekonomi ve bireysel şirket sağlığıyla ilgilenenlerin de ilgisini çeker (Marmot ve Feeney 1996).

Mevki ve hastalık nedenli devamsızlık arasında açık bir bağlantı vardır. En düşük mevkideki erkeklerin hem kısa (<7 gün) hem uzun (>7 gün) süreli hastalık nedenli devamsızlık sıklığı, en yüksek mevkideki erkeklere kıyasla 6 kat fazladır. Kadınlar, benzer ama biraz daha düşük bir farklılık göstermiştir. Beklendiği gibi, kişiler kendi sağlıklarını kötü olarak değerlendirdikçe hastalık nedenli devamsızlıkları artmaktadır; hastalık nedenli devamsızlık, ayrıca sigara kullanımı ve mali sorunları ve yetersiz desteği kapsayan iş dışı sorunlar gibi kişisel özelliklerle de ilişki göstermiştir (North ve ark. 1993).

Ortamın psiko-sosyal özellikleri de hastalık nedenli devamsızlık ile ilişki göstermektedir. İşlerinin kontrolünü, çeşitliliğini ve işte beceri kullanımını düşük olarak değerlendiren, işte düşük destek ve düşük iş hızı bildiren kadınlarda ve erkeklerde, işlerini bu özellikler açısından yüksek olarak değerlendirenlere kıyasla kısa ve uzun hastalık nedenli devamsızlık sıklığı daha yüksek bulunmuştur (North ve ark. 1993). İşin psiko-sosyal özellikleri ayrıca psikiyatrik hastalık ve bel ve sırt ağrıları nedeniyle alınan hastalık nedenli devamsızlıklar ile de bağlantılıdır. Çeşitliliğin ve beceri kullanımının düşük olması ve iş arkadaşlarından ve amirlerden düşük seviyede bir destek alınabilmesi, kadınlarda ve erkeklerde psikiyatrik nedenli kısa süreli devamsızlıkların sıklığında artma ile bağlantılıdır (Stansfeld ve ark. 1997) ve kontrol seviyesinin düşük olması, kadın ve erkeklerde sırt ve bel ağrısı nedenli hem kısa hem uzun süreli hastalık nedenli devamsızlık sıklığının belirlenmesinde en tutarlı etkiyi göstermektedir (Hemingway ve ark. 1997).

Sorduğumuz bir soru da iş ve işin diğer özellikleri, hastalık nedenli devamsızlık yoluyla ölçülen sağlığın bozulmasındaki sosyal farklılıkların oluşumuna ne kadar katkıda bulunduğuydu. Bununla ilgili çözümlemeler erkeklerde sosyal farklılığın yaklaşık %25'inin, kadınlarda ise yaklaşık %35'inin bu işin psiko-sosyal yönü ile ilişkili özelliklerce açıklandığını öne sürmektedir (North ve ark. 1993). Çözümleme, mevkiye göre tabakalara ayrıldığında, düşük mevkidekilerde talep-kontrol modeli için destek bulunmuştur, yüksek iş talebi ve düşük kontrolün hastalık nedenli devamsızlığı artırdığı görülmüştür (North ve ark. 1996). Beyaz yakalı çalışanlarda bulgular anlamlı değildir.

Bir araya getirildiğinde olumsuz bir psiko-sosyal ortamın, talep-kontrol destek modeli açısından sağlık yükü oldukça büyüktür. Eşit ölçüde, sağlık düzeyinin düşmesinin ve hastalık nedenli devamsızlığın artmasının ekonomik sonuçları oldukça önemlidir ve önleme çabalarının artırılmasını gerektirir.

6.5.2 Dengesiz emek-ödül modeli

İleriye dönük epidemiyolojik çalışmalar

Daha önce gösterildiği gibi, işte psiko-sosyal stres ve sağlık arasındaki bağlantılarla ilgili kesitsel ve olgu kontrol çalışmalarından, ileriye dönük epidemiyolojik gözlemsel müdahalelerden, ayaktan izlem yöntemleri ya da deneysel tasarımlar kullanan çalışmalardan ve müdahale denemelerinden elde edilen veriler gibi birkaç bilgi kaynağı bulunmaktadır. İleriye dönük epidemiyolojik gözlemsel çalışmalar; zamansal sırası (maruziyet değerlendirilmesi hastalık başlangıcından öncedir), maruziyeti takiben oluşan hastalık riskinin nicel olarak hesaplanması (maruz kalan deneklerin kalmayanlara göre rölatif riski), ideal olarak büyük örneklem boyutu (istatistiksel güç hesabına dayanması ve çok değişkenli analizlerde karıştırıcı değişkenler için düzeltmeye izin vermesi) nedeniyle bu alana yaklaşımda altın standart kabul edilir. Bu yöntemsel nedenlerden dolayı, işte emek-ödül dengesizliği (maruziyet) ve farklı hastalık tipleri arasındaki ilişkilerin seçilerek sunumu ana olarak ileriye dönük çalışmalara dayanmaktadır (diğer çalışma tasarımlarını da içeren mevcut kanıtlarla ilgili yeni derlemeler için bakınız: van Vegchel ve ark. 2005; Tsutsumi ve Kawakami, 2004). Bildirilen bulguların geçerliliğini daha ileri düzeyde incelemek için bazı ayaktan izlem verileri de dâhil edilmiştir. Müdahale çalışmalarından elde edilmiş kanıt olmaması, bu tip araştırmaların eksikliğini yansıtmaktadır.

Tablo 6.2, işte emek-ödül dengesizliği ve hastalık başlangıcı arasındaki ilişkilerle ilgili, şu ana kadar mevcut olan birkaç bağımsız epidemiyolojik raporun sonuçlarını özetlemektedir. Sağlık sonuçlarının rölatif riskleri, olasılık oranı (OO) ya da tehlike oranının (TO) çok değişkenli lojistik regresyon analizine dayanarak değerlendirilmesiyle hesaplanmaktadır. Bu risklerin güven aralıkları burada belirtilmemiştir, ama iki oran dışında hepsi beklenen yönde istatistiksel olarak anlamlıdır –oran yükseldikçe risk etkeni güçlenir.

Önemli miktarda yükselmiş olasılık oranları ya da tehlike oranları 1,3 (en düşük) ve 4,5 (en yüksek) arasında değişir, ortalama olarak 2,0'dır. Bu, işte karşılıklılık açısından eksiklik yaşayan kişilerin (yüksek emek ve düşük ödül) yakın gelecekte incelenen sağlık risklerinden bir ya da fazlası için sorun yaşama olasılıklarının, buna benzer kronik psiko-sosyal stres yaşamayan insanlara kıyasla iki kat fazla olduğu anlamına gelmektedir. Risklerdeki yükselme, ilgili karıştırıcı etkenlerin etkisine bağlanamaz.

Bu çalışmalardaki gözlem süresi, bir yıldan yaklaşık 25 yıla kadar değişmektedir (ortalama sekiz yıl) ve çalışmaların çoğunda maruziyetin ölçümü (emek-ödül dengesizliği) başlangıç noktasında yapılan değerlendirmeyle sınırlandırılmıştır. Artık biliyoruz ki, uzun süreli toplam ya da kronik emek-ödül dengesizli-

ği, tek bir değerlendirmeyle (başlangıç noktasındaki) yapılan kıyaslamaya göre daha yüksek riske sahiptir (Chandola ve ark. 2005; Godin ve ark. 2005). Bu yüzden Tablo 6.2'de belirtilen rölatif risklerin ılımlı tahminleri yansıtması olasıdır. Ancak belirtilmelidir ki; bazı çalışmalar başladığında orijinal ölçekler mevcut olmadığı için emek-ödül dengesizliğinin yerine geçen ölçüler kullanılmıştır.

Tablo 6.2'den anlaşıldığı gibi mevcut kanıtlar, genellikle erkekler açısından kadınlara kıyasla daha güçlüdür ve diğer sağlık sonuçlarına kıyasla koroner kalp hastalığı açısından da daha güçlüdür. Yine de öz bildirime dayalı "açık" uçlu verilerin ya da klinik olarak tanımlanmış "kesin" uçlu verilerin kullanılmasından bağımsız olarak, kanıtlar benzer güçtedir. Bu 12 çalışmadan yedisi Britanyalı kamu görevlilerini kapsayan Whitehall II çalışmasıyla elde edilen veriye dayanmaktadır (Marmot ve ark. 1991). İki çalışma Finlandiya'dan (farklı örneklemler) ve kalan araştırmalar da Belçika, Fransa ve Almanya'dandır.

Çok yakın bir zamanda, İsveçli erkek ve kadınlardan oluşan 20.000 çalışanlı bir gruba dayanan büyük bir kohort çalışması sonuçlarına göre, işte emek-ödül dengesizliğinin yerine geçen ölçüm, bir yıllık gözlem süresi boyunca uzun süreli hastalık izni riskine dair kestirimde bulunmuştur (Jeding ve ark. 2005).

Özet olarak çekirdek sosyal rolde ve iş rolünde yetersiz karşılıklılığın, özellikle orta yaşlı erkeklerde çeşitli yüksek prevalanslı hastalıklar için bağımsız bir risk etkeni olduğuna işaret eden somut kanıt bulunmaktadır.

Natüralistik ve Deneysel Çalışmalar

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bulgular, fizyolojik işlevin davranış ve psikolojik durumla ilişkisine göre ölçüldüğü natüralistik ve deneysel çalışmaların sonuçlarıyla desteklenmektedir. Kalp hızı (KH) ve kan basıncı (KB) gibi fizyolojik parametrelerin ayaktan izlemi, fizyolojik işlev üzerindeki günlük işle ilişkili psiko-sosyal etkilerin doğrudan değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Aksine, laboratuvarda yapılan deneysel çalışmalar, bulguların ekolojik geçerliliği pahasına incelenen ilgili koşulların sıkı standardizasyonunu sağlamaktadır. Her iki yaklaşım da yararlıdır ve emek-ödül dengesizliği modeline uygulanmıştır.

Bir ayaktan izleme çalışmasında, Hollanda'daki bir bilgisayar şirketinde 109 beyaz yakalı erkek çalışanın KB, KH ve kalp hızı değişkenliği üç gün boyunca izlenmiştir. Emek ve ödül arasındaki dengesizliğin fazla olmasıyla sınıflanan grubun, az dengesizlik yaşayan ya da hiç dengesizlik yaşamayan erkeklere göre, ciddi miktarda daha yüksek işyeri ve ev içi sistolik KB'na sahip olduğu; işte daha yüksek KH ve izlemin tüm dönemlerinde daha düşük kalp hızı değişkenliklerinin olduğu gözlenmiştir (Vrijkotte ve ark. 2000). Bu çalışmada, aşırı bağlılık kalp-damar reaktivitesinin 3 göstergesiyle ilişkili bulunmamıştır, ama bozulmuş

Tablo 6.2 İşte emek-ödül dengesizliği ve sağlık çıktıları: İleriye dönük epidemiyolojik çalışmaların gözden geçirilmesi

Birinci yazar, yıl	Tüm örneklem (kadın %)	Ülke	Gözlem süresi	Sağlık çıktısı (yıl)	Rölatif risk (olasılık oranı: OO, tehlike oranı: TO)
Siegrist 1990	414 (%0)	Almanya	6,5	Vaka fatal ya da fatal olmayan	KKH OR 4,5
Lynch 1997	2297 (0)	Finlandiya	8,1	Vaka KKH, anjina dâhil	TO 2,3
Bosma 1998	10.308 (33)	BK	5,3	Vaka KKH	OO 2,2
Kuper 2002	10.308 (33)	BK	11, 0	Vaka KKH	TO 1,3 (1,8 *)
Kivimäki 2002	812 (32)	Finlandiya	25,6	Kalp-damar hastalığı mortalitesi	TO 2,3
Kumari 2004b	8067 (30)	BK	10,5	Vaka tip II diyabet	Erkekler: OO 1,6; kadınlar: OO 0,9
Stansfeld 1999	10.308 (33)	BK	5,3	Hafif - orta psikiyatrik hastalık (çoğunlukla depresyon)	Erkekler: OO 2,6; kadınlar: OO 1,6
Godin 2005	1986 (64)	Belçika	1, 0	Depresyon Kaygı Somatizasyon	Erkekler: OO 2,8; kadınlar: OO 4,6 Erkekler: OO 2,3; kadınlar: OO 4,5 Erkekler: OO 2,0; kadınlar: OO 3,6
Kuper 2002	6918 (33)	BK	11,0	Kötü öz değerlendirilmiş iş görme (KF 36)	Fiziksel: OO 1,4 Zihinsel:OO 2,3
Stansfeld 1998	10.308 (33)	BK	5,3	Kötü öz değerlendirilmiş iş görme (KF 36)	Fiziksel: Erkekler: OO 1,4; kadınlar: OO 2,0 Zihinsel: Erkekler: OO 1,8; kadınlar: OO 2,3 1,8 erkekler
Niedhammer 2004	6286 (30)	Fransa	1, 0	Kötü öz değerlendirilmiş sağlık	Erkekler: OO 1,8; kadınlar: OO 2,2
Head 2004	8280 (31)	BK	5,3	Alkol bağımlılığı	Erkekler: OO 1,9; kadınlar: OO 1,2 #

* İşte düşük düzeyli sosyal destek ile birlikte emek-ödül dengesizliği.
# İstatistiksel olarak anlamlı değil.

Kısaltmalar: KKH: Koroner kalp hastalığı; KF 36: Kısa form 36 sağlık anketi, BK: Birleşik Krallık

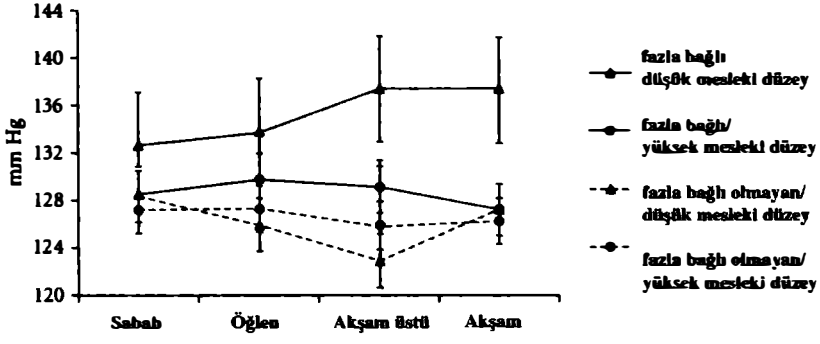
bir metabolik sistemin göstergeleriyle sıkı bir paralellik gösterdiği belirlenmiştir (Vrijkotte ve ark. 1999).

Whitehall II kohortunun bir alt grubuyla yürütülen emek-ödül dengesizliğinin ve işe aşırı bağlılığın biyolojik ilişkilerinin incelendiği bir araştırmada, yüksek bağlılık gösteren erkek grubunda, düşük seviyeli aşırı bağlılık gösterenlere kıyasla uyandırılmaya yanıt olarak belirgin şekilde yükselmiş kortizol düzeyi ve gün içinde yükselmiş sistolik KB bulunmuştur (Steptoe ve ark. 2004). Şekil 6.1'de gösterildiği gibi, özellikle işe aşırı bağlılık, sosyo-ekonomik konum ve gün içindeki zaman dilimi arasındaki önemli etkileşim ve en düşük mesleki konumda olan ve işe fazla bağlı erkeklerde yüksek KB gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, emek/ödül oranıyla biyolojik değişkenler arasında bir ilişki bulunamamıştır, bulgular erkeklerle sınırlıdır.

Ruhsal stres testine giren orta düzey idarecilerin incelendiği deneysel bir çalışmada farklı bir yaklaşım seçilmiştir. Kronik stres sahibi yüksek emek/düşük ödül grubunda, düşük stres grubuna kıyasla kalp hızı, adrenalin ve kortizolde belirgin şekilde daha düşük bir yanıtlılık gözlemlenmiştir (Siegrist ve ark. 1997). Zayıflamış otonom ve nöro-kimyasal stres tepkimeleri, işte kronik olumsuz psiko-sosyal ortam nedeniyle aşırı uyarılmaya işlevsel adaptasyonu yansıtabilir.

Yakın zamanlı bir deneyde, mali kazanca ve kayba maruz kalmış bireylerde işlevsel manyetik rezonans görüntüleme kullanılarak bölgesel beyin aktivitesi incelenmiştir. Emek, ödül ve işe fazla bağlılık değerlerini ölçen ölçeklerde en yüksek skorları almasıyla tanımlanan grup, en düşük skoru alan grupla kıyaslandığında, beyinde ödül sistemi için önceden belirlenmiş birkaç alanında belirgin şekilde değişmiş aktivasyon olduğu gösterilmiştir (Siegrist ve ark. 2005).

Birlikte ele alındığında, bu bulgular, işte psiko-sosyal etkilerin koroner kalp hastalığı gibi somatik hastalıkların gelişimini tetiklemede etkili olan mekanizmaların anlaşılmasında önem taşımaktadır.



Şekil 6.1 Erkeklerde ortalama sistolik kan basıncı, sabah, öğlen, öğleden sonra ve akşam ortalaması alınmıştır (Steptoe ve ark. 2004'ten izinle).

6.5.3 İşte psiko-sosyal ortam ve sağlıkta eşitsizlikler arasındaki bağlantılar

Bu modeller, orta yaşta hastalıkta görülen sosyal farklılığın bir kısmını açıklamakta ne kadar faydalıdır? Özellikle, modeller sosyo-ekonomik statünün sağlıkla bağlantısına aracılık eder mi, yoksa bu bağlantılardaki etkiyi değiştiren bir işlev mi görürler? İncelenen psiko-sosyal değişkenlere yönelik iki tartışma, yani aracılık ya da etki modifikasyonu da uygulanabilir. Örneğin, işte düşük kontrol sahibi olmanın ve onun kadar olmasa da düşük ödülün, düşük statü gruplarında daha sık bulunduğu gösterilmiştir (Bosma ve ark. 1998; Niedhammeret ve ark. 2000; Siegrist ve ark. 2004). Ayrıca, düşük kontrol sahibi olma durumunun, Britanyalı kamu görevlilerinde, ilgili karıştırıcılara göre düzeltme yapıldıktan sonra, KKH insidansını öngörebildiği gösterilmiştir (Marmot ve ark. 1997). KKH, mevkii düşük kamu görevlilerinde daha sık görüldüğü için, işte düşük kontrolün sosyo-ekonomik statü ile KKH arasındaki ters bağlantıya aracılık ettiği hipotezi kurulmuştur. Çok değişkenli analizde işyerinde düşük kontrol, uygun düzeltmeden sonra KKH'daki sosyal farklılığın yarısından sorumlu tutulmuştur (yani mevkii düşük grupta KKH olasılık oranını yaklaşık 1,4'ten yaklaşık 1,2'ye düşürmüştür). Düşük kontrol ve KKH arasındaki ilişkinin SES'e göre düzeltme yapıldığında kaybolmaması önemlidir (Marmot ve ark. 1997). Çek Cumhuriyeti'nde KKH ile ilgili bir olgu kontrol çalışmasında benzer bulgular elde edilmiştir (Bobak ve ark. 1998).

İşte düşük kontrol, özyeterlilik ve olumlu sonuç beklentisini azalttığı için bu psikolojik koşulların düşük statü gruplarında daha sık olduğu düşünülmüştür. Dahası, düşük sosyo-ekonomik statü ve KKH arasındaki bağlantının bir kısmına aracılık ediyor olabilirler.

Etki değiştirme hipotezine göre, bir maruziyete yatkınlık yüksek statülü kişilere göre düşük statülülerde daha yüksektir ve bu yüzden düşük sosyo-ekonomik statülü kişiler arasında maruziyetin oluşturduğu etki boyutu daha yüksektir. Bu hipotez, işte yüksek talep ve düşük kontrolün ya da yüksek emek ve düşük ödülün, düşük statülü gruplarda KKH insidansı riski üzerinde daha güçlü etkisi olduğunu belgeleyen birkaç ileriye dönük ve olgu kontrol çalışmasında denenmiştir (Johnson ve Hall 1988; Hallqvist ve ark. 1998; Kuper ve ark. 2002b). Örneğin, Kuper ve ark. (2002b) Whitehall II çalışmasında 11 yıllık izlem süresinde, emek-ödül dengesizliğinin KKH insidansıyla (emek-ödül oranının çeyrekleri) ilişkisini incelemiştir. Tüm çalışma topluluğu içinde, emek-ödül oranı skorlarının üst çeyreğinde KKH riskinde yükselme bulunmuştur, ama bu etki göreceli olarak en düşük mevkideki grupta en güçlüdür (evrak memurları). İdari gruba kıyasla evrak memuru grubunda, emek-ödül dengesizliğinin olasılık oranı tüm KKH için 1,56'ya karşı 1,19 ve ölümcül KKH/ölümcül olmayan akut miyokard infarktüsü için 1,71'e karşı 1,27'dir.

6.6 İleri gelişmeler ve politika önermeleri

6.6.1 Kavramsal ve yöntemsel gelişmeler

Yukarıda detaylıca anlatılanlara ek olarak, çeşitli iş stresi modellerinin önerildiği ve denendiği daha önce de belirtilmişti. Talep-kontrol modeli ve emek-ödül dengesizliği modelinin işteki psiko-sosyal ortamın her çeşit olumsuz yönünü kapsadığını iddia etmiyoruz. Bunlar yaygın olarak denendikleri için ve birçok farklı mesleğe ve mesleğin ötesinde, farklı tekrarlanan etkinliklere bile uygulanma potansiyeli taşıdıkları için diğerlerinden ayrı bir yapıdadır (Chandola ve ark. 2004; Knesebeck ve Siegrist 2003). Birkaç ilerleme daha gereklidir ve aslında son zamanlarda başlatılmıştır da. Böyle bir uzantı, iki modelin tek bir çalışma tasarımında birleştirilmesini (Peter ve ark. 2002; Ostry ve ark. 2003) ve diğer modellerle olduğu gibi örgütsel adalet modeli (Kivimaki ve ark. 2004) gibi tamamlayıcı modellerle kıyaslamaları içerir.

Farklı bir uzantı ise işle ilişkili stresin davranışsal sonuçları (güvenlik, yaralanma riski, uyanıklık ve yorgunluk, performans kalitesi, bağımlılık davranışı) ile ilgilidir. Bu önemli konularda şimdiye kadar az araştırma yürütülmüştür. Benzer şekilde, işin eve ve evin işe yansıması ve bu iki dünya arasında oluşabilecek telafi edici etkiler üzerinde özellikle durularak iş-ev bağlantısı daha detaylıca incelenmelidir (Westman 2002).

Görüldüğü gibi, birçok çalışma iki model ile ölçülen işyerindeki olumsuz bir psiko-sosyal ortamının, kadınların sağlığına kıyasla erkeklerin sağlığı için daha önemli olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgunun, farklı cinsiyet rollerine, farklı maruziyet koşullarına bağlanıp bağlanamayacağı ya da ölçülmemiş koruyucu etkenlerin etkileri ya da etkilerin mesleki gruplara ya da incelenen sağlık işaretçilerine göre değişim gösterip göstermediği gelecekteki araştırmalarla netleştirilmelidir. İşin doğası eşi görülmemiş bir hızda değişirken, evde iş, esnek iş (yani serbest çalışanlar), belirsiz iş ya da birden çok iş düzenlemeleri gibi yeni iş türleri gelişmektedir. Uzun vadeli işsizliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri iyi bir şekilde belgelenmişse de bu yeni gelişen iş ve istihdam biçimlerinin etkisi henüz yeterince anlaşılamamıştır.

Ölçümlerde de gelişme olması gerekmektedir. Öz bildirim ölçümlerinin bildirimindeki yanlılık nedeniyle kısıtlı geçerliliğe sahip olduğu ve koşullara bağlı olarak geçerli kılınmış ek ölçülerin gerekli olduğu önceden belirtilmişti. Dahası, iş stresinin zaman içinde birden çok ölçümü, tek bir (başlangıç noktası) ölçümüne göre tercih edilir, çünkü bulguların gücüne katkıda bulunurlar. "Bildirim yanlılığı" ve "artık karıştırıcı" bu alandaki araştırmaya sürekli zorluklar çıkarsa da genel olarak iş stresi ve sağlık arasındaki ilişkiler somuttur.

6.6.2 Politik çıkarımlar

Bu kanıtların doğurduğu politik çıkarımlar nelerdir? Bu bölümde, iki kuramsal modelin hastalıktaki, özellikle KKH'daki sosyal değişkenliğin en azından bir kısmını açıklamakta belirgin derecede umut verici olduğunu tartıştık. Bu değişkenlik, kısmen, talep-kontrol ve emek-ödül dengesizliği modellerince tanımlanan iş stresine bağlanabilir. İşte yüksek talep/düşük kontrol koşulları ve yüksek maliyet/düşük kazanç koşulları, hem toplumlar arasında hem de içinde eşit olmayan şekilde dağılmıştır ve işteki psiko-sosyal etkenlerin hastalık gelişimine katkısını anlamada bir taslak sağlayabilirler.

Modeller arasındaki kavramsal farklılıkların, sağlığı iyileştirmek için müdahale ölçütlerinin tasarlanması üzerine doğrudan etkileri vardır; oysa talep-kontrol modelinin vurgusu görev yapısının değişimi üzerinedir (işin büyümesi, zenginleşmesi ve iş içindeki destek miktarının artırılması gibi). Yüksek maliyet/düşük kazanç koşullarının azalması üç seviyede etkinlik içerir: Bireysel seviye (aşırı kontrol gereksiniminin azaltılması); kişiler arası seviye (ödül olarak saygının geliştirilmesi); yapısal düzey (stresli iş koşullarının uygun bir şekilde telafisi için iyileştirilmiş ücret ve ilişkili teşvikler, iş eğitimi ve yeni beceriler kazanılması için fırsatlar, işgüvenliğinin artırılması). Aşağıda gösterildiği gibi, önleyici çabalarda iki model birlikte kullanılabilir.

İskandinavya'daki uygulamalı çalışmalar, çalışanlar için karar özgürlüğünü ve çalışma koşullarının diğer yönlerini iyileştirme konusunda işverenlerin ilgisini artırmanın mümkün olduğunu ve bunun çalışan sağlığını iyileştirebileceğini göstermiştir (Theorell ve ark. 2001; Theorell 2004). Başarının koşulu, çalışmanın hem bireysel hem örgütsel düzeyde yapılması ve tepeden inme yaklaşımlardan kaçınılmasıdır.

Bir güvenlik şirketinde bu yaklaşımın kullanıldığı müdahale çalışması, idarecilere bir yıllık düşük yoğunluklu bir eğitim programı uygulanmasıyla yürütülmüştü. Buna göre amaç; çalışanlarının kararlara katılımını geliştirmek, talep seviyesini en uygun düzeyde tutabilmek için izlem altına almak, desteği teşvik etmek (iş arkadaşları ve amirlerden), yeterlilik gelişimini teşvik etmek ve emek için ödül sağlamak konusunda idarecileri teşvik etmekti. Eğitim oturumları, çalışma yılının her iki haftasında bir yapılmakta ve iki saat (yarım saat konuşma, sonra grup tartışması) sürmekteydi. Şirketin yarısı, değerlendirmede kontrol grubu olarak iş görüyordu. Değerlendirmeler program başlamadan önce, altı ay sonra ve son olarak bir yıl sonra yapılmıştı.

En ilgi çekici sonuçlar çalışanlardan (idareciler dışında) elde edilenlerdi. Başlamadan önce ve 6 ay sonrasında gruplar arasında hiçbir fark yoktu. Bir yıl sonra ise gruplar arasında belirgin farklılıklar gözlenmişti: Serum kortizol düzeylerinde (sabah ölçülmüştür) kontrol grubunda olan çalışanlarda azalma olmazken

deney grubunda azalmıştır. Ek olarak, öz bildirim sonuçlarına göre karar otoritesinin, diğer çalışanlara kıyasla deney grubundaki çalışanlarda daha iyi bir şekilde geliştiği gözlenmiştir (Theorell ve ark. 2001).

Bu araştırma İsveç çalışma yaşamındaki yapısal değişim süresince yürütülmüştür ve çalışma ile ilgili yapılabilecek bir yorum da yönetici programının çalışanlarda belirsizliği azalttığı ve bunun fizyolojik etkilerin yanı sıra psikolojik etkilere de sahip olabileceğidir.

Daha ileri bir örnek, 6 büroyu içeren Britanya'da yürütülmüş bir çalışmadır. İşyerleri rastlantısal olarak üçer üçer deney ve kontrol grubuna yerleştirilmiştir. Deney grubunda çalışan katılımının artması için bir yıllık program uygulanmıştır. Değerlendirmeler başlangıçtakilerle karşılaştırıldığında, performans ve ruh sağlığı konusunda öz değerlendirmede belirgin iyileşme ortaya çıkmış ve bir yıl sonra deney grubunda hastalık nedenli devamsızlıkta nesnel olarak azalma kaydetmiştir (Bond ve Bunce 2001).

Başka araştırmacılar da işyerinde psiko-sosyal koşulları iyileştirmeyi hedefleyen müdahalelerden sonra sağlık parametrelerinde iyileşmeler olduğunu bulmuştur (gözden geçirmek için Wahlstedt 2001'e bakınız). Ancak böyle müdahalelerin değerlendirmesini yapmak sıklıkla zordur ve bunun nedenleri şöyle ifade edilebilir:

1. Şirket birleşmeleri, küçülme ve dış kaynak kullanımı nedeniyle, işgücü piyasasında devam eden yapısal değişimler iyi planlanmış değerlendirmeleri sekteye uğratabilir.

2. Programlara katılan bireylerin rastlantısal olarak seçilmiş olması anlamlı değildir, ancak bütün iş bölgelerinin rastlantısal olarak seçilmesi iyi bir alternatif olabilir. Sonuçta, çok büyük örneklemler gerekmektedir.

3. İş kesiminin büyük çabalar göstermesi gerekmektedir. Yani, birçok işveren değerlendirmeye katılmakta tereddüt edebilir.

4. Müdahale prosedürleri, sıklıkla, görece kısa bir sürede görüşülmek durumunda kalır. Bu, ödün vermek anlamına gelir ve sıklıkla sonuç küçük ve yetersiz yoğunlukta bir müdahale olur.

5. Değerlendirmeye alınan müdahaleler, bilimsel olarak temellendirilmiş ve pratik olarak sağlam olmalıdır. Müdahale değerlendirmelerinin çoğu bu kriteri karşılamaz.

Bütün bu güçlükler sonucunda, işyerinde psiko-sosyal ortam çalışmalarının etkilerini değerlendirme konusunda literatür yetersiz kalmaktadır ve buna bağlı olarak sağlık üzerine etkileri konusunda da bilimsel fikir birliği bulunmamaktadır. Ancak, işyerindeki psiko-sosyal ortamın sağlık etkileri hakkında var olan bilgi, toplumsal değişimlerin ve onların halk sağlığına etkilerinin yorumlanması için de kullanılabilir.

İşin örgütsel kalitesinde, adil iş kontratı da dâhil olmak üzere, iyileştirmeye yatırım yapmak için üç ana özendirici vardır. Birincisi sorumluluktur. Asbestin bazı kanser tiplerine neden olduğu gösterildiğinde, iş sağlığı kurumları riski en aza indirmek için koruyucu önlemler almışlardır. Benzer bir durum, işte yaralanmaların önlenmesi için yapılabilir. Benzer şekilde, işle ilişkili stresin bilimsel kanıtla desteklenecek kadar azaltılmasını düşünmemiz gerekmez mi? Dünyanın bazı kısımlarında geçerli olan ekonomik düzenlerde, sorumluluk, ikna edici bir tartışma konusu olmayabilir. Ancak, Avrupa Komisyonu ortak sosyal sorumluluk için bir gündem maddesi önermiştir ve bu yaklaşımı küresel düzeyde Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Çokuluslu Şirketler ve Sosyal Politikalar ile ilgili Üçlü Deklarasyonu ve Çokuluslu Şirketler için Ekonomik Kooperasyon ve Gelişme Organizasyonu Kılavuzları gibi başka girişimler de desteklemektedir. Tüm bu girişimlerde, çalışanların sağlığının korunması ve sağlığın geliştirilmesi, istihdam politikasının önemli bir görevi olarak görülmüştür.

Hareketsizliğin maliyeti ikinci bir özendiricidir. Kısa vadeli kâr isteği bu tartışmayla ters düşse de sağlıksız iş örgütlenmesi, genel olarak topluma olduğu kadar şirketler ve organizasyonlara da açık şekilde mali bir yük oluşturmaktadır. Avrupa Birliği'ne bağlı 15 ulus içinde, işle ilişkili stresin yıllık maliyeti için makul bir tahmin 20 milyar Avro'dur (Dunham 2001). Bu tahmin, yukarıda söz edilmiş olan işle ilişkili strese bağlanabilecek yüksek prevalanslı hastalıkların doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetlerinin toplamını hesaba katar. Bu hastalıkların payı ise hastalıkların toplam değişkenliğinin yaklaşık yüzde 10'undan daha fazla değildir.

Yatırımın geri dönüşü, adil iş sözleşmelerini de içerecek şekilde iş örgütlenmesinin kalitesinin iyileştirilmesinde üçüncü özendiricidir. Şimdiye kadar, böyle yatırımların maliyetinde orta vadede önemli azalma olduğunu gösteren yalnızca birkaç adet çalışma bulunmaktadır. Ancak, bu konuda gayet etkileyici bir çalışma, Jeffery Pfeffef'in birkaç yıllık bir sürede hissedar değeri açısından en başarılı ABD şirketlerinin ortak örgütsel özelliklerini incelediği ABD çalışmasıdır (Pfeffer 1998). Buna göre belirlediği ortak özelliklerin listesi şu şekildedir:

1. İş güvencesi
2. Yeni personelin seçici olan bir yaklaşımla işe alımı
3. Örgütsel şemanın ana prensipleri olarak, kendini idare eden ekipler ve merkezi olmayan kararlar alınabilmesi
4. Kurum içi performansa bağlı görece yüksek ücret
5. Kapsamlı eğitim
6. Düzeyler arasında azaltılmış statü ayrımı ve engelleri
7. Kurum içinde mali bilgi ve performansa dair bilginin yaygın paylaşımı.

Pfeffer'in yalnızca ekonomik açıdan bir ilgisi olduğu için, burada tartışılan iş

stresi modellerinden (özellikle emek-ödül dengesizliği modeli ve talep-kontrol modeli) haberi olmadığı neredeyse kesindir. Ancak, ekonomik olarak başarılı kurumların birçok özelliğinin, bu bölümde sunulmuş olan bilimsel sonuçlara dayanan tavsiyelerdekilere benzediği ortadadır.

Sonuçta bu yüzden işte psiko-sosyal stres ve sağlık araştırmalarından türetilmiş olan idari uygulamaların önemli bir kısmı, iş sözleşmesi dâhil olmak üzere iş örgütlenmesinin ekonomik olarak güdülenmiş gelişmeleri ile uyuşmaktadır. Çalışma yaşamının kalitesini daha da iyileştirmek ve böylece sağlıkta sosyal eşitsizlikleri azaltmak için hissedarların, profesyonellerin ve ulusal/uluslararası örgütlerin ortak çabaları gerekmektedir.

Kaynaklar

Alfredsson, L., Spetz, C.-L., and Theorell, T. (1985). Type of occupation and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *Int.J. Epidemiol.* 14:378-88.

Alterman, T., Shekelle, R.B., Vernon, S.W., and Burau, K.D. (1994). Decision latitude, psychologic demand, job strain, and coronary heart disease in the Western Electric study. *Am. J. Epidemiol.* 139:620-7.

Armstrong, D.L., Strogatz, D., and Wang, R. (2004). United States coronary mortality trends and community services associated with occupational structure, among blacks and whites, 1984-1998. *Soc. Sci. Med.* 58(11):2349-61.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Belkic, K.L., Landsbergis, P.A., Schnall, P.L., and Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand. J. Work Environ. Health* 30(2):85-128.

Bobak, M., Hertzman, C, Skodova, Z., and Marmot, M. (1998). Association between psychosocial factors at work and non-fatal myocardial infarction in a population based case-control study in Czech men. *Epidemiology* 9:43-7.

Bond, F.W. and Bunce, D. (2001). Job control mediates change in a work reorganization intervention for stress reduction. /. *Occup. Health Psychol.* 6:290-302.

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H., Nicholson, A., Brunner, E.J., and Stansfeld, S. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in the Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 314:558-65.

Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., and Marmot, M.G. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *Am. J. Publ. Health* 88:68-74.

Breucker, G. and Schroer, A. (ed.) (1996). *International experiences in workplace health promotion.* European Health Promotion, Series 6. Copenhagen: World Health Organization.

Brisson, G, Guimont, C, Vezina, M., Moisan, J., Dagenais, G.R., Milot, A. *et al.* (2004). *Psychosocial work environment and evolution of blood pressure: the contribution of job control and physical work demands.* Abstract at the International Congress of Behavioural Medicine, Mainz, 2004.

Brugiavini, A. (2001). Early retirement in Europe. *European Review* 9: 501-15.

Brunner, E.J., Davey Smith, G., Marmot, M.G., Canner, R., Beksinska, M., and O'Brien, J. (1996). Childhood social circumstances and psychosocial and behavioural factors as determinants of plasma fibrinogen. *Lancet* 347:1008-13.

Chandola, T., Kuper, H., Singh-Manoux, A., Bartley, M., and Marmot, M. (2004). The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Soc. Sci. Med.* 58:1501-9.

Chandola, T., Siegrist, J., and Marmot, M. (2005). Do changes in effort-reward imbalance at work contribute to an explanation of the social gradient in angina? *Occupational & Environmental Medicine* 62: 223-30.

Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory.* Cambridge: Belknap Press. Cooper, C.L. (ed.) (1998). *Theories of Organizational Stress.* Oxford: Oxford University Press.

Cooper, R., Cutler, J., Desvigne-Nickens, P., Fortmann, S.P., Freidman, L., Havlik, R. *et al.* (2000). Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular disease in the United States. *Circulation* 102:3137-47.

Dunham, J. (2001). *Stress in the Workplace. Past, Present and Future.* London: Whurr.

Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, Sr., R.B., and Benjamin, E.J. (2004). Does job strain increase the risk for coronary heart disease or death in men and women? The Framingham Offspring Study. *Am. J. Epidemiol.* 159(10):950-8.

Eriksen, H.R. and Ursin, H. (2004). Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J. Psychosom. Res.* 56(4):445-8.

Ferrie, J.E., Griffiths, J., Marmot, M.G., and Ziglio, E. (1999). *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion.* Copenhagen: WHO Regional Publications.

Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. In: *Society, stress and disease. The psychosocial environment and psychomatic diseases* (ed. L. Levi). London: Oxford University Press.

Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., and Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health* 5:67-76.

Greiner, B.A., Ragland, DR., Krause, N., Syme, S.L., and Fisher, J.M. (1997). Objective measurement of occupational stress factors—an example with San Francisco urban transit operators. *J. Occup. Health Psychol.* 4:325-42.

Haan, M.N. (1988). Job strain and ischaemic heart disease: an epidemiologic study of metal workers. *Annals of Clinical Research* 20:143-5.

Hackman, J.R. and Lawler, E.E. (1971). Employee reactions to job characteristics. *J. Appl. Psychol.* 55:259-86.

Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, T., Reuterwall, C, Ahlbom, A., and SHEEP study group. (1998). Is the effect of job strain on myocardial infarction due to interaction between high psychological demands and low decision latitude. Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Soc. Sci. Med.* 46(11):1405-15.

Head, J., Stansfeld, S.A., and Siegrist, J. (2004). The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine* 61: 219-24.

Hemingway, H. and Marmot, M. (1998). Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review. In: *Evidence based cardiology* (ed. S. Yusuf, J. Cairns, J. Camm, E. Fallen, and B. Gersch). London: BMJ Publishing Group.

Hemingway, H., Shipley, M., Stansfeld, S., and Marmot, M. (1997). Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. Whitehall II Study. *Scandinavian Journal of Work. Environment and Health* 23:121-9.

Hinkle, L.E., Whitney, L.H., Lehman, E.W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., *et al.* (1968). Occupation, education and coronary heart disease. *Science* 161:238-6.

Hlatky, M.A., Lam, L.C., Lee, K.L., Clapp-Channing, N.E., Williams, R.B., Pryor, D.B., *et al.* (1995). Job strain and the prevalence and outcome of coronary artery disease. *Circulation* 92:327-33.

Hoffmann, A., Pfiffher, D., Hornung, R., and Niederhauser, H. (1995). Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology. *Coronary Artery Disease* 6:147-52.

Hoogendoorn, W.E., Bongers, P.M., de Vet, H.C., Ariens. G.A., van Mechelen.W, and Bouter, L.M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine* 59:323-8.

Jeding, K., Oxenstierna, G., Ferrie, J., Westerlund, H., Siegrist, J., and Theorell, T. (2005). Effort-reward imbalance is associated with increased rates of long-term sickness absence (submitted).

Johnson, J.V. and Hall, E.M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am. J. Public Health* 78:1336-42.

Johnson, J.V, Stewart, W., Fredlund, P., *et al.* (1990). *Psychosocial Job Exposure Matrix: An Occupationally Aggregated Attribution System for Work Environment Exposure Characteristics* (221 edn). Stockholm: National Institute for Psychosocial Factors and Health.

Joksimovic, L., Starke, D., Knesebeck, O., and Siegrist, J. (2002). Perceived work stress, overcommittment and self-reported musculoskeletal pain: a cross sectional investigation. *International Journal of Behavioural Medicine* 9:122-38.

Kaila-Kangas, L., Kivimaki, M., Riihimaki, H., Luukkonen, R., Kirjonen, J., and Leino-Arjas, P. (2004). Psychosocial factors at work as predictors of hospitalization for back disorders: a 28-year follow-up of industrial employees. *Spine* 29(16):1823-30.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job design. *Admin. Sci. Quart.* 24:285-308.

Karasek, R. and Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.* New York: Basic Books.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., and Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am. J. Public Health* 71:694-705.

Kivimaki, M., Ferrie, J.E. Head, J., Shipley, M., Vahtera, J., and Marmot, M.G. (2004). Change in organisational justice: effects on employee health in the Whitehall II study. /. *Epidemiol. Comun. Health* 58:931-7.

Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimaki, H., Vahtera, J., and Kirjonen, J. (2002). Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 325:857-60.

Knesebeck, O.V.D. and Siegrist, J. (2003). Reported non-reciprocity of social exchange and depressive symptoms: extending the model of effort-reward imbalance beyond work./. *Psychosomatic Research* 55:209-14.

Kohn, M. and Schooler, C. (1973). Occupational experience and psychological functioning: an assessment of reciprocal effects. *American Sociological Review* 38:97-118.

Kumari, M., Head, J., and Marmot, M. (2004a). Prospective study of social and other risk factors for incidence of type II diabetes in Whitehall 2 study. *Annals of Internal Medicine* 164:1873-80.

Kumari, M., Seeman, T.E., and Marmot, M. (2004fc). Biological predictors of change in functioning in the Whitehall II study. *Annals of Epidemiology* 14(4):250-7.

Kuper, H. and Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and the risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. /. *Epidemiol. Commun. Health* 57(2):147-53

Kuper, H., Marmot, M., and Hemingway, H. (2002a). Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine* 2(3):267-314.

Kuper, H., Singh-Manoux, A., Siegrist, J., and Marmot, M. (2002b). When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine* 59(ll):777-84.

Kuulasmaa, K., Tunstall-Pedoe, H., Dobson, A., Fortmann, S.P., Sans, S., Tolonen, H., *et al.* (2000). Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet* 355:675-87.

Lacroix, A. and Haynes, S. (1984). Occupational exposure to high demand/low control work and coronary heart disease incidence in the Framingham cohort. *Am. J. Epidemiol.* 120:481.

Lee, S., Colditz, G., Berkman, L., and Kawachi, I. (2002). A prospective study of job strain and coronary heart disease in US women. *Int. J. Epidemiol.* 31 (6): 1147-53.

Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G.A., Tuomilehto, J., and Salonen, J.T. (1997). Workplace conditions, socioeconomic status, and the risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Am. J. Public Health* 87:617-22.

Marmot, M.G. (1992). Coronary heart disease: rise and fall of a modern epidemic. In: *Coronary Heart Disease Epidemiology* (ed. M.G. Marmot and P. Elliott). Oxford: Oxford University Press.

Marmot, M. (2004). *Status Syndrome.* London: Bloomsbury.

Marmot, M. and Bobak, M. (2005). Social and economic changes and health in Europe East and West. *European Review* 13: 15-32.

Marmot, M. and Feeney, A. (1996). Work and health: implications for individuals and society. In: *Health and Social Organisation* (ed. D. Blane, E. Brunner, and R. Wilkinson). London/New York: Routledge.

Marmot, M.G., Adelstein, A.M., Robinson, N., and Rose, G. (1978). The changing social class distribution of heart disease. *BMJ* 2:1109-12.

Marmot, M.G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E., and Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease. *Lancet* 350:235-40.

Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfeld, S.A., Patel, C, North, E, Head, J., *et al.*

(1991). Health inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337:1387-93.

Marmot, M.G., Shipley, M.J., and Rose, G. (1984). Inequalities in death—specific explanations of a general pattern. *Lancet* 323:1003-6.

Moore, L., Meyer, F., Perusse, M., Cantin, B., Dagenais, G.R., Bairati, I., *et al.* (1999). Psychological stress and incidence of ischaemic heart disease. *Int. J. Epidemiol.* 28(4):652-8.

Morris, J.N., Heady, J.A., Raffle, P.A.B., Roberts, C.G., and Parks, J.W. (1953). Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet* 11:1053-7.

Netterstrom, B. and Suadicani, P. (1993). Self-assessed job satisfaction and ischaemic heart disease mortality: a 10-year follow up of urban bus drivers. *Int. J. Epidemiol.* 22:51-6.

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landré, M.F., Goldberg, M., and Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du déséquilibre efforts/récompenses. *Revue D'Epidemiologic et Santé Publique* 48: 419-37.

Niedhammer, L, Teck, M.L., Starke, D., and Siegrist, J. (2004). Effort—reward imbalance model and self reported health: cross-sectional and prospective results from the GAZEL cohort. *Soc. Sci. Med.* 58:1531-41.

North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Head, J., Shipley, M.J., and Marmot, M.G. (1993). Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ* 306:361-6.

North, F.M., Syme, S.L., Feeney, A., Shipley, M.J., and Marmot, M.G. (1996). Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II Study. *Am. J. Publ. Health* 86:332-40.

Orth-Gomer, K, Wamala, S.P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N., and Mittelman, M.A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease: the Stockholm female coronary risk study. *JAMA* 284:3008-14.

Osier, W. (1910). The Lumleian Lectures on angina pectoris. *Lancet* 175:839-44.

Ostry,A.S., Kelly, S., Demers, P.A., Mustard, C., and Hertzman. C. (2003). A comparison between the effort-reward imbalance and demand-control models. *BMC Public Health* 3: 10-19.

Paoli, P. and Merllie, D. (2001). *Third European survey of working conditions.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Perrewe, P.L. and Ganster, D.C. (eds.) (2002). *Historical and current perspectives on stress and health.* Amsterdam: JAI Elsevier.

Peter, R., Siegrist, J., Hallqvist, J., Reuterwall, C, Theorell, T, and the SHEEP Study Group (2002). Psychosocial environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two alternative job stress models in the SHEEP Study Group. /. *Epidemiol. Commun. Health* 56: 294-300.

Pfeffer, J. (1998). *Human equation. Building pro fit by putting people first.* Boston: Harvard Business School Press.

Reed, D.M., Lacroix, A.Z., Karasek, R.A., Miller, D., and MacLean, C.A. (1989). Occupational strain and the incidence of coronary heart disease. *Am. J. Epidemiol.* 129:495-502.

Sacker, A., Bartley, M., Firth, D., and Fitzpatrick, R. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Soc. Sci. Med.* 52:763-81.

Schilling, R.S.F. (1989). Health protection and promotion at work. *Br. J. Ind. Med.* 46:683-8.

Schnall, P., Belkic, K., and Pickering, T.G. (2000). Assessment of the cardiovascular system at the workplace. *Occup. Med.* 15(1):189-212.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. /. *Occup. Health. Psychol* 1:27-41.

Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. In: *Historical and Current Perspectives on stress and health* (ed. P.L. Perrewe and D.C. Ganster), pp. 261-91. Amsterdam: JAI Elsevier.

Siegrist, J. and Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Soc. Sci. Med.* 58:1463-73.

Siegrist, J. and Peter, R. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men. /. *Int. Med.* 242(2): 149-56.

Siegrist, J., Klein, D., Grunewald, R., and Matschinger, H. (1986). Pressure response and heart rate reaction to a mental stress test in a blue-collar population at cardiovascular risk. /. *Hypertension* 4:S260-2.

Siegrist, J., Klein, D., and Voigt, K.H. (1997). Linking sociological with physiological data: the model of effort-reward imbalance at work. *Acta Physiologica Scandinavia* 161, Suppl. 640: 112-16.

Siegrist, J., Menrath, I., Stucker, T., Klein, M., Kellermann, T., Shah, N.J., *et al.* (2005). Effort-reward imbalance at work moderates brain activity during monetary loss experience (submitted).

Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P., and Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men. *Soc. Sci. Med.* 31:1127-34.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., *et al.* (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc. Sci. Med.* **58**:1483-99.

Stansfeld, S., Bosma, H., Hemingway, H., and Marmot, M. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine* **60**:247-55.

Stansfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley, M.J., and Marmot, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine* **56(5)**:302-7.

Stansfeld, S.A., Rael, E.G.S., Head, J., Shipley, M., and Marmot, M. (1997). Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine* **27**:35-48.

Steenland, K., Johnson, J., and Nowlin, S. (1997). A follow up study of job strain and heart disease among males in the NHANES1 population. *Am. J. Ind. Med* **31**:256-60.

Steptoe, A., Siegrist, J., Kirschbaum, C., and Marmot, M. (2004). Effort-reward imbalance, overcommitment, and measures of Cortisol and blood pressure over the working day. *Psychosomatic Medicine* **66**:323-9.

Suadicani, P., Hein, H.O., and Gynetelberg, F. (1993). Are social inequalities as associated with the risk ischaemic heart disease a result of psychosocial working conditions? *Atherosclerosis* **101**:165-75.

Theorell, T. (2002). Job stress and fibrinogen. *Eur. Heart J.* **23(23)**:1799-801.

Theorell, T. (2004). Democracy at work and its relationship with health. In: *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies* (ed. P.L. Perrewe and D.C.

Ganster). Amsterdam: Elsevier.

Theorell, T. and Floderus-Myrhed, B. (1977). 'Workload' and risk of myocardal infarction–a prospective psychosocial analysis. *Int. J. Epidemiol.* **6**:17-21.

Theorell, T., Emdad, R., Arnetz, B., and Weingarten, A.M. (2001). Employee effects of an educational program for managers at an insurance company. *Psychosomatic Medicine* **63:** 724-33.

Theorell, T., Hasselhorn, H.M., and the MUSIC Norrtalje Study Group (2002). Endocrinological and immunological variables sensitive to psychosocial factors of possible relevance to work-related musculoskeletal disorders. *Work and Stress* **16(2):** 154-65.

Theorell, T, Orth-Gomer, K., and Eneroth, P. (1990). Slow-reacting immunoglobulin in relation to social support and changes in job strain: a preliminary note. *Psychosomatic Medicine* **52**:511-16.

Theorell, T, Tsutumi, A., Hallqvist, J., Reuterwall, C, Fredlund, P., Emlund, N., *et al.* (1998). Decision latitude, job strain, and myocardial infarction: a study of working men in Stockholm. *Am. J. Public Health* **88(3)**:382-88.

Tsutsumi, A. and Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc. Sci. Med.* **59:** 2335-59.

Uemura, K. and Pisa, Z. (1988). Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950. *World Health Statistics Quarterly* **41**:155-78.

van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., and Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc. Sci. Med.* **60:**1117-31.

Vingard, E., Alfredsson, L., Hagberg, M., Kilbom, A., Theorell, T., Waldenstrom, M., *et al.* (2000). To what extent do current and past physical and psychosocial occupational factors explain care-seeking for low back pain in a working population? Results from the Musculoskeletal Intervention Center-Norrtalje Study. *Spine* **25**(4):493-500.

Vrijkotte, D.G.M., Doornen, L.J.P.v., and Geus, E.J.C.d. (1999). Work stress and metabolic and hemostatic risk factors. *Psychosomatic Medicine* 61:796-805.

Vrijkotte, D.G.M., Doornen, L.J.P.v., and Geus, E.J.C.d. (2000). Effect of work stress on ambulatory blood pressure, heart rate, and heart rate variability. *Hypertension35:* 880-6.

Wahlstedt, K. (2001). *Postal work—work organizational changes as tools to improve health.* Uppsala: Acta Universitatis Uppsaliensis.

Welin, C, Lappas, G., and Wilhelmsen, L. (2000). Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. /. *Intern. Med.* **247**(6):629-39.

Westerberg, L. and Theorell, T. (1997). Working conditions and family situation in relation to functional gastrointestinal disorders. The Swedish Dyspepsia Project. *Scand.J. Prim. Health Care* 15**(2)**:76-81.

Westerlund, H., Ferrie, J., Hagberg, J., Jeding, K., Oxenstierna, G., and Theorell, T. (2004). Workplace expansion, long-term sickness absence, and hospital admission. *Lancet* 363: 1193-7.

Westman, M. (2002). Crossover of stress and strain in the family and work place. In: *Historical and Current Perspectives on Stress and Health* (ed. P.L. Perrewe and D.C. Ganster), pp. 143-81. Amsterdam: JAI Elsevier.

White, C, Van Galen, F., and Chow, Y.H. (2003). Trends in social class differences in mortality by cause, 1986 to 2000. *Health Statistics Quarterly* **20**:25-37.

7. Bölüm

ULAŞIM VE SAĞLIK

Mark McCarthy

7.1 Arka Plan

Toplumlarda sağlık ve hastalığı inceleyen epidemiyoloji, yeni bir bilim dalıdır. Ölümler ve hastalıkların yakın zamana kadar başlıca nedeni olan bulaşıcı hastalıklara yönelik yapılan ilk çalışmaların sonucunda sanitasyon, karantina ve bağışıklama gibi kamusal politikalar oluşturulması ile etkili bir denetim sağlanmıştır. Kronik hastalık epidemiyolojisi yirminci yüzyılın ortalarında gelişmiştir ve yeni "risk etkenleri" paradigması, bireysel sorumluluk ve davranış değişikliği yoluyla sağlığın geliştirilmesine vurgu yapmıştır. Ancak, yakın zamanlarda toplumsal politikaların sağlığa destek olması veya ona zarar vermesi yönündeki önemi yeniden ortaya konmuştur. Bu bölümün amacı, çağdaş Avrupa ülkelerinde sağlık ve hastalık için ulaşımın önemli bir etken olduğunu ve güncel eğilimlerin tersine çevrilmesi için toplumsal politikalarda önemli değişiklikler gerektiğini göstermektir.

Ulaşım ve sağlık konusunda fikir yürütmede kullanılan yeni paradigma, tartışmayı "güvenlik"ten sağlık yararı yönüne kaydırmıştır (Davis 1993). "Güvenlik", yetkililerce yer yer sağlığa zararlı olan ulaşım sistemlerinin oluşturulmasında kullanılagelen bir gerekçe olmuştur. Örneğin, Avustralya'nın Victoria eyaletinde yürürlüğe konan bir kanun, bisiklet kullananların kask takmasını zorunlu kılmasıyla daha az insanın bisiklet kullanmasına –dolayısıyla bisiklet kullanmanın sağladığı sağlık yararından yararlanamamasına– neden olmuştur (Robinson 2003). "Güvenlik" ve sağlık arasındaki farka bir başka örnek ise trafik kazalarındaki can kayıplarına atfedilen maddi "maliyetlerin" daha fazla yol yapımı için gerekçe olarak öne sürülmesinde ortaya çıkar. Bu tür hesaplar kusurludur, çünkü daha fazla yol daha fazla otomobil ve dolayısıyla alternatiflerinden (otobüs ve tren) daha az güvenli olan bir ulaşım aracıyla daha fazla yolculuk demektir.

Birçok eski epidemiyolog, temel istatistiğin Poisson dağılımını (seyrek rastgele olayları inceler), atlar tarafından tekmelenerek ölen insanların sayısını anlatan Bortkiewicz'in örneğiyle açıklayan kitaplardan öğrenmiştir; bu örnekte, olaylar zamanda seyrek aralıklarla dağılır ama üst üste eklendiklerinde (örneğin bir yıl boyunca) oldukça tutarlıdırlar. Bortkiewicz'in örneğindeki atın yerine modern insanın ulaşım aracı olan otomobili koyduğumuzda çok benzer sonuçlar el-

de ederiz: Poisson dağılımına göre ölümler seyrektir ve incelenen zaman içinde dağınıktır. Olayın beklenmezliği ve önlenebilirliği, "kaza" teriminin kullanımına yol açmıştır. Buna karşın, "kazaların" kendini tekrar eden doğasını dikkate alan epidemiyologlar, kazaların meydana gelme olasılığını arttıran bağlantılar (örneğin, hız yapmaya fırsat veren yollar gibi çevresel etkenler veya alkollü araç kullanma gibi bireysel etkenler) ortaya koymuşlardır. (Literatürde "kaza" kelimesinden farklı olarak, olayın şansa dayalı doğası yerine gerçek yönünü vurgulayan "yaralanma" kelimesinin kullanımının daha uygun olup olmadığı konusunda bir tartışma vardır. Ancak burada, yaygın anlamı ve "yaralanma" kelimesinin kullanımında olayın kendisi ve fiziksel etkileri arasında bir karışıklık olabileceği nedeniyle "kaza" kelimesine sadık kalınacaktır.)

7.2 Sürdürülebilir kalkınma – küresel bir bakış açısı

"Sürdürülebilir kalkınma" kavramı sağlık ve ulaşım tartışmasında merkezi bir öneme sahiptir. 1992'de Rio De Janeiro'da düzenlenen Birleşmiş Milletler "Dünya Zirvesi" ile dünyanın dikkati gezegenin kaynaklarını, biyolojik sistemlerini ve toplumlarını bugünün ve geleceğin kuşakları için korumaya odaklanmıştır. Dünya Zirvesi raporu "sağlık" kavramını pek çok kez vurgulamış ve ayrıca Dünya Sağlık Örgütü ve başka kurumlar da sürdürülebilir kalkınma ve sağlık arasındaki bağı onaylamışlardır.

Sürdürülebilir kalkınma, ekonomik gelişmenin dünyanın tüm bölgelerinde süreceğini ve nüfus artışıyla birlikte sınırlı kaynaklar üzerinde bir baskı olacağını kabul etmektedir. Tartışmanın odaklarından biri enerji kullanımıdır. 1997'deki Birleşmiş Milletler Kyoto Konferansı, fosil yakıtlardan ortaya çıkan ve küresel ısınmaya yol açma potansiyeline sahip bir sera gazı olan karbondioksitin kontrol edilmesi için uluslararası anlaşmalar ortaya koymuştur. Her ne kadar petrol, gelişmekte olan ülkelerde endüstriyel üretimin büyük bölümü için gerekli olsa da gelişmiş ülkeler endüstriyel ürünlere hizmet sektörü kadar bağımlı değildir ve hem iş hem de boş zamanlarda ulaşımın – özellikle de otomobilin – kullanımı artmaktadır. Batı ülkelerindeki otomobil kullanma alışkanlıklarını gelişmekte olan ülkelerdeki insanlara aktaran tahminler, otomobilin enerji açısından küresel bir ulaşım aracı olarak pek sürdürülebilir olmadığını ortaya koyar. (Var olan eğilimler devam ederse aynı durum petrol yakıtlarını kullanan hava ulaşımı için de geçerli olacaktır.) Batı ekonomilerinde otomobil kullanımı sonucunda, kişi başına düşen CO_2 salımı küresel olarak kabul edilebilir seviyenin çok üzerindedir ve bu ülkeler otomobil kullanımını azaltmak zorunda kalacaklardır. Sürdürülebilir kalkınma, ulaşım alışkanlıkları üzerine eleştirel bir bakış açısı sunmaktadır.

Petrolün dünya ekonomisinde baskın bir ağırlığı vardır. 1993 ve 2003 yılla-

rında Irak'taki Körfez Savaşları kısmen Batı'nın petrol kaynaklarını korumak için başlatılmıştı. Rusya'nın ve Orta Asya cumhuriyetlerinin gelişmesi, petrolün çıkarılmasına ve gelişmekte olan ülkelerin piyasalarına aktarılmasına öncelik kazandırmaktadır. Petrolün çoğu motorlu taşıtlar için kullanılmaktadır ve piyasa sürekli olarak büyümektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen ve Paris'te başkan Chirac tarafından açılışı yapılan 2004 Dünya Sağlık Günü, ilk kez yol güvenliğine odaklanmıştı. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası ortaklığıyla hazırlanan Karayolu Trafiği Yaralanmalarının Önlenmesine Dair Dünya Raporu (Peden ve ark. 2004), dünyada her yıl 1.2 milyon kişinin trafik kazalarında öldüğünü ve bazıları kalıcı olmak üzere 20 ila 50 milyon kişinin sakat kaldığını göstermiştir. Ölüm oranlarının en yüksek olduğu yerler Afrika ve Orta Doğu ülkeleridir. Tahminlere göre 2020 yılına gelindiğinde trafik kazaları, klinik depresyon ve kalp hastalıklarının hemen ardında; solunum sistemi enfeksiyonları, tüberküloz ve HIV'in ise önünde, dünya çapında en büyük üçüncü ölüm ve sakat kalma nedeni olacaktır. En fazla hasarı görenler ise motorlu taşıt ulaşımının hızla arttığı ülkeler olacaktır.

7.3 Yolculuk şekilleri

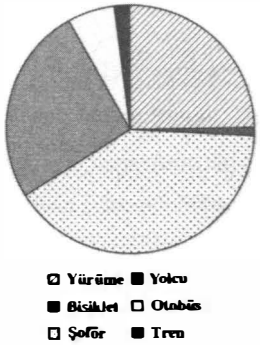
Kat edilecek mesafeye göre değişen yürüme, bisiklet, otobüs, otomobil, tren, gemi ve uçak gibi çeşitli ulaşım araçlarıyla yolculuk yapılabilir. Uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan veri sadece taşıt ulaşımı için kullanıma elverişlidir, yürüme için böyle veri yoktur (halk sağlığı açısından önemli bir kısıtlılık). Geçtiğimiz yıllarda Batı Avrupa'da otomobil ve uçak yolculuğunda artış gözlenirken, otobüs ve trenle yolculuk miktarı aynı kalmış veya azalmıştır. Buna karşın, Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde ve bağımsızlığını yeni kazanmış ülkelerde otomobil kullanımı küçük bir tabandan başlayarak yaygınlaşırken otobüs ve tren önemli ulaşım araçları olarak kalmıştır.

Büyük Britanya Ulusal Yolculuk Araştırması adlı çalışma, ülkedeki yolculukların yüzde 30'unun iş, yüzde 20'sinin arkadaş ziyaretleri için olduğunu göstermiştir (Ulaşım Dairesi-Department of Transport 2004a). Yolculukların üçte ikisi şoför ya da yolcu olarak otomobille yapılmaktadır (Şekil 7.1). Yolculuğun uzunluğu, ulaşım şekliyle yakından bağlantılıdır: 12 kilometrenin üzerindeki yolculuklar için otomobil açık farkla en fazla kullanılan araçtır.

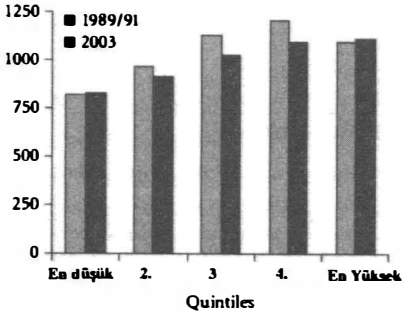
Yolculuk alışkanlıkları gelir düzeyi ile ilişkilidir. Her ne kadar toplumsal gruplar arasındaki yolculuk *sayısı* görece benzer olsa da (yılda 1000 civarı – Şekil 7.2) düşük gelirli ailelerde insanlar çoğunlukla yürüyerek ve otobüsle daha fazla *mesafe* kat etmektedir; yüksek gelirli aileler ise otomobille çok daha uzak mesafelere yolculuk yapmaktadır (Şekil 7.3).

7.4 Eğilimler

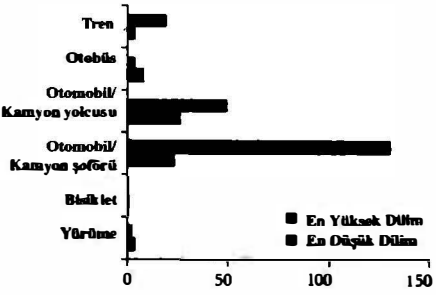
Geçtiğimiz yıllarda Batı toplumlarında baskın ulaşım eğilimi; motorlu araçlarla yapılan taşımadaki artış, toplu taşımanın sabit kullanımı, yürüyüş ve bisiklet kullanımında yolculuk sayısı ve kat edilen mesafelerde düşüş şeklindedir. Örneğin, son on yılda bile otomobille kat edilen mesafe artmış ve yürüyüşle kat edilen mesafe aynı oranda düşmüştür (Şekil 7.4).



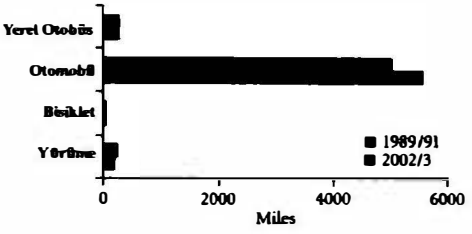
Şekil 7.1 Birleşik Krallık'ta yolculuk cinsine göre kişi başına yolculuk sayısı, 2003 (Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004a).*



Şekil 7.2 Toplumsal gruba göre kişi başı ve yıl başına yolculuk sayısı – Birleşik Krallık (Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004a).*



Şekil 7.3 En düşük ve en yüksek gelir seviyesi dilimlerinin ulaşım şekline göre yılda kat ettiği mil, Birleşik Krallık, 2003 (Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004a).*



Şekil 7.4 Ulaşım şekillerine göre kişi ve yıl başına yılda gidilen ortalama mil, Birleşik Krallık (Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004a).*

Aynı dönem içinde toplam yolculuk sayısı sadece yüzde 10 artmıştır ve 2000'den bu yana düşmektedir. Yük taşımada hem taşınan hacim (ağırlık olarak ölçülür) hem de mesafe açısından artış vardır. 1952-94 döneminde, karayolu ulaşım hacmi iki katına, bununla birlikte kat edilen mesafe ise dört katına çıkmıştır. Aynı dönemde trenle ulaşım azalmıştır. Son on yılda trenle taşınan yükün kat ettiği mesafe iki katına çıkmıştır (Tablo 7.1). (Hareket halindeki karayolu nakliye araçlarının dörtte birinin boş olması dikkate değerdir).

7.5 Ulaşımın sağlık üzerinde etkileri

Ulaşımın sağlık üzerindeki etkileri fiziksel, ruhsal ve yaşam kalitesi yönünden çeşitlilik göstermesiyle, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımının çeşitliliğini yansıtmaktadır.

Tablo 7.1 Birleşik Krallık'ta 1952, 1994 ve 2003 itibariyle yük taşıma şeklindeki değişimler
Kaynaklar: Potter 1997 ve Ulaşım Dairesi - Department of Transport 2004b.

	1952	1994	2003
Hacim (milyon ton)			
Karayolu	861	1689	1725
Tren	289	97	89
Mesafe (milyon ton kilometre)			
Karayolu	31	144	n/a
Tren	37	13	n/a
Nakliyat başına ortalama mesafe (kilometre)			
Karayolu	n/a	85	92
Tren	n/a	133	213

7.5.1 Kalp Hastalıkları

Belki de ulaşımın sağlığa yaptığı en önemli katkı, kalp hastalıklarına karşı koruyucu olan yürüme ve bisiklete binme egzersizlerini teşvik etmesidir. Düzenli egzersiz, dengeli beslenme ve sigara içmemenin kalp ve damar sağlığına katkıda bulunduğu yönünde güçlü epidemiyolojik kanıtlar vardır. Düzenli ve ölçülü egzersizin en erişilebilir şekli olan yürüme, her yaştan insan için yarar sağlar. Düzenli egzersizin olasılıkla hem kısa dönemde kalp ve damar zindeliği yönünden hem de uzun dönemde obezite gelişimini sınırlaması; kalp kasını güçlendirmesi, tansiyonu düşürmesi gibi koruyucu etkileri; kolesterol ve fibrinojen seviyelerini ve insülin hassasiyetini düzenlemesi gibi metabolik etkileri vardır (Morris ve Hardman 1997).

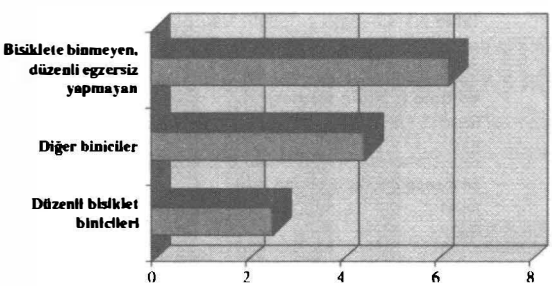
Egzersizin koruyucu etkilerini gösteren iki önemli çalışma Şekil 7.5 ve Tablo 7.2'de gösterilmiştir. Yararlı egzersizler sürekli ve ölçülü uygulamalar şeklinde, örneğin tek seferde günde 30 dakika ya da daha kısa sürelerde gün içine ya-

yılmış bir şekilde yapılabilir. Başka bir deyişle, "özel" bir egzersiz yaratmak gerekli değildir; bunun yerine yolculuk, bahçe işleri, boş zamanı değerlendirme ve arkadaş ziyareti gibi gündelik faaliyetlerle birleştirilebilir.

Egzersizin bir başka yararı da osteoporozun (yaşlılarda, özellikle kadınlarda görülen, kalça ve kol kırıklarına yol açan kemik yoğunluğu kaybı) ilerlemesini sınırlamasıdır. Sürekli egzersiz ve ağırlık kaldırma, kemik gücünün sürekliliğini sağlar ve belki de toplumsal seviyede ilaçla osteoporoz tedavisinden daha yararlıdır.

7.5.2 Ruh sağlığı

Egzersizin düşünceyi uyarması ve depresyondan korumasıyla ruh sağlığı için yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Morris ve Hardman 1997) – belki de doğrudan bir fizyolojik neden sonuç bağı söz konusudur. Trafik, "toplumu ayırma" (trafik akışı nedeniyle bir topluluğun farklı coğrafi kısımlarının birbirinden ayrılması) üzerinden ruh sağlığıyla oldukça karmaşık ve olumsuz bir ilişki içindedir. ABD'de ve Avrupa'da yapılan araştırmalar ile (İngiltere Tabipler Birliği – British Medical Association 1997, s. 38-43) trafiğin daha az olduğu (hız ve hacim olarak) caddelerin daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu (örneğin; sokak etkinlikleri, açık pencereler, çiçek saksıları ve başka kişisel bakım öğelerinin sayısı göz önüne alınarak) ve aileler tarafından daha cana yakın ve tehlikesiz olarak algılandığı gösterilmiştir. San Francisco'da, bir mahallenin farklı trafik yoğunluğuna sahip üç ayrı sokağında yaşayan insanların toplumsal bağlantılarında belirgin bir değişim eğilimi gözlenmiştir (Şekil 7.6). Yüksek trafik yoğunluğunda arsa değerleri düşer, evler daha az beğenilir ve özellikle çocuklar ve yaşlılar tarafından sokaklar daha stresli olarak algılanır. Her ne kadar motorlu taşıtlarla yapılan yolculuklar, birbirinden uzakta yaşayan insanlar için toplumsal destek açısından kolaylık sağlasa da büyük ölçüde ana trafik akslarının yakınında yaşayan başka insanlar üzerinde olumsuz etkileri vardır. Dolayısıyla, toplum yerleşimindeki dağınıklığın artması otomobil ulaşımıyla desteklendiğinde sağlığa zarar verebilir.



Şekil 7.5 Bisiklet binen ve binmeyen erkeklerde kalp krizi oranları, 1976-86 Birleşik Krallık (Kaynak: Morris 1990).

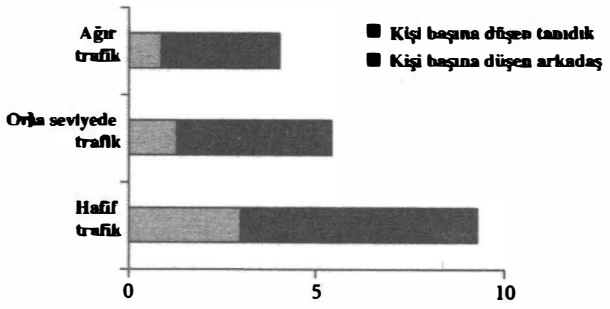
Tablo 7.2 4 yıl boyunca düzenli günlük yürüyüşe bağlı olarak, yaşlı erkeklerde (56-75 yaş arası) ölüm oranı.
Kaynak: Wanamethee ve ark. 1998.

Düzenli günlük yürüyüş (dakika/gün)	Yaş ayarlı göreceli risk (60 yaş üzeri erkekler)
0	1.00
<20	0.99
21-40	0.85
41-60	0.76
60+	0.52

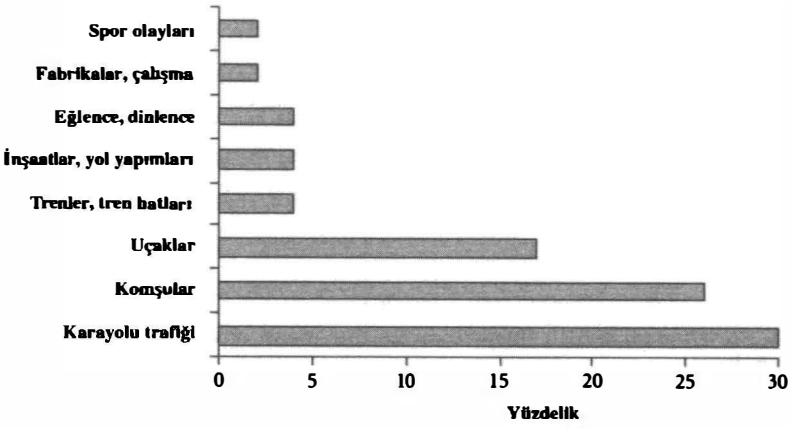
Trafik gürültüsü ve sağlık arasındaki bağlantının toplumsal maruziyet seviyelerinde (daha gürültülü olan endüstriyel seviyelerin aksine) araştırılması güç olmuştur (Berglund, Lindvall 1995; Stansfeld ve ark. 2000). Sınırlı çalışmalar dâhilinde sinirlilik ve konsantrasyon kaybı gözlenmiştir, ancak ruh hastalıklarıyla nedensel bir bağlantı kurulamamıştır. Şehirlerde karayolu trafiği, komşular ve uçaklar gürültü açısından en yaygın sıkıntı kaynağıdır (Şekil 7.7). Havaalanı ve otoyol gürültüsünden kaynaklanan yaşam kalitesindeki azalma, ev fiyatlarındaki düşüşlerle kendini gösterir.

7.5.3 Solunum yolu hastalıkları

Şehirlerde, birçok insan hayatlarının çoğunu kapalı alanlarda geçirir; dolayısıyla kapalı alanlardaki havanın solunum yolu hastalıkları açısından önemli etkileri vardır: Kömür ateşi çocuklukta solunum hastalıklarına yol açarken, kaloriferler ya da nemli duvarlar sırasıyla toz akarları ve küf için uygun ortamlar yaratarak alerjik astıma yol açabilir. Şehirlerde dış ortam hava kalitesi, geçtiğimiz yıllarda sanayi bölgeleri sayesinde ve evlerde kömürden petrol ve doğal gazla ısınma yöntemine geçiş sonucunda önemli derecede artmıştır. Şehirsel hava kirliliği artık temel olarak karayolu trafiğinden kaynaklanmaktadır – ve hava herhangi bir sınır tanımamaktadır. Örneğin, bir ülkede karayolu trafiğinden kaynaklanan kirliliği güneş ışığı ile etkileşimiyle oluşan ozon, ilerleyen günlerde komşu bir ülkeyi etkileyebilir (Schwartz, 1997).



Şekil 7.6 ABD'nin San Francisco şehrinde sosyal etkileşim ile yol trafiği seviyesinin karşılaştırılması (Kaynak: Appleyard, Lintell, 1972).



Şekil 7.7 İngiltere ve Galler'de nedenlere göre 1999/2000'de gürültüden olumsuz etkilenen insanlar (Kaynak: Ulaşım Dairesi – Department of Transport, 2004a).

Tablo 7.3 ve 7.4, ulaşımdan kaynaklanan ve havayı kirleten salımların seviyelerini ve ulaşım ile başka kaynaklar arasındaki oranlarını göstermektedir. Hava kirliliği sağlığı dört yolla etkileyebilir: Benzen, 1,3 butadiyen gibi kanserojen olan uçucu organik bileşikler ile; sera gazlarının (özellikle karbon dioksit) küresel iklime olan etkisi ile; asidik gazların (sülfür ve nitrojen oksitler dâhil olmak üzere) akut solunum yolu hastalıklarına yol açması ile; son olarak da özellikle dizel motorlu araçların ürettiği atık parçacıklar ile.

Hava kirleticileri, hem akut hem de uzun dönemli etkiler yaratır (McMichael 1997). Akut olgular, özellikle foto-kimyasal sis, toplumsal bilinci uyandırmış ve hükümetlerin, örneğin, araç sahiplerine belli günlerde araçlarını evde bırakmalarını tavsiye etmelerine neden olmuştur. Uluslararası karşılaştırma amacıyla yapılmış bir çalışmada, 26 Avrupa şehrinde kısa dönemli sağlık etkileri üzerinde tahmin yürütülmüştür (APHEIS 2004). Kronik solunum yolu hastalıkları üzerine uzun dönemli etkiler ve ölümler ile ilgili veri, ABD'de yapılan epidemiyolojik araştırmalardan elde edilmiştir. Bu çalışmalar, akciğer hasarının birincil sebebinin asidik gazlardan daha çok atık parçacıklar olduğunu göstermekte ve toplumsal olarak parçacıklara orta derece maruziyet ile erken ölümler arasında bir ilişkiye dikkat çekmektedir. Her ne kadar yoğun sisin solunması geçici olarak astım oranlarını yükseltse de etkiler öncelikle daha önceden solunum yolu hastalıkları geçirmiş olanlarda görülmekte (Anderson 1997) –bu da otomobil kullanımının sınırlanmasından çok daha geniş önlemlere gereksinim duyulduğuna işaret etmektedir. Yakın zamanda yapılan araştırmalar, kurum parçacıklarına (PM_{10}) oranla bronşların çok daha derinine ulaşabilen, otomobil eksozlarından çıkan küçük parçacıklara ($PM_{2,5}$) odaklanmış durumdadır.

Tablo 7.3 Havayı kirleten maddelerin ulaşımda salımı

Yıl	Hava kirleten madde (Bin ton)						
	Karbon monoksit	Nitrojen oksitler	Atık parçacıkları (PM 10)	Sülfür dioksit	Benzen	1,3 butadiyen	Kurşun
1980	5842	1199	64	103			7537
1990	5836	1516	73	110	42	11	2176
2000	2975	995	50	38	8	4	3

Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004b*

Salımlar	Yüzde						
	Karbon monoksit	Nitrojen oksitler	Atık parçacıkları (PM 10)	Sülfür dioksit	Benzen	1,3 butadiyen	Kurşun
Ulaşım	92	72	54	48	29	3	1
Diğer	8	28	46	52	71	97	99

Tablo 7.4 Birleşik Krallık'ta ulaşım kaynaklı hava kirliliğinin oranı, 2002
Kaynak: *Ulaşım Dairesi – Department of Transport 2004b*

7.5.4 Kazalar

Kayıtlar daha doğru tutulduğu için ölümlere ait veri yaralanmalara göre daha güvenilirdir ancak ülkeler, kodlama kurallarının uygulanmasında farklı yaklaşımlar kullanmaktadır; bu nedenle ülkeler arasındaki farklılıklar dikkatle yorumlanmalıdır. Yolcu yaralanmalarına ait veri, ulaşım şekline göre değişiklik gösterir, ancak bunları sunmanın birden fazla yolu vardır. Gidilen yol göz önüne alındığında, tren ve hava yolu dâhil olmak üzere uzun mesafeli yolcu araçlarının daha güvenli olduğu ve motosikletlerin ise en riskli araç olduğu görülmektedir. Ancak bireyler için önemli gibi görünen yolculuk başına düşen risk oranıdır. Bu ölçümde otomobillerin daha riskli olduğu görülmektedir.

Karayolu trafik kazası oranlarında, ülkeler arasındaki kalıcı farkların bir kısmı kültürel ve teknik özelliklerle ilgilidir. Ülkeler çoğunlukla sürücü başına yüksek kaza oranlarıyla başlayıp, bu oranların sürücüler deneyim kazandıkça düşmesi şeklindeki Smeed kanununu (Adams 1985) izlemektedir. Ancak sürücü sayısının da artmasıyla toplam karayolu kazalarında ölüm oranı azalmayabilir: Örneğin, Yunanistan'da tüm yaşlardaki karayolu kazalarında ölüm oranı 1981'de 100.000'de 14,9 iken 2001'de 100.000'de 17,1'dir.

Ancak güvenlik kaza oranlarıyla yansıtılamaz çünkü güvenlik insanların etkinlikleri ve maruziyetleri üzerinden şekillenir (Adams 1988). Otoyollarda yaya olarak karşıdan karşıya geçmek güvenli değildir ama otoyollarda yaya ölümleri son derece nadirdir, çünkü insanlar bunun güvenli olmadığının farkındadır. Hollanda'da, kişi başına bisikletçi ölüm oranları çoğu Avrupa ülkesine kıyasla daha yüksektir, ancak Hollanda'da bisikletle çok daha fazla yolculuk yapıldığından

yolculuk başına düşen risk daha düşüktür. Dahası, bisikletçilere ve yayalara ait rakamların güvenli olduğu görünmektedir (Robinson 2005).

Trafik hızının artması sonucunda yayalar için katlanarak artan bir risk söz konusudur (Finch ve ark. 1994). 30 km/saat hızda kazaya uğrayan yayaların sadece yüzde beşi ölmektedir ve yaralanmaların çoğu hafiftir. 40 km/saat hızda ölüm oranı yüzde 45'e, 50 km/saat hızda ise yüzde 85'e çıkmaktadır. Tahminlere göre Birleşik Krallık'ta karayolu kazalarında meydana gelen ölümlerin yüzde 30'u doğrudan aşırı hız nedeni ile oluşmaktadır (İngiliz Tabipler Birliği – British Medical Association 1997).

Farklı yolcular farklı kaza profillerine sahiptir: kazanın sebebi kurbana dayandırılmamalıdır. "Güvensiz" olan (hız nedeniyle kazalara yol açan) otomobil sürme eylemidir; bisiklet kullanmak ise çok daha güvenlidir (hem bisikletçiler hem de otomobil kullananlar için çok nadiren ölüme yol açar). Kazaları azaltmak için yolların geliştirilmesine büyük çaba harcanmıştır. Yine de otomobillerin artan teknik performansıyla bağlantılı olarak, net sonuç otomobil hızlarında artış, daha da dolu yollar ve otomobil kullanmayanlar için risk algısında artış yönünde olmuştur. Kat edilen kilometre başına kaza oranı daha düşük olsa bile yayaların çok azı 1990'lardaki şehir yollarını 1950'lerdekinden daha güvenli bulur. "Güvenlik" alanındaki gelişmeler (görünürde diğer yolcular için), "performans" gelişmelerine (otomobil kullananlar için) dönüştürülmüştür.

Karayolu kazaları her yaş grubundan insanın başına gelmekte ancak kaza maruziyeti yaş grubuna göre değişmektedir. Yollardaki yaya ölümleri, en fazla çocuklar ve yaşlılarda görülmekte iken genç yetişkinler en çok otomobil ve motosiklet şoförü veya yolcusu olarak risk altındadırlar. Orta yaş erkek otomobil şoförleri daha fazla otomobil kullandıklarından daha yüksek riske maruz kalmaktadır; bisikletçiler ise her yaşta risk altındadırlar. Bu oranlar uluslar arasında maruziyete, çevreye ve kültürel alışkanlıklara göre ülkeden ülkeye değişim göstermektedir. Örneğin, 2001'de İsveç'te çocuk yaya (5-14 yaş arası) ölüm oranı 100.000'de 0,3 iken Birleşik Krallık'ta bu oran 100.000'de 0,9 olarak saptanmıştır.

Kazalar, karakteristik olarak toplumsal sınıflara göre değişiklik gösterir – Birleşik Krallık'ta, karayolu trafik kazalarındaki çocuk ölüm oranları en fakir ailelerde (5. toplumsal sınıf) en zengin ailelerdekinin (1. toplumsal sınıf) dört katından fazladır (Jarvis ve ark. 1995). ABD'de, yoksun bölgelerden olan şoförlerin kaza oranları zengin bölgelerden olanlara oranla daha yüksektir (Abdalla ve ark. 1997). Ölümlü karayolu kazaları (yayalar ve taşıt yolcularının toplamı) toplumsal olarak geri kalmış bölgelerde daha sıktır, ancak kentsel bölgelerde kırsal bölgelerden daha seyrektir (Haynes ve ark. 2005).

Görülen coğrafi değişiklikler kişi başına düşen otomobil sayısına, yolların uzunluğuna ve kaza yerlerinde ölçülen ortalama trafik hacmi gibi kullanım de-

ğişkenlerine belirgin şekilde bağlıdır. Ne yazık ki kurbanların değil de şoförlerin sosyo-ekonomik özellikleri üzerine hiçbir analiz yapılmamıştır. Tennant (2005) İngiltere'de hastanelere ulaşan kafa yaralanması olguları için belirleyici sosyo-ekonomik etkenleri incelemiş ve önemli coğrafi değişiklikler bulmuştur. Ölümlü kazalarda olduğu gibi, hastanelere yapılmış kafa yaralanması başvurusu oranları da sosyo-ekonomik etkenlerden bağımsız olarak kırsal kesimlerde kentsel kesimlere göre daha yüksektir. Regresyon analizlerinde 16-24 yaş arası işsizlik oranının, çalışma yaşlarında tedavisiz hastalık oranının ve yalnız ebeveynlerden oluşan ailelerin oranının da ayrıca yüksek başvuru oranları ile ilişkili olduğu görülmüştür; işe giderken toplu taşıma araçlarının kullanımı düşük başvuru oranlarıyla ilişkilidir.

7.6 Müdahaleler

Burada önerilen müdahalelerin odağında stratejik bir yaklaşım bulunmaktadır ve bunlar temelde ülke veya belediye düzeyinde ulaşım dairelerinin sorumluluğu altındadır. Yol "güvenliği" için mühendislik temelli politikalar, devletlerin ana yaklaşımını oluşturmaya devam etmektedir: Ulaşım politikaları sağlığı geliştiren, düşük riskli ve sürdürülebilirlik hedeflerini yerine getiren ulaşım şekilleri olan yürüme, bisiklet ve toplu taşımaya daha fazla öncelik vermelidir. Pek çok Avrupa şehrinde bisiklet kullanımına yönelik yapılan yüksek yatırımlar, ölüm oranlarında toptan bir düşüşe ve daha güvenli bir çevre algısına yol açmıştır (Londra İçin Ulaşım – Transport for London 2004). Bununla birlikte artan refah, "kolaylık" ve ticari güçler motorlu araçların kullanımını yaygınlaştırmaktadır.

7.6.1 Yürüme için politikalar

1. Düşünce değişikliği: Geçmişte şehirlerde yayalar bariyerlerle kısıtlanmak, alt geçitlere yönlendirilmek yoluyla ve bunun da "güvenliği" arttıracağı gibi sorgulanmaya açık bir kabulle motorlu araç trafiğinden ayrılırlardı. Ulaşım planlaması kararlarında, özellikle kavşaklardaki yaya geçitlerinde, yayalara otomobillerden daha yüksek öncelik verilmelidir.

2. Artan erişim: Yayaların toplu taşımaya ulaşmalarına öncelik verilmeli, çok sayıda erişim noktası sağlanmalıdır.

3. Kalitenin yükseltilmesi: Yürümek hoşa giden ve güvenli bulunan çevresel bir deneyim olmalıdır. Bu ise şehirlerin "yeşillendirilmesi", kaldırımların genişletilmesi, yolların daraltılması, yol işaretlerinin (bariyerler, levhalar gibi) kaldırımlar yerine yollara yerleştirilmesi, iyi aydınlatmaya önem verilmesi, trafik hacminin düşürülmesi ve uzun yolculukların daha hoşa gider kılınması için yol üstü parklar oluşturulmasıyla teşvik edilebilir.

4. Önemli güzergâhlar için, örneğin, alışveriş yerlerine, okullara, kütüphane-

lere ve hastanelere ulaşmak için net bir şekilde birbirine bağlanmış yaya ağlarının kurulması.

5. Tüm mahallelerde bisikletle veya yürüyerek erişilebilecek mesafede güzel yerel tesisler kurulması.

7.6.2 Bisiklet kullanımı için politikalar

1. Düşünce değişikliği: Bisiklet, şehirlerde kısa ve orta mesafeli yolculuklar için *standart* ulaşım şekli olarak görülmeli, yerel yönetimler ve polis tarafından desteklenmelidir (bu kurumların kendi görevlilerinin de düzenli olarak bisiklet kullanmaya teşviki dâhil olmak üzere). Yokuşların ve eğimin fazla olduğu şehirlerde bisiklet kullanımının teşviki için özel çaba gereklidir.

2. Tüm potansiyel bisiklet yolculuklarını karşılayabilmek için hazırlık yapılmalıdır – tahminlere göre bisiklet kullanımı Birleşik Krallık'ta bugünkü otomobil yolculuklarının yarısından fazlasının yerini alabilir (Dünya Dostları – Friends of the Earth 1992).

3. Otomobil trafiği büyük ölçüde azaltılana ve yol üstü park etme tamamen ortadan kaldırılana kadar, tüm yollarda otomobillere ayrılan şeritlerin yanı sıra ayrı bisiklet şeritleri olmalıdır.

4. Bisiklet park yeri olanakları yaygın, iyi tasarımlı (güvenlik için) ve toplu taşımaya aktarma yapabilmek için öncelikli bir yapıda olmalıdır.

5. Avrupa çapında bisiklet kullanımının özendirilmesi bağlamında pek çok olumlu uygulama bulunmaktadır; örnek olarak Avrupa Bisikletçiler Federasyonu tarafından özetlenen uygulamalar (http://www.ecf.com) verilebilir.

6. Sustrans –Birleşik Krallık'ta sürdürülebilir ulaşımla ilgilenen bir yardım derneği– ulusal bir bisiklet ağı kurmuş ve bisiklet kullanımıyla ilgili çeşitli projeleri desteklemiştir (http://www.sustrans.org.uk).

7.6.3 Toplu taşımanın geliştirilmesi

Toplu taşıma orta ve uzun mesafeli ulaşımın ana çözüm yoludur. Gruplar halinde ulaşım enerjiden tasarruf sağlar ve hem daha ekonomik hem de daha sürdürülebilirdir. Kara üzerinde nadiren toplu taşıma kullanan birçok insan, diğer yandan toplu yolcu taşıyan uçakları kullanmakta isteklidir.

Toplu taşımayla ilgili tartışmalar, bazen devlet desteğinin oranı konusunda görüş ayrılıklarına takılıp kalır. Verimsiz uygulamaları sürdüren devlet destekleri ve ücretlerin reel maliyetleri, özellikle de çevresel maliyetleri de yansıtması gerektiği yönündeki iddialar çoğunlukla temelsiz kalır. Buna karşın, toplu taşımanın doğrudan devlet tarafından desteklenmesi, gelir ve erişim eşitsizliklerinin telafisi için verimli bir yol olabilir. Bireysel otomobil kullanımına güçlü bir alternatif

sunmak için toplu taşımaya yatırım yapmak ve onu korumak gereklidir. Merkezi ve yerel yönetimlerin iyi toplu taşıma hizmetlerini sürdürmeleri (sözleşmeler ve sübvansiyonlar yoluyla) – her ne kadar bazı kamu makamları çok iyi hizmetler sunsalar da – aslında kamu otoritesinin hizmetleri yönetmesinden daha önemlidir.

Toplu taşıma için politikalar şunları içerir:

1. Tüm toplu taşıma yöntemlerinin birbiriyle (örneğin aktarmaya izin veren biletlerle) ve bisiklet kullanımı ve yürümeyle (örneğin bisiklet park yerleriyle) bütünleştirilmesi.
2. Trenlerde ve otobüslerde bisikletler için iyi bir hizmet sunulması.
3. Sık ve güvenilir seferler.
4. Kırsal kesime ve varoşlara hizmet veren güzergahlar – bu uygulama, şehir merkezinden geçen birçok uzun mesafeli güzergah yerine, güzergahların arasında bağlantıların iyi kurulmasını gerektirir.
5. Tüketici taleplerine duyarlılık ve bunlara göre yapılan yenilikler.

7.6.4 Taşıt kısıtlaması politikaları

Artık Avrupa düzeyinde de fark edildi ki yirminci yüzyılda görülen taşıt artışı eğiliminin 21. yüzyılda tersine çevrilmesi gerekmektedir (Şehir Ortamı Uzmanları Grubu – Expert Group on the Urban Environment 1996). Buna rağmen, trafiği azaltına yöntemleri ülkeden ülkeye değişiklik gösterecek ve farklı seviyelerde uygulanacaktır. Ulusal, bölgesel ve yerel yönetimler trafiğin azaltılması için gerçekçi politikalara dayalı hedefler koymalı ve uygulamaların verimliliğini bu hedeflere göre ölçmelidir.

Yirminci yüzyılda Avrupa ülkelerinde ulaşım artışının tarihi eğilimi, savaş yılları dışında, otomobil mülkiyeti ve kullanımında yıllık artışlar ve yük taşınmasında trenden karayoluna doğru geçiş şeklinde olmuştur. Bu eğilimler, plancılar tarafından daha fazla karayolu yapılmasının gerekliliği şeklinde yorumlanmıştır – bu süreci eleştirenler, durumu "tahmin et ve üret" şeklinde adlandırarak alaya alırlar. Ancak yol yapımının hemen her zaman taraftarları vardır – inşaat şirketleri, arsa sahipleri, yolun "geçeceği" şehirlerde oturanlar ve motorlu taşıma kuruluşları gibi. Bunun aksine, sürdürülebilir ulaşım için yeni yaklaşımların özünde, otomobil yolculuğunu ve karayolu ulaşımını sınırlandırmak için aktif bir arayış olmalıdır. İnsanlar daha yakın varış noktaları seçtiğinde (daha kısa otomobil yolculukları), otomobil yerine başka bir ulaşım şekli seçtiğinde (yürüme, bisiklet veya toplu taşıma) veya yolculuk yapmamaya karar verdiklerinde (alternatif iletişim biçimleri ile) otomobil kullanımı azalır. Otomobille ulaşımı sınırlama politikaları bu üç seçeneğin her birine gereksinim duyacaktır.

Trafiği azaltına amaçlı stratejiler geniş kapsamlı olmalıdır:

1. Trafiğin bir yerde azaltılması, başka bir yere aktarılmasına neden olmamalıdır.

2. Toplumun tüm üyeleri uygulamaya katkıda bulunmalıdır (örneğin politikacılar, profesyoneller ve yöneticiler dâhil olmak üzere).

3. Değişim için teşvikler olmalıdır – değişim sadece bir azınlığın iyi niyetine bağlı olmamalıdır.

4. Trafiğin azaltılması, başka önceliklerle bütünleştirilmeli ve birlikte ele alınmalıdır – bisiklet kullanımının ve yürümenin artırılması, kentsel ortamın ve toplu ulaşımın iyileştirilmesi, "otomobile bağımlı" kentsel tesislerin (örneğin süpermarketler ve büyük eğlence tesisleri gibi otopark kullanan tesisler) azaltılması gibi.

Şu anda yürürlükte olan trafiğin azaltılmasına yönelik stratejilerinden bazıları şunlardır:

1. Trafiğin sakinleştirilmesi: Örneğin, düz yolları daraltan sert virajlar, geçitlere ve kavşaklara koyulan tümsekler ve yükseltiler, yol işaretlerinin (parkmetreler, yol tabelaları gibi) kaldırımlardan yollara alınması gibi uygulamalar.

2. Yolların kapatılması: İyi planlandıkları zaman caddelerin yayalaştırılması, çıkmaz sokaklar ve beraberinde araçların azaltılması aynı miktarda yolculuğun yapılmasını farklı ulaşım yöntemleriyle sağlayabilir.

3. Yasaklar ve izin şemaları: Kentlerin belirli bölgelerinin trafiğe kapatılması, otomobillerin en az üç yolcu taşımasının zorunlu kılınması, ruhsat verilen toplam araç sayısına sınır getirilmesi gibi.

4. Yüksek taşıt vergileri: Park yerlerinde (toplu ve özel), ruhsatlarda, taşıt alım satımında ve benzinde uygulanabilir.

5. Talebin azaltılması: Okul otobüsleri sağlanması, çocukların okula giderken yürümeye özendirilmesi, evde çalışma, gıda maddeleri ve diğer gereksinimlerin yerel olarak temin edilebilmesi.

Bazı şehirler (örneğin Fez (Fas'ta) ve Venedik) tarihi şehir merkezlerini otomobillerden tamamen arındırmıştır; başka şehirler, (örneğin Roma) eski sokaklarda otomobil kullanımını önemli ölçüde azaltmıştır. Atlı arabalar ve tramvaylar döneminde kurulan şehirler bile (örneğin Zürih) otomobille erişimi sınırlayan, yürümeyi ve bisiklet kullanımını özendiren ve iyi toplu taşıma olanakları sunan politikalarla taşıt kullanımında önemli azalmalar sağlamışlardır.

Şehir merkezlerinin yayalaştırılması, artık pek çok şehirde amansız trafik artışına ve bununla birlikte gelen trafik tıkanmalarına set çekmek için normal bir politika halini almıştır. Ancak, taşıtların azaltılması bundan daha geniş bir konudur ve artan otomobil mülkiyeti nüfusun geniş bir kesiminde – emekliler, ilk işinde çalış-

makta olan gençler, genç bir ailesi olan ebeveynler gibi – ele alınmalıdır. Otomobil satın almak son derece ucuz ve kolaylaşmış durumdadır, çünkü otomobillerin başka insanlara olan maliyeti uygun bir şekilde ödenmemektedir. Ev ve iş arasında gidip gelmenin ve keyif gezilerinin düşük maliyeti, eğer otomobilde birden fazla kişi varsa toplu taşımadan da belirgin şekilde düşük olabilir. Otomobil yolculuğunun maliyetinin çevresel maliyetleri yansıtacak şekilde artırılması, yolların ücretlendirmesi (örneğin mesafe ölçerlerle) ve varlık vergisi ile olanaklı olabilir (örneğin, Singapur'da yeni bir otomobil satın alırken eski otomobil imha edilmediği takdirde yüksek bir vergi alınmaktadır). Londra'da 2003 yılında getirilen, günlük sekiz avro tutarındaki sıkışıklık vergisi, trafikte bir anda %15'lik bir azalmaya yol açmıştır.

Otomobillerin azaltılmasına yönelik bir tartışma, aynı zamanda şehirler arasında da hızla artan otomobil kullanımını ya da kırsal bölgelerden şehre ulaşımı da ele almak zorundadır. Önümüzdeki on yıllarda otomobil kullanımına dair tahminler şehir merkezlerinden daha çok kırsal kesimlerde artışlar öngörmektedir. Şehir merkezlerinde doygunluğa ulaşan otomobil kullanımı, şehirlerin çevresinde sürdürülen yol yapımının da etkisiyle artık daha boş olan varoş ve kırsal alanlara ait yollarda yaygınlaşmaktadır. Varlıklı insanlar, önceki dönemlerden çok daha fazla şehir dışında yaşamak, şehre ve kırsala otomobille gidip gelmek istemektedir. Başka bir zorluk da kırsal kesimde yaşayan otomobil sahiplerinin otomobile olan "gereksinimin" daha fazla olduğunu öne sürmeleridir; gerekçeleri ise şehirdeki gibi ekonomik olmamasından dolayı toplu taşımanın kırsal kesimde daha az olmasıdır. Ancak, Avrupa'nın bütününde çiftçilikle uğraşan insan sayısı azalmaktadır: İnsanlar köyde yaşamayı (ve şehirde çalışmayı) fiziksel ve çevresel avantajları nedeniyle istemektedir. Merkezi ve yerel yönetimlerin doğrudan kontrolü altında olan arazi planlaması, kırsal kesim ve şehir arasında gidip gelme ve "yatakhane" köylerinin genişleme eğilimini tersine çevirmek açısından kritik öneme sahiptir.

Yük taşımacılığında da değişime gereksinim vardır. Bu değişimin bir bölümü ulusal politika konusudur: Örneğin, hükümetler doğal ürünlerin yerel olarak üretimini sağlamalı (kaynak ve/veya yetenek var olduğu ölçüde) ve taşıma maliyetlerini artıran küreselleşmeden kaynaklanan ticari eğilimlere direnmelidir. Eğer bir ülkenin yerel üretim için yeterince gelişmiş bir iç pazarı varsa otobüslerle, örneğin, uluslararası ticaret yapmanın bir anlamı olmayabilir; diğer yandan, elektronik ürünler ve hizmetlerin ticareti daha az çevresel zararla (örneğin internet üzerinden) yapılabilir. Yerel yönetimler, malların yerel dağıtımına özel önem vermelidir. Londra'da bisikletçi ölümleri üzerine yapılan bir çalışma (Gilbert, McCarthy 1994), ölümlerin yarısına ağır yük kamyonlarının (üç tondan fazla) yol açtığını göstermiştir. Leiden'de, şehir içi dağıtım için malların büyük araçlardan küçük kamyonetlere aktarıldığı bir sistem yürürlüğe girmektedir: Malların yüzde yetmişinin ve yolculukların yüzde sekseninin, bu kapsamda, küçük

araçlara nakledilebileceği tahmin edilmektedir (Şehir Ortamı Uzmanlar Grubu – Expert Group on the Urban Environment 1996).

7.7 Değişim politikası

Sağlık ve ulaşım için –"güvenliği" artırmanın ötesinde– gerekli olan bütünleşmiş üç politika; yürümenin ve bisiklet kullanımının teşviki, toplu taşımanın geliştirilmesi ve motorlu araçlarla ulaşımın (yük ve yolcu taşınmasının) azaltılmasıdır. 1970'lerdeki petrol "krizi" ile petrol üreten ülkelerin oluşturduğu kartel, fiyatları çarpıcı bir biçimde yükseltmiş ve ilk kez petrole olan küresel bağımlılığın büyük çapta anlaşılmasına neden olmuştur. Pek çok ülke, ana yollarda 80 km/saatlik hız sınırı ve konutlarda yalıtımın geliştirilmesi gibi enerji kullanımını azaltmaya yönelik düzenlemelere başvurmuştur. Ancak, petrol rezervinin dengelenmesiyle birlikte yollarda hız sınırları yeniden yükseltilmiştir: Ne sağlık ne de çevre konularındaki tartışmalar, karayolu destekçilerinden gelen hız sınırlarını artırma yönündeki baskılar kadar güçlü olmuştur.

Özel ulaşım için politik çaba harcayan güçlere, toplu olarak "karayolu lobisi" adı verilmektedir (Hamer 1987). Bu lobi motorlu araç kuruluşlarını (sigorta ve acil durum hizmetleri almak için üye olan milyonlarca üyeye sahiptir), yol yapım şirketlerini (ki kamusal inşaat sözleşmelerinin en büyüklerinin bir bölümü yol yapımı içindir), otomobil üreticilerini (çoğu Avrupa ülkesi hem kendi içinde hem de yurt dışıyla bağlantılı olarak otomobil üretir ve satar), ülke çapında satış noktaları olan petrol şirketlerini ve müşterileri tüm bu gruplardan oluşan reklamcıları kapsamaktadır. Pek çok yolculuğun yürüyerek yapıldığı gerçeği, karayolu lobisine karşı yayaların göreceli lobi gücüne yansımamıştır. Bir karayolunun "kendi" şehrinden geçmesini sağlamak, bir politikacı için önemli bir yerel başarı olabilir; bisiklet kullanma olanaklarını geliştirmek ise pek az oy toplar.

Değişimi hayata geçirmenin zorluğu, Danimarka'nın kuzeyindeki Aalborg şehri üzerine yapılan bir çalışmada detaylı olarak ortaya konmuştur (Flyvbjerg 1998). Aalborg, trafik kısıtlamasını ciddiye alan ilk şehirlerden biridir ve şehir içinde gelişmiş bir otobüs hizmet planı uygulamayı, kısmi yayalaştırmayı ve bisiklete erişimin geliştirilmesini kapsayan bir projeyi hayata geçirmeyi amaçlamıştır. Bu çalışma, yerel koalisyonların – özellikle yerel mağazalara erişimde herhangi bir değişim olmasından korkan Ticaret Odası, otomobil kullanıcılarını otobüs yolcularına veya bisikletçilere tercih eden polis ve bu planı kullanarak politik bir saldırıya hazır olan yerel basın – şehir planlamacılarının bu amaçlarını nasıl engellediğini açıklamaktadır. Her ne kadar Danimarka'nın uzman planlamacılar birliği, projeyi övgüyle karşılamış olsa da gerçekte sonuçlar o kadar başarılı olamamıştır: 10 yıllık süreçte otomobil trafiğinde artış görülmüştür.

Yine de, Aalborg şehri bir çığır açmıştır. O zamanın yenilikçi fikirleri bugün daha alışıldık hale gelmiş, pek çok kasabada ve şehirde başarılı oldukları ispat-

lanmıştır. Aynı zamanda, Danimarka'nın başkenti Kopenhag'da otomobilleri sınırlandırmak için çok daha başarılı şehir politikaları geliştirilmiştir ve Kopenhag'da yolculuk yapmak – otobüs, metro veya bisikletle – en hoşa giden deneyimlerden biridir. İzlediği yoldan emin olan bir şehir meclisi, azımsanamayacak bir etkiye sahip olabilir. "Otomobilsiz Şehirler" (Eurocities 1998), Avrupa çapında otomobil trafiğini azaltma politikaları ve uygulamaları konusunda deneyimlerini paylaşan yerel yönetimlerden oluşan bir topluluktur. Bu topluluk, yayınlar ve konferanslar yoluyla entegre yerel ulaşım politikaları, bisiklet ve yürüyüşün özendirilmesi yönünde çalışmalar yapmaktadır.

"Eurobarometer" isimli araştırma, o zamanlar Avrupa Topluluğu adını taşıyan birliğin 12 üye ülkesinde ulaşıma dair farklı yaklaşımları göstermiştir. Araştırmaya katılanlardan kentsel araç trafiği algılarını derecelendirmeleri istenmiştir. Trafiğin "dayanılmaz" olduğu yönündeki cevaplar Danimarka'da yüzde 14, Hollanda'da yüzde 18 iken, İtalya ve Yunanistan'da yüzde 40'ı aşmış, Avrupa ortalaması ise yüzde 22 olarak belirlenmiştir (Avrupa Komisyonu – European Commission 1996, Şekil 4.2.6). Ayrıca, şehir merkezlerinde trafiğin sınırlanması yönünde – Avrupa çapında ortalama yüzde 71 oranında – güçlü bir destek söz konusudur; bununla birlikte ankete katılanların yüzde 65'i otomobil kullanımını sınırlandırmak için ücretlerin arttırılmasının etkisiz olacağını ifade etmiştir (Uluslararası Araştırma Ortakları – International Research Associates 1991).

7.8 Sonuçlar

Ulusal ulaşım bakanlıkları, sağlık birimleriyle daha yakın temas kurarak, ulaşımın sağlık üzerindeki etkilerini daha iyi anlamalıdırlar. Eşit olarak, sağlık bakanlıkları da sağlık ve ulaşım anlayışlarını geliştirmelidir. 1999'da Londra'da toplanan Dünya Sağlık Örgütü zirvesinde Avrupa Ülkeleri Çevre ve Sağlık Bakanları, Ulaşım ve Sağlık Protokolü'ne toplu olarak imza attılar. Dünya Sağlık Örgütü; ulaşım, sağlık ve çevre üzerine Avrupa çapında bir programla (PEP: pan – European Programe), ulaşımın sağlık üzerindeki etkilerini ve maruziyetleri modelleyen bir araştırma projesiyle (HEARTS) ve aynı zamanda da kaynak çeşitliliği sağlayarak (http://www.euro.who.int/transport) bu girişimi sürdürmüştür.

Ulaşım seçeneklerini düzenleyen ulusal hükümetler de halklarının sağlığından sorumludur. Ulaşım planlamasında yürüme ve bisiklet kullanımına öncelik verilmelidir; ekonomi ve arazi kullanımı planlamasında taşıtlarla yapılan yolculuğu asgariye indiren küçük şehirlere öncelik tanınmalıdır; toplu taşıma önemli ölçüde geliştirilmeli ve otomobil trafiği azaltılmalıdır; politika yapıcıların, sanayinin ve sivil toplumun (sendikalar, kitle örgütleri ve çıkar gruplarının) önderliğine gereksinim vardır.

Kaynaklar

APHEIS (2004). Air pollution and health: a European information system. Health impact assessment of air pollution and communication strategy. http://www.apheis.net/Apheis3NEWl.pdf

Abdalla, I., Barker, D., and Raeside, R. (1997). Road accident characteristics and socio-economic deprivation. *Traff. Engin. Control* **38**, 672-6.

Adams, J. (1985). *Risk and freedom: the record of road safety regulation*. Transport Publishing Projects, Cardiff.

Adams, J. (1988). Risk homeostasis and the purpose of safety regulation. *Ergonomics* **31**,407-28.

Anderson, R. (1997). Health effects of air pollution from traffic: discussion. In: *Health at the crossroads: transport policy and urban health* (ed. T. Fletcher and A. J. McMichael), pp. 82-5. John Wiley and Sons, London.

Appleyard, D. and Lintell, M. (1972). The environmental quality of city streets: the residents' viewpoint. *American Institute of Planners Journal* **38**, 84-101.

Berglund, B. and Lindvall, T. (ed.) (1995). *Community noise*. Centre for Sensory Research, Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm.

British Medical Association (1997). *Road transport and health*. British Medical Association, London.

Davis, R. (1993). *Death on the streets: cars and the mythology of road safety*. Leading Edge Press, Hawes, North Yorkshire, UK.

Department of Transport (2004a). *National travel survey*. Department of Transport, London.

Department of Transport (2004b). *Transport trends, Great Britain*. Department of Transport, London.

Economic Commission for Europe (1994). *Annual bulletin of transport statistics for Europe*. United Nations, Geneva.

Eurocities (1998). *Car free cities magazine*. Eurocities, Brussels (cfc@eurocities.be)

Expert Group on the Urban Environment (1996). *European sustainable cities*. European Commission Directorate General XI, Brussels.

Finch, D., Kompfher, P., and Maycock, G. (1994). *Speed, speed limits and accidents*. Transport Research Laboratory, Crowthorne.

Flyvbjerg, B. (1998). *Rationality and power: democracy in practice*. University of Chicago Press, London.

Friends of the Earth (1992). *Less traffic, better towns*. Friends of the Earth, London.

Gilbert, K. and McCarthy, M. (1994). Cycling deaths in London 1985-92: the hazards of traffic. *BMJ* **308**, 1534-7.

Hamer, M. (1987). *Wheels within wheels: a study of the road lobby*. Routledge and Kegan Paul, London.

Haynes, R., Jones, A., Harvey, I., Jewell, T., and Lea, D. (2005). Geographical distribution of road traffic deaths in England and Wales: place of accident compared with place of residence. *Journal of Public Health* **27**,107-11.

International Research Associates (1991). European attitudes towards urban traffic problems and public transport. INRA (Europe), Brussels.

Jarvis, S., Towner, E., and Walsh, S. (1995). Accidents. In: *The health of our children* (ed.

B Botting for the Office of Population Censuses and Surveys). HMSO, London.

McMichael, A.J. (1997). Transport and health: assessing the risks. In: *Health at the crossroads: transport policy and urban health* (ed. T. Fletcher and A.J. McMichael), pp. 9-26. John Wiley and Sons, London.

Morris, J.N. (1990). Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. *Br. Heart J.* **63**, 325-34.

Morris, J.N. and Hardman, A.E. (1997). Walking to health. *Sports Med.* **23**, 306-32.

Peden, M., *et al* (eds) (2004). *The world report on road traffic injury prevention.* Geneva, World Health Organization.

Potter, S. (1997). *Vital travel statistics.* Landor Publishing, London.

Robinson, D.L. (2003) Helmet laws and cycle use. *Inj. Prev.* **9**, 380-1.

Robinson, D.L. (2005). Safety in numbers in Australia: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Health Promotion Journal of Australia* **16**, 47-51.

Schwartz, J. (1997). Health effects of air pollution from traffic: ozone and particulate matter. In: *Health at the crossroads: transport policy and urban health* (ed. T. Fletcher and A.J. McMichael), pp. 61-82. John Wiley and Sons, London.

Stansfeld, S.A., Haines, M.M., Burr, M., Berry, B., and Lercher, P. (2000). A review of environmental noise and mental health. *Noise and Health* **2**,1-8.

Tennant, A. (2005). Admission to hospital following head injury in England: incidence and socioeconomic associations. *BMC Public Health* **5**,21.

Transport for London (2004). *A business case and evaluation of the impacts of cycling in London.* London, Transport for London Cycling Centre of Excellence.

Wanamethee, S.G., Shaper, A.G., and Walker, M. (1998). Changes in physical activity, mortality and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet* **351**, 1603-8.

World Health Organization (2005). *http://www.euro.who.int/transport*

8. Bölüm

TOPLUMSAL DESTEK VE TOPLUMSAL BİRLİK

Stephen A. Stansfeld

8.1 Giriş

Günümüzde toplumsal desteğin sağlığa faydalı olduğu ve toplumsal izolasyonun sağlıkta kötüleşmeye yol açtığı yönünde güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Toplumsal destek hem fiziksel sağlığa hem de ruh sağlığına pek çok yönden olumlu bir etki yapmaktadır. Bununla birlikte, bu etkinin doğası tam olarak anlaşılabilmiş değildir ve toplumsal desteğin literatürdeki tanımları büyük değişiklikler göstermektedir (Pahl 2003). Kavram olarak toplumsal destek, pek çok farklı şekilde kullanılmaktadır ve toplumsal desteğin sağlığı etkilediği yönündeki kanıtların değerlendirilebilmesi için tanımının açık olması önemlidir.

Toplumsal destek, "başkaları tarafından sağlanan kaynaklar" olarak tanımlanmıştır (Cohen, Syme, 1985) ve "bireye önemsendiğini, sevildiğini, iletişim ve karşılıklı ödevler içeren bir toplumsal ağa ait olduğunu bildiren bilgi" olarak görülür (Cobb 1976). Toplumsal destek konusunda yapılan kuramsal çalışmaların pek çoğu erken yaşamdaki bağlanma ve ayrılmalar üzerine – başka bir deyişle, ilişki kaybının etkileri üzerine yapılmış çalışmaları kaynak almaktadır (Bowlby 1969). Kişisel ilişkilerin doğası çeşitlilik gösterir ve davranışsal, bilişsel ve duyusal bileşenlere sahiptir. Davranışsal bileşenlerin içinde toplumsal etkileşim olayları yer almaktadır. Toplumsal desteğin bir parçası olan bu etkileşimin kalitesinin ve içeriğinin incelenmesine gereksinim vardır. Bilişsel bileşenler ise, destek işlemlerinde örtülü olarak gerçekleşen değiş tokuşlar ve ödüller yanında, bunların katılımcılar tarafından nasıl algılandığını içerir.

8.2 Desteğin ölçümü

En önemli ayrımlardan biri, toplumsal ağlar ve desteğin işlevsel yönleri, yani toplumsal ağın üyelerinin verdiği desteğin niteliği ve türü arasındadır. Toplumsal ağ terimiyle kastedilen, bir grup kişinin toplumsal bağlantılarıdır. Bu türden bir iletişim, iletişim içinde olanların sayısı ve iletişim sıklığı ile tarif edilebilir (Tablo 8.1). Bunun gibi ölçümler, birincil gruptan ya da öznenin en çok bağlı bulunduğu insan topluluğundan olanların sayısı ve anlamlı destek sağlama olasılığı daha düşük olan uzak bağlantıların sayısı şeklinde bir ayırım yapılarak daha da detaylandırılabilir. Başka işe yarar ölçümler arasında, ağın her bireyinin di-

ğerleriyle ne kadar iletişim içinde olduğunu tahmin etmeye yarayan ve ağ üyelerinin ne derecede bütünleşmiş olduğunu gösteren, ağın "yoğunluğu" sayılabilir.

Tablo 8.1 – Toplumsal destek ölçütleri ve toplumsal ağlar

Toplumsal ağlar	Bağlantılar
	Bağlantı sayısı
	İletişim sıklığı
	Ağ yoğunluğu
Toplumsal destek	Destek türleri
	Duygusal – bilgisel ; kendi kendini değerlendirme
	Etkili veya pratik
	Olumsuz etkileşim

Ağ ölçütlerinin toplumsal ilişki araştırmalarına sağladığı büyük avantaj; ölçümlerinin nisbeten kolay oluşu, anketler sırasında bireyler tarafından güvenli bir şekilde hatırlanabilir oluşları ve dışarıdan yapılabilecek değerlendirmelerle oldukça kolay bir şekilde doğrulanabilmeleridir. Ayrıca bu tür ölçümler, bir olasılıkla da toplumsal olarak istenen kalıplarda cevaplar verilmesine daha az yatkındır. Bu ölçütler toplumsal bütünleşmeye, bireyin ortak zorunluluk ve karşılıklı değiş tokuş ağının ne derecede parçası olduğuna dair bir içerik listesi teşkil eder – ve böylece bireyin ve toplumun ihtiyaçları arasında bağ kurar. Ancak, ağ ölçütlerinin ana dezavantajı, toplumsal iletişimde meydana gelen etkileşimin niteliğine dair herhangi bir bilgi ortaya koymamalarıdır. Toplumsal desteğin kaynakları tanımlanabilse de, desteğin türü tanımlanmaz. Oysa toplumsal izolasyon gibi büyük bir toplumsal destek eksikliği tanımlanabilse dahi, bu durum, toplumsal destek işlemlerinin yüksek düzeyde bir takdirinin olmadığı anlamına gelir.

Toplumsal ağın olduğu kadar destek niteliğinin de incelenmesiyle çok daha zengin bir analize erişilebilir. Genel olarak, destek türleri "duygusal" ve "pratik" (veya "etkili") olarak ayrılabilir. Bazı çalışmalarda, toplumsal desteğin duygusal destekle benzerlik taşıyan başka yönleri de tanımlanmıştır. Bunlar arasında, destek kaynaklarının katılımcılara sorunlarını çözmekte yardımcı olabilecek bilgiler sağladığı "bilgisel" destek sayılabilir. Duygusal desteğin daha önemli başka bir bileşeni de öz değerlendirmeyle ilişkilidir. Bu, kişinin kendine saygısını artırır ve olumlu öz değerlendirmeyi teşvik eder. Pratik destek, aralarında parasal destek ve pratik yardımın da olduğu pek çok farklı şekilde ortaya çıkar.

Desteğin sağlık üzerindeki etkisinin incelenmesinde, örneğin, farklı kaynaklardan gelen duygusal destek, bu kaynakların katılımcıya yakınlığına göre farklı anlamlara sahip olabileceğinden, destek kaynağının da tanınması gerekir. Geçtiğimiz yıllarda, toplumsal destek araştırmaları yakın ilişkilerin olumlu olduğu kadar olumsuz yanları da olabileceğini kabul etmiştir. Yakın ilişkilerin olumsuz yönlerinin sağlık üzerinde çok güçlü (muhtemelen olumlu yönlerinden daha da

güçlü) bir olumsuz etkisi olabileceği yönünde gittikçe güçlenen kanıtlar bulunmaktadır (Coyne, Downey, 1991).

Desteğe yönelik soruların sorulma biçiminde, yöntembilimsel açıdan değişiklikler görülür. Desteğin "varlığı" sorgulanırken, katılımcıya ihtiyacı olduğunda destek verecek kimse olup olmadığı sorusu yöneltilmektedir. Bunun bir avantajı, kişilerin nasıl hissettiğini değerlendirmeye izin vermesidir, ancak bu değerlendirme özet kalmaktadır. "Algılanan" destek, katılımcının ne kadar desteklendiğini hissettiğini ve kendisine ne kadar destek verildiğini belirttiğini göstermektedir. Bu ölçütün avantajı katılımcının gerçekte ne kadar destek aldığını daha hassas şekilde ölçebilmesidir. Ancak, sağlıkla ilgili kesitsel neden-sonuç çalışmalarında, desteğin ölçülmesi ile ilgili şöyle bir risk söz konusudur; yapılan ölçüm, destekten ziyade sağlığın bozulmasına ya da destek eksikliği nedeniyle sağlığın bozulmasına bağlı olarak sonuç verebilir.

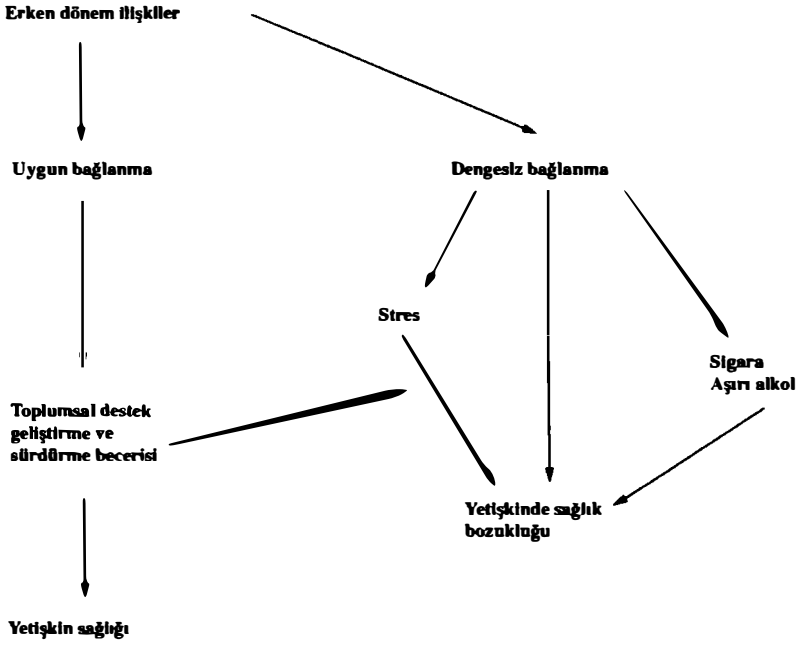
Toplumsal desteği tek yönlü olarak görmek kolay, ancak yanıltıcıdır. Toplumsal destek, insanlar arasında hem etkileşimi hem de karşılıklı alışverişi içerir. Dolayısıyla, bir insanın bir ilişkide verdikleri de –bir başkasından aldıkları gibi– sağlığı için önemli olabilir; buna "karşılıklılık" adı verilir. Olumlu toplumsal ilişkilerin korunmasında karşılıklılığın örtük bir anlamı olabilir. Örneğin, karşılıklı bir alma ve verme dengesi içeren ilişkilerin sürdürülmesi, dengesizlik içeren ilişkilerden daha kolay olabilir. Bununla birlikte, bu tür karşılıklılık kalıplarına yol gösteren yapısal ayrıcalıkların var olması muhtemeldir. Örneğin, ebeveynler ve küçük çocukları arasındaki ilişkilerde, ebeveynler tarafından pratik yardım daha fazla sağlanacaktır. Toplumsal rollerin çok daha esnek olduğu bugünün toplumunda, hem biyolojik hem de toplumsal yapıya dair koşullar karşılıklılık beklentisini şekillendirir. Toplumsal ilişkilerde karşılıklılık beklentisi de açık olmayan bir şekilde tanımlanmıştır ve mesleki rollerle ev içi roller arasında çatışmaya yol açabilir.

8.3 Toplumsal destek ve kişilik

Toplumsal desteğin sağlık üzerindeki etkilerine dair kanıtların değerlendirilmesinde karşılaşılan zorluklardan biri, toplumsal ilişkilerdeki alışveriş içeriğinin sağlık dağıtıcı etkisinin, insanın ilişki kurma ve sürdürme konusundaki içsel yeteneğinden ayırt edilmesidir. Olumlu toplumsal ilişkiler geliştirme yeteneğinin, erken dönemlerde anne ve babayla tatminkar seviyede ilişki kurulmasına bağlı olması muhtemeldir (Şekil 8.1). Bunun tersine, erken dönemlerdeki mutsuz veya yıkıcı ilişkiler, yetişkin hayata kadar uzanan tedirgin bağlanma kalıplarına veya bağlanmadan izolasyona yol açabilir. Erken dönem ilişkilerinde sergilenen bu dengesiz kalıplar, kendi içinde, sağlığın bozulması ile ilişkili olabilir. Bu durum, ya strese karşı oluşturulan anormal ve aşırı tepkiler ya da tatminkar duygusal ilişkilerin yerini doldurması için aşırı yeme, içki içme veya sigara kullanımı gibi

sağlıksız davranışların edinilmesi aracılığıyla gerçekleşebilir. Dolayısıyla, toplumsal destek ve sağlık arasındaki ilişki için yapılabilecek açıklamanın bir parçası, kısmen, altta yatan kişilik etkenleri ile bağlantılı olabilir; bu etkenler ise ilişkilerin kurulup kurulamayacağını belirlemektedir. Altta yatan kişilik etkenleri, öyle görünüyor ki, ilişkiyi sürdürme, geliştirme ve ilişkiye özen gösterme becerisini de etkilemektedir.

Elbette, kişilik etkenlerinin toplumsal destek ve sağlık arasındaki ilişkiye katkıda bulunabileceği gerçeği, toplumsal ilişkilerin kendisinin de sağlığın geliştirilmesine fayda sağlayabileceği olasılığını ortadan kaldırmaz. Aslında, toplumsal desteğin sağlık üzerindeki etkileri, bu ilişkilerin ve alışverişlerin sağaltıcı yönlerinin yanında, ilişkilerin geliştirilmesini ve sürdürülmesini teşvik eden kişilik yönlerini de kapsamaktadır. Gerçekten de her tür etkin ve uzun vadeli tutumla birlikte toplumsal desteğin oluşması için neredeyse bir ön koşul olan şey; desteğin geliştirilmesi ve sürdürülmesi için de gerekli olan kişilik özellikleridir.



Şekil 8.1 Kişilik, toplumsal destek ve yetişkin sağlığı

Olumlu toplumsal ilişkilerin geliştirilmesine karşı iş gören bazı kişilik özellikleri bulunmaktadır ve ilginç bir şekilde, bu kanıtı sunan da olumsuz kişilik özellikleridir. Örneğin, birkaç çalışmada kalp hastalıklarına yol açtığı tespit edilen saldırganlık (Barefoot ve ark.1995), toplumsal destek ölçütleriyle ters bir

orantı gösterme eğilimindedir. Bazı durumlarda, saldırganlık ile yanlış sağlık davranışları arasındaki birliktelik toplumsal destek ile azaltılabilir (Allen ve ark. 2001).

8.4 Toplumsal desteğin sağlığa etki düzenekleri

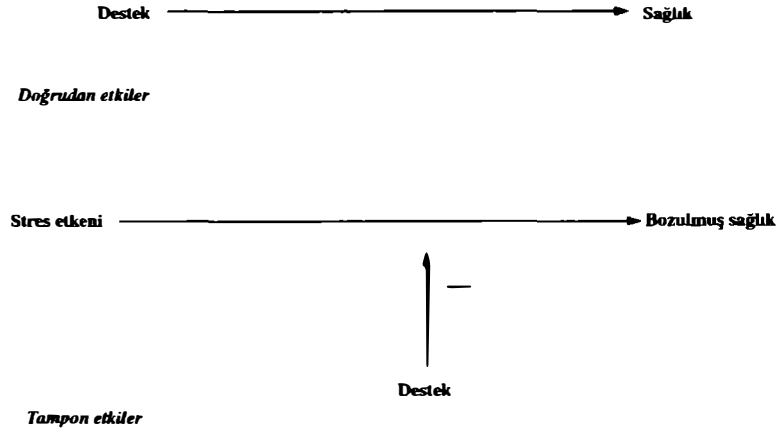
Toplumsal desteğin sağlığa etkisi için iki tür düzenekten söz edilmektedir. Birinci düzenek, desteğin sağlık üzerindeki doğrudan etkilerini içerir. Bu düzeneğe göre, desteğin olumlu etkileri veya toplumsal izolasyondan kaynaklanan destek eksikliği, insanların sağlığı üzerinde doğrudan etkilere sahiptir. İkinci düzenek ise "tampon etkisi" adı verilen etki ile işler. Bu düzeneğe göre, destek sağlık üzerinde herhangi bir doğrudan etkiye sahip değildir, ancak akut ve kronik stres etkenlerinin sağlık üzerindeki etkisinin denetim altına alınmasına yardımcı olur (Şekil 8.2). Uzun süredir bilinmektedir ki; akut yaşam olayları gibi stres etkenleri, bazı insanların sağlığında bozulmaya yol açarken bazılarında etki göstermemektedir. Bu durumun açıklaması hipotezlere göre, destek gibi koruyucu etkenler tarafından yaşam olayının hastalığın gelişmesine yol açan rastlantısal etkisinin kontrol altına alınmasıdır, ancak destek eksikliği gibi "savunmasızlık etkenleri"nin, bir yaşam olayının ardından insanı sağlık bozulmalarına yol açacak şekilde hazırlaması daha olasıdır. Her iki düzeneğin varlığı için kanıtlar bulunmaktadır.

Toplumsal ilişkiler gibi büyük ölçüde psikolojik olarak algılanan bir dizi süreç, nasıl olur da bedensel fizyolojiyi doğrudan etkileyebilir? Toplumsal destek, sağlığı birden fazla şekilde etkiyelebilir. Örneğin, doğrudan etkiler, sağlıkla ilişkili davranışlar üzerinden şekillenebilir. Başkalarından gelen destek ile besin dengesindeki yağ miktarını azaltmak, egzersiz yapmak veya sigarayı bırakmak gibi daha sağlıklı davranışlar özendirilebilir. Dolayısıyla, toplumsal desteğin sağlığa etkileri, kısmen toplumsal kontrolle şekillenebilir (Cohen ve ark.2000). Ama bu şekilde, desteğin sağlığa doğrudan etkisinin sadece bir bölümü açıklanabilir gibi görünmektedir ve başkalarından gelen destek, ancak desteği verenlerin kendileri sağlıklı davranışları benimsemişse sağlığı uyarıcı olabilir. Eğer eşiniz sigara içmeye devam ediyorsa sizin sigarayı bırakmanızın olasılığı, eşinizin sigara içmediği duruma göre daha düşüktür. Desteğin sağlığa doğrudan etkileri, aynı zamanda çevre üzerindeki denetim algısının desteği arttırıcı, insanın öz değerine inancını destekleyen ve böylece iyilik halini ve hastalıklara karşı bağışıklığı arttıran etkisinden de kaynaklanabilir (Bsconti, Bergeman 1999).

Toplumsal desteğin tampon etkileri birkaç farklı şekilde iş görebilir. Öncelikle, potansiyel bir tehdidin destek olan bir kişiyle tartışılması, stres etkeni içinde bulunan örtülü tehditin tekrar değerlendirilmesi adına insana yardımcı olabilir ve böylece tehdidi daha yönetilebilir kılabilir, hatta ondan kaçınma olanağı sağlaya-

bilir. İkincil olarak, pratik yardım veya duygusal danışma stres etkeninin etkisinin yumuşatılmasına yardımcı olabilir ve kişinin, stres etkeninin yol açtığı, sağlığa zararlı olabilecek sonuçlarla başa çıkmasına yardım edebilir.

Ayrıca, başka kanıtlara göre, toplumsal destek ve sağlık arasındaki ilişki ters yönde de çalışmaktadır –bu da bozulmuş sağlığın, özellikle yaşlılarda (Comman ve ark.2003) toplumsal ilişkilerde yer alma ve bunları sürdürmede bir engel oluşturmasına (Ren ve ark.1999) yol açabilen sağlık seleksiyonunun etkisidir.



Şekil 8.2 – Toplumsal desteğin doğrudan ve tampon etkileri

8.5 Destek etkisinin hormonal yolakları

Çevresel stres etkenleri, vücut sistemlerine doğrudan etki edebilir. Akut stres etkenlerinin adrenal sistemi uyarması sonucunda, yağ ve glukoz seviyelerini yükselterek bedensel metabolik sistemleri harekete geçmeye hazırlayan adrenalin ve noradrenalin gibi adrenal medulla hormonları salgılanarak, klasik "savaş ya da kaç" tepkisi ortaya çıkabilir (bkz. Bölüm 2). Her ne kadar bu kısa vadede uyum sağlanabilir bir tepki olsa da eğer stres etkenleri yüksek miktarda veya uzun süreliyse bedene etkiyen toplam gerginlik (allostatik yük) hastalığa yol açabilir. Buna benzer şekilde, hipotalamik-hipofizer-adrenal eksenin (HHA) uyarılması, çoğunlukla ağır depresif hastalıklarda olduğu gibi kortizol salgısında artışa yol açar ve bağışıklık sisteminin işlevini durdurarak enfeksiyon olasılığını artırabilir.

Toplumsal ilişkiler, nöroendokrin tepkinin niteliğini değiştirme veya gücünü azaltma yönünde etki edebilir (Seeman, McEwen 1996). Primatlar üzerinde yapılan incelemelerin gösterdiğine göre, bu durum, toplumsal konumun ve toplumsal desteğin sağlık üzerindeki etkileri için ortak geçiş yolu sağlayan bir düzenek olabilir. Kararlı toplumsal durumlarda erkek primatlar, düşük adrenokortikotropik hormon (hipofiz bezi tarafından adrenal bezi kortizol üretmesi için uyarma

amacıyla üretilir) ve kortizol seviyelerine sahiptir (Sapolsky 1989) ve bu nedenle strese daha az tepki verirler. Bununla birlikte, ilginç bir şekilde, kararsız bir toplumsal ortamda daha fazla rekabet ve saldırganlığı beraberinde getiren baskın toplumsal konum –destekleyici bir ortamın antitezi– erkek primatlarda kortizol salgısında ve sempatik sinir sistemi etkinliğinde artışa ve aterosklerozun gelişimine neden olmaktadır (Williams ve ark.1991). Benzer şekilde, primatlarda toplumsal izolasyon, HHA ekseninin etkinliğinde artışa ve ateroskleroza yol açmaktadır. Biyokimyasal tepkinin çevrede başka yetişkin primatlar var olduğunda azalması ise ilginçtir.

Ayrıca insanlar üzerinde yapılan az sayıda çalışmada yüksek miktarda toplumsal desteğin daha düşük seviyede nabız, tansiyon, kortizol, adrenalin ve noradrenalin değerleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Seeman ve ark. 1994). Dolayısıyla, toplumsal desteğin vücudun çevresel strese olan nöro-hümoral tepkisine doğrudan etki etmesi olasıdır.

8.6 Toplumsal destek ve mortalite

Var olan kanıtlar, toplumsal desteğin hem ruh hem de beden sağlığını etkilediğine işaret etmektedir. Toplumsal desteğin sağlığa etkisinin belki de en çarpıcı ve ayrıca en eski kanıtlarından biri, mortalite üzerine olan etkisiyle ilgilidir. Toplumsal ağların mortaliteye etki ettiğiyle ilgili kanıt, sürmekte olan bir dizi toplum çalışmalarından elde edilmiştir. Alameda Eyalet Çalışması isimli bir araştırmada medeni durum, arkadaşlarla ve akrabalarla temas sayısı, kilise ve grup üyeliği sayısını içeren toplumsal bir ağ dizini yapılandırılmıştır. Dokuz yıllık süreçte, bu dizindeki puanı düşük olanların mortalitesi 1,9 ila 3 kat daha yüksek gözlenmiştir (Berkman ve Syme 1979). Toplumsal teması en az olanlar, en yüksek mortalite hızına sahiptir. Bu çalışmanın güçlü yanı, sağlıkla ilgili davranışlar ve özellikle önceden var olan sağlık bozuklukları gibi potansiyel karıştırıcı etkenleri belirlemesidir. Bunlar toplumsal temas sayısının azalmasına yol açabilir ve sonrasında ortaya çıkan sağlıkta bozulmalar ile toplumsal ağlar arasında asılsız bir ilişkiye işaret edebilir.

Bu gibi erken bulgular, ilerleyen dönemde toplum temelli örneklemlerle yapılan birden fazla çalışma ile doğrulanmıştır; bunlar arasında Tecumseh (House ve ark.1982) ve yaşlılar üzerinde yapılmış olan Durham County (Blazer 1982) çalışmaları gösterilebilir. Buna rağmen Georgia, Evans County çalışmasında (Schoenbach ve ark.1986), beyaz erkeklerde toplumsal ağ etkileşiminin hastalık durumu üzerinde sadece koruyucu bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Avrupa'da, İsveç ve Finlandiya'da yapılan çalışmalar, toplumsal bütünleşmenin ölüm oranları üzerindeki olumlu etkisi olduğunu gösteren kanıtları artırmıştır. Toplumsal bütünleşme, İsveç'te 50 yaşındaki erkekler üzerine yapılan bir çalışmada

(Welin ve ark.1985) uzun ömürle ilişkilendirilirken, Kuzey Karelia çalışmasında (Kaplan ve ark.1988) toplumsal bağların yokluğunun belirgin biçimde yüksek riskle ilişkili olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, İsveç'te toplumsal ağ etkileşimleri, 17.433 kişiyi kapsayan ulusal ölüm oranı verileriyle birlikte değerlendirildiğinde, en çok ve en az etkileşime sahip gruplar arasında toplam ölüm riskinde 3,3 kat artış tespit edilmiştir. Sigara kullanımı, egzersiz ve kronik hastalıklar göz önüne alınarak yapılan ayarlama ile bu değer 1,34'lük bir göreli risk değerine düşmüştür (Orth-Gomér ve Johnson, 1987).

Toplumsal destek ve ölüm oranları üzerine yapılan çoğu çalışma, toplumsal ağlar üzerinde ölçüm yapmış, ancak desteğin işlevsel yönlerini araştırmamıştır. Kaplan ve ark. (1994), doğu Finlandiya'daki Kuopio çalışmasında, altı yıla yakın bir süre boyunca takip edilen 2.682 erkek arasında, ölüm riski yüksek olanların çok azının toplumsal destek aldığı veya verdiği ve toplumsal ilişki kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir. Organizasyonlara katılmada eksiklik, az sayıda arkadaş sahibi olmak ve hâlihazırda evli olmamak da ayrıca genel olarak daha yüksek bir ölüm riski ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular; sigara, alkol ve kahve kullanımı, sağlık durumu, fiziksel etkinlik, beden kütle endeksi veya maddi gelir gibi karıştırıcı etkenlerden etkilenmemiştir.

Toplumsal desteğin işlevsel yönlerinin ölüm oranlarıyla olan ilişkisinin, toplumsal ağlarla olandan daha güçlü olması olasıdır; çünkü bunlar, İsveç Ulusal Çalışmasının (Orth-Gomér, Johnson 1987) aksine, Kuopiro Çalışmasının sonuçlarının da gösterdiği gibi toplumsal etkileşimi daha yüksek oranda yakalamaktadır. Etkileşim sıklığı ve sorun yaşandığında duygusal desteğin kullanımı, Kuopiro Çalışmasında mortalite riskiyle ilişkilendirilmemiştir; bununla birlikte, sorun yaşandığında etkili veya pratik desteğin kullanımının riskin yüksekliğiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Etkili desteğin yoğun kullanımı; var olan hastalıklar, gündelik işlerde işlev kaybı ve dolayısıyla destek gereksinimindeki artışla da bağlantılı olabilir. Genel olarak, Kaplan ve ark. (1994), toplumsal desteğin, sağlık durumunun bir vekili olmadığını öne sürmektedirler; aslında, toplumsal destek ve mortalite arasındaki ilişki, temelde sağlıklı olan alt grupta daha güçlü olarak görülmüştür.

Toplumsal desteğin, tüm ölüm nedenleri üzerinde özellikli olmayan koruyucu bir etkisinin olup olmadığı ikna edici şekilde cevaplanması gereken bir sorudur. Bu soru, toplumsal desteğin etkilerinin altında yatan biyolojik düzenek türüne de dikkat çeker ve desteğin, genel hastalık yatkınlığına etki ettiği yargısıyla uyumludur. Batılı toplumlar üzerinde yapılan birçok çalışma, kalp-damar hastalığı mortalitesini (elbette bu rahatsızlıkların hem kadın hem de erkeklerde ölüm nedeni olarak önemi ışığında) incelemiş ve tutarlı olarak desteğin etkili olduğunu bulmuştur. Kawachi ve ark. (1996), 32.624 ABD'li erkek sağlık profesyoneli

üzerinde yaptıkları çalışmada, toplumsal izolasyonun kalp-damar hastalıkları nedenli mortaliteyle ve kaza veya intihar sonucu ölümlerdeki artışla ilişkili olduğu, ancak kanser gibi başka ölüm nedenleriyle (her ne kadar çalışma çok fazla kanser olgusu içermediyse de) ilişkili olmadığı sonucuna varmışlardır. Daha önce yapılan bir çalışma, toplumsal izolasyon ile sigaranın neden olduğu kanserler arasında bir bağ olduğunu tespit etmişse de (Reynolds ve Kaplan 1990) Kawachi ve arkadaşlarının çalışması bunu doğrulamamıştır.

Farklı çalışmalar, toplumsal ağlara dair farklı ölçütler kullanma eğiliminde olmuş ve farklı bulgulara varmıştır. Yine de toplumsal bütünleşmeyle mortalitenin düşük olması arasındaki ilişki genel bir kalıp olarak durmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları, toplumsal ağların erkeklerdeki koruyucu etkisinin kadınlarda olduğundan daha fazla olduğunu öne sürmüştür; ancak, Seeman'ın (1996) işaret ettiği gibi, bu çalışmaların örnekleminde yer alan pek çok orta yaşlı kadın yüksek riskli döneme girmemiştir ve dolayısıyla bu kadınlarda görülen olay sayısının düşük olması, bu çalışmaların toplumsal bütünleşme seviyesine göre risk farklılıklarını tespit etme gücünü azaltmış olabilir. Ulusal Yaşlılık Enstitüsü (National Institute on Ageing) tarafından, yaşlılarda epidemolojik araştırmalar için belirlenmiş topluluklar arasında 65 yaş ve üstü kadın ve erkekler arasında yapılan karşılaştırmalı bir analizde, toplumsal bütünleşme, beş yıllık ölçekte hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir ölüm riski ile ilişkilendirilmiştir.

8.7 Toplumsal destek ve fiziksel morbidite

Fiziksel rahatsızlıklar ve morbidite bağlamında, toplumsal destekle kalp-damar hastalıkları arasındaki ilişki – özellikle koroner hastalıklar ve inme – en fazla araştırılmış olanlardır. ABD'de erkek sağlık uzmanları üzerinde yapılan geniş bir çalışmada (Kawachi ve ark. 1996), toplumsal izolasyon inme olgularıyla ilişkilendirilmiştir. İsveç'te, 50 yaşındaki erkeklerin katıldığı ileriye dönük bir toplum araştırmasında, toplumsal bütünleşmenin hâlihazırda kalp rahatsızlığı olmayanlarda, ölümcül olmayan miyokard infarktüsü olgularına karşı belirgin bir koruyucu etki sağladığı tespit edilmiştir (Welin ve ark. 1985). Başka bir çalışmada da (Vogt ve ark. 1992) miyokard infarktüsünün 15 yıllık bir süre içindeki insidansı üzerinde, farklı bağların genişliğinin ölçülmesi ile değerlendirilen toplumsal bütünleşmenin koruyucu etkisi olduğunu ortaya çıkarılmıştır. Ancak, toplumsal ağların büyüklüğü veya temas sıklığını temel alan tüm ağ ölçütleri böyle bir ilişkiye işaret etmemiştir (Kawachi ve ark. 1996) ve başka çalışmalar, örneğin Hawaii'de yapılan Japon Amerikan çalışması, toplumsal bağlarla (medeni durum ve çocuklarla ebeveynler arasındaki bağlar, toplumsal etkinlikler, iş arkadaşları ve grup üyelikleri) koroner kalp hastalığının insidansı arasında bir ilişki tespit etmemiştir (Reed ve ark. 1983).

Toplumsal destek ve koroner kalp hastalığını insidansı arasında tutarlı bir ilişkinin bulunmaması, İsrail'de yapılan ve şiddetli ailevi sorunların anjin riskinde artışla ilişkili olduğunu bildiren bir çalışmada açıklanmaya çalışılmıştır (Medalie ve Goldbourt 1976). Seeman'ın (1996) işaret ettiği gibi, "kişiler arası çatışmanın artmasına veya kişiler arası sorunlara yol açmasına kadar, yüksek bir toplumsal bütünleşme, kalp hastalığı riskinin (ya da diğer sağlık çıktılarının) azalmış olması da dâhil olmak üzere, sağlık yararları ile değişmez bir şekilde ilişkilendirilemeyebilir".

Koroner anjiyografisi yapılan hastalar üzerinde, toplumsal destek ve koroner aterosklerozunun ilerleme şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek için bir takım araştırmalar yapılmıştır. Genel olarak, toplumsal ağ üyeliği ateroskleroz derecesiyle herhangi bir ilişki göstermemektedir (Seeman ve Syme 1987). Ancak, başkaları tarafından sağlanan etkili destek ve ateroskleroz arasında önemli bir ters ilişki tespit edilmiştir. Özellikle A tipi davranış kalıplarını sergileyen hastalarda, duygusal destek seviyeleri ile ateroskleroz derecesi arasında belirgin bir ters ilişki görülmüştür (Blumental ve ark. 1987). Dolayısıyla, toplumsal ağ ölçütlerinin işaret ettiği şekildeki bir toplumsal bütünleşmenin çoğu yapısal özelliği, hastalık şiddetiyle ilişkili görünmese de toplumsal destek seviyeleri gibi daha niceliksel özellikler hastalık şiddetiyle ters bir ilişki göstermekte ve koroner kalp hastalığının gelişiminde toplumsal desteğin rolünü doğrulamaktadır. Ancak, anjiyografi çalışmalarının sonuçları, insanların anjiyografiye yönlendiriliş biçimleri bakımından seçimde yan tutma olasılığı nedeniyle temkinli bir şekilde incelenmelidir.

8.8 Toplumsal destek ve prognoz

Toplumsal desteğin, hastalık gelişimini önleyebilmesi veya yavaşlatabilmesinin yanında, kronik hastalıkların stresine uyum sağlamak veya onunla başa çıkmak zorunda olan insanlar için de yardımı olabilir (Lindsay ve ark.2001).

Toplumsal destek ve miyokard infarktüsü sonrası prognoz arasındaki ilişki güçlü ve tutarlıdır. Toplumsal olarak izole olan erkeklerde, miyokard infarktüsü sonrası ölüm riski daha yüksektir (Ruberman ve ark. 1984). Williams ve ark. (1992), evli olmayan ve bir dert ortağı olmayan bireylerin miyokard infarktüsü sonrasındaki beş yıllık izlem sürecinde, belirgin şekilde düşük bir hayatta kalma oranına sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Berkman ve ark. (1992), düşük seviyede duygusal desteğin toplumsal izolasyonun miyokard infarktüsü sonrası daha yüksek ölüm oranlarına neden olmasını açıklayabileceğini öne sürmüştür. Tüm katılımcıların New Haven'da gerçekleştirilen ileriye yönelik bir araştırmanın katılımcısı olduğu Berkman'ın çalışmasında, toplumsal destek miyokardiyal infartüsün öncesinde ölçülmüştür. Miyokard infarktüs tanısı, hastane gözetimi ve katılımcı hasta bilgi çizelgelerinin gözden geçirilmesi ile koyulmuştur. Yaşa, miyo-

kard infarktüsünün şiddetine ve başka rahatsızlıklara göre düzeltmelerin yapıldığı analizlerde, herhangi bir duygusal destek kaynağı bildirmeyen katılımcılar, en az bir kaynak bildirenlere göre altı aylık süreçte yaklaşık üç kat daha fazla mortaliteye sahip olmuştur. Birleşik Krallık'taki bir örneklemde de (Dickens ve ark. 2004) dert ortağının olmaması, miyokard infarktüsü sonrasında görülen olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir.

Toplumsal destek eksikliğinin, miyokard infarktüsü sorasındaki mortalite üzerindeki etkisi depresyon gelişimi aracılığıyla gerçekleşmesi olasıdır; ancak, bu durum, nevroz aracılığıyla da gerçekleşebilir (Pedersen ve ark. 2002). Depresyon ve özel olarak da tekrarlayan depresyon, miyokard infarktüsü sonrasında artan ölüm oranlarıyla ilişkilendirilmiştir (Lespérance ve ark. 1996). Depresyonun, duyarlı ve hasar görmüş bir kalpte sempatik aktivasyon artışı aracılığıyla meydana gelen ventriküler ritm bozuklukları nedeniyle ani ölüm riskini artırması mümkündür (Cameron 1996). Rastgele seçimli bir kontrollü deney (Frasure-Smith ve Prince 1985) ile miyokard infarktüsü sonrasında bir anketle stres altında olduğu tespit edilen hastalara bir hemşire-terapist tarafından yapılan aylık destek ve eğitim müdahalelerinin, bu müdahalenin yapılmadığı hastalara oranla yaşam sürelerinde artışa neden olduğunu gösterilmiştir. Ek olarak, müdahaleyi alan grupta stres skorlarında bir azalma olmuştur. Ancak, takip eden bir başka müdahalede, bu olumlu tepki tekrar etmemiştir ve müdahale grubunda kadınlar erkeklere oranla daha az düzeyde olumlu tepki vermiştir (Frasure-Smith ve ark. 1997).

2841 miyokard infarktüsü hastası üzerinde yürütülen, SSRI ilaç tedavisiyle birlikte bilişsel davranış terapisi temelinde yapılan müdahalelerin kullanıldığı, iddialı bir rastgele seçimli kontrollü denemede (ENRICHD), 29 aylık bir takip sonrasında müdahale grubuyla kontrol grubu arasında miyokard infarktüsü tekrarında veya mortalitede bir farka rastlanmamıştır (Berkman ve ark. 2003). Müdahale, toplumsal izolasyon ve depresyonda iyileşmelere yol açmıştır; ancak, bulgular, miyokard infarktüsü sonrasında, toplumsal desteğin hastalar üzerinde etkisi olduğu teziyle uyumlu değildir. Bu tür müdahalelerin tasarlanması zordur ve "gerçek hayattaki" desteğin aynısı sağlanamayabilir. Yine de burada, gözlemsel çalışmalar ve müdahale çalışmalarının sonuçları arasında açıklanamayan bir uyumsuzluk vardır.

Felç geçirmiş hastalar arasında toplumsal izolasyona daha fazla maruz kalanların, felçten altı ay sonra gündelik yaşamsal etkinliklerinde eksiklik ve bakımevine gitme sıklığı itibariyle de işlevsel durumlarında belirgin şekilde kötüleşme olduğu gözlenmiştir. Başka çalışmalarda da felç sonrası yüksek olan toplumsal destek oranlarının daha olumlu bir iyileşme sürecini beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır; bu da daha fazla duygusal destek varlığının, toplumsal bütünleşmenin felç sonrası daha olumlu sonuçlara yok açmasında bir etmen olabileceğini ortaya koymuştur.

Daha az çarpıcı olan ama daha az önemli olmayan bir şekilde, toplumsal desteğin romatoid artrit gibi engellilik yaratan ve ağrılı olan kronik hastalıklarda, ikincil depresyonu önlediği ve engelliliği sınırladığı ortaya konmuştur (Fitzpatrick ve ark. 1991). Toplumsal destek bu şekilde, sadece gündelik yaşam etkinlikleri sınırlanan insanlara destek sağlamanın ötesinde, kronik hastalık karşısında moralini koruması için hayati bir duygusal destek sağlıyor olabilir. Ayrıca, duygusal desteğin kronik hastalıklarda bağışıklık sistemi üzerinde yararlı bir etkisi olması da olasıdır. Aynı zamanda, kanser sonrası hayatta kalma üzerine yapılan bazı çalışmalarda, toplumsal desteğin etkisi tespit edilmiştir. Melanom hastalarında grup terapisinin uzun yaşamla ve psikolojik gerilimde azalmayla bağlantılı olduğu görülmüştür (Kiecolt-Glaser ve Glaser 1995). Toplumsal destek, bağışıklık sisteminin hastalığa verdiği tepkiyi güçlendiriyor olabilir. Bu durum, hasta kaybının CD4 lenfosit sayısındaki azalma ile ilişkili olduğu AIDS olgularıyla kesinlikle aynı görünmektedir; toplumsal desteğin artması ise, bu bağışıklık işlevinde iyileşmeyi getirmektedir (Kiecolt-Glaser ve Glaser 1995).

8.9 Toplumsal destek ve ruh sağlığı

Toplumsal desteğin psikiyatrik bozuklukları etkilediği gerçeği, Durkheim'ın (1897/1951) toplumsal izolasyonun daha yüksek intihar oranlarıyla ilişkili olduğunu gösterdiği ondokuzuncu yüzyıldan beri bilinmektedir. Eşini kaybeden yetişkinlerin, eşlerinin kaybını takip eden yılda yüksek ve beklenmeyen hastalık ve mortaliteye sahip oldukları da uzun süredir bilinen bir gerçektir (Parkes ve ark. 1969). Eşlerini kaybedenler arasında, kendilerini teselli edecek bir arkadaş veya akraba grubuna sahip olmayanlar, ayrıca kalıcı psikiyatrik sorunlar bakımından da daha yüksek bir risk altındadır.

Kesitsel araştırmalar, destek seviyeleriyle psikiyatrik bozukluklar (büyük ölçüde depresyon) arasında var olan olumsuz bir ilişkiye net olarak işaret etmektedir; ancak, bunun nedensel olup olmadığı kesin değildir (Paykel 1994). Bu ilişki, hem toplum örneklemlerinde hem de tek tek hasta örneklerinde, ayrıca hem kadınlarda hem de erkeklerde ortaya çıkmaktadır. Yine de duygusal desteğin, yaşam olaylarının küçük ölçekli psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkisine tampon olduğu ile ilgili bir uzlaşma bulunmaktadır (Aneshensel ve Stone 1982; Kessler ve McLeod 1985). Benzer bir etkiye, kronik ve akut stres etkenleri üzerine yapılan bir çalışmada da rastlanmıştır (Brown ve Harris 1978). Minör duygusal bozukluklarda tampon etkisinin araştırıldığı çalışma dikkatli bir şekilde incelendiğinde, Alloway ve Bebbington (1987), genel olarak, düşük düzey bir duygusal desteğin, yaşam olaylarında deneyimi olan kadınlarda depresyon için bir risk etkeni olduğunu ortaya koyan Brown'ın savunmasızlık modelinin takdir edilir bir destek gördüğünü öne sürmektedirler.

Nedensellik hakkındaki soruların cevaplandığı ileriye yönelik toplumsal destek çalışmasının sayısı azdır. Bazı toplum çalışmaları, tamamen ileriye dönük bir şekilde, psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasından önce toplumsal destek eksikliklerini tespit etmiş ve bunları bozukluğun ortaya çıkmasıyla ilişkilendirmiştir. İki çalışmada tampon etkisi veya etkileşimli etkiler bulunurken (Brown ve ark. 1986; Bolton ve Oatley 1987), üçüncü bir çalışma (Henderson 1981) doğrudan etkilerin bazı kanıtlarını ortaya koymuştur. Brown ve ark. tarafından yapılan çalışma (1986), duygusal desteğin 17 ölçütünün taban seviyede ölçüldüğü kent merkezindeki yoksul mahallelerde oturan evli annelerde, ruh sağlığı ile ilgili bir öngörü yapmada küçük bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Buna rağmen, küçük bir "kriz desteği" –bir yaşam olayıyla başa çıkmak için gereksinim duyulduğunda düşük bir seviyede sağlanır– alan kadınlarda daha yüksek bir depresyon riski görülmüştür. Kriz durumlarında, eşlerden olumsuz tepki alınması da ilerleyen dönemde daha yüksek bir depresyon riskiyle ilişkilendirilmiştir. Diğer yandan, bekâr anneler arasında, alt seviyedeki yakın bir ilişkinin varlığı yaşam olaylarının ardından depresyon gelişimine karşı koruyucu etki göstermiştir. Brown ayrıca, alt seviyede uygun bir duygusal desteğe sahip olduğunu bildiren, ancak sonrasında "hayal kırıklığına uğrayan" ve gereksinim duyduklarında bekledikleri desteği bulamayan kadınların depresyon riskinin çok daha fazla olduğu sonucuna varmıştır.

Henderson'ın Canberra'da yaptığı toplum araştırmasında (1981), var olan bağlılıkla bir yandan toplumsal bütünleşme, diğer yandan da nevrotik belirtiler arasında küçük bir olumsuz ilişkiye rastlanmıştır. Ancak, algılanan desteğin yeterlilik ölçümleri, nevrotik belirtilerle çok daha güçlü bir olumsuz ilişkiye işaret etmiştir: Kadınlar için yakın ilişkilerin algılanan yeterliliği önemliyken, erkekler için dağınık ilişkilerin yeterliliği daha ön plandadır. Bu durum, toplumsal ilişkilerini yetersiz görenlerin nevrotik belirtiler açısından daha yüksek bir riske sahip olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Bunun, kişiliğin belli yönleriyle psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi yansıtıp yansıtmadığı ya da sağlanan toplumsal desteğin kalitesini gösterip göstermediği konusunda tartışmalar vardır. 1982'de Kuzey Amerika'da yapılan bir çalışmada, yine duygusal ve somut desteğin algılanan yeterliliği ölçülmüş ve bu bulguların, bakımevinde yaşamayan yaşlılardan oluşan katılımcılarla 1985'te yapılan bir takip görüşmesinde ortaya çıkan depresif belirtileri öngördüğü saptanmıştır. (Oxman ve ark.1992)

Birleşik Krallık'ta, orta yaşlı devlet memurları üzerinde yapılan bir başka ileriye yönelik çalışmada da (Whitehall II çalışması), en yakın kişiden alınan duygusal desteğin erkeklerin ruh sağlığı üzerinde koruyucu etkisi olduğu (Stansfeld ve ark. 1998A, 1998b) ve kadınlarda da birincil gruptan alınan desteğin benzer bir etkisinin olduğu görülmüştür (Fuhrer ve ark. 1999); bu etki, bir kişilik ölçütü olarak saldırganlık veya psikiyatrik bozukluklar için yapılan düzeltmeden son-

ra da ortadan kalkmamıştır. Dahası, bu çalışma, ileriye dönük olarak yakın ilişkilerin olumsuz yönlerinin (beş yıl sonrasına kadar) gelecekteki psikiyatrik bozukluk riskiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Şizofreni gibi belirli bazı psikiyatrik durumlarda, eleştirel yorumlar, saldırganlık ve birincil yakınlık grubuyla içiçelik gibi daha yüksek bir psikotik nüks riski söz konusudur (Bebbington ve Kuipers 1994). Bu risk, uygun tıbbi bakım, kişiyle birincil ilişki grubunun arasındaki temasın azaltılması ve daha olumlu bir şekilde, birincil grupta yüksek seviyede "ifade edilen duygu"nun eğitimsel ve tedavi edici yöntemlerle azaltılması ile düşürülebilir.

Birkaç çalışmada, desteğin depresyon çıktıları üzerindeki etkisini değerlendirmek için klinik depresyondaki hastalar takip edilmiştir. Brugha ve ark. (1990), adı konulan ve bağlantı kurulan birincil grup üyelerinin sayısının ve desteğin sağladığı tatmin duygusunun kadınlarda iyileşmeye yol açtığını ortaya koymuştur. Erkeklerde, birincil grupla olumsuz yönde etkileşim ve evlilik iyileşmeyle ilişkilendirilmiştir. Algılanan toplumsal desteğin düşük olmasının da psikiyatrik bozukluğu olanların ruh sağlığı hizmetlerini kullanmalarında artışa yol açtığı tespit edilmiştir (Ten Have ve ark.2002).

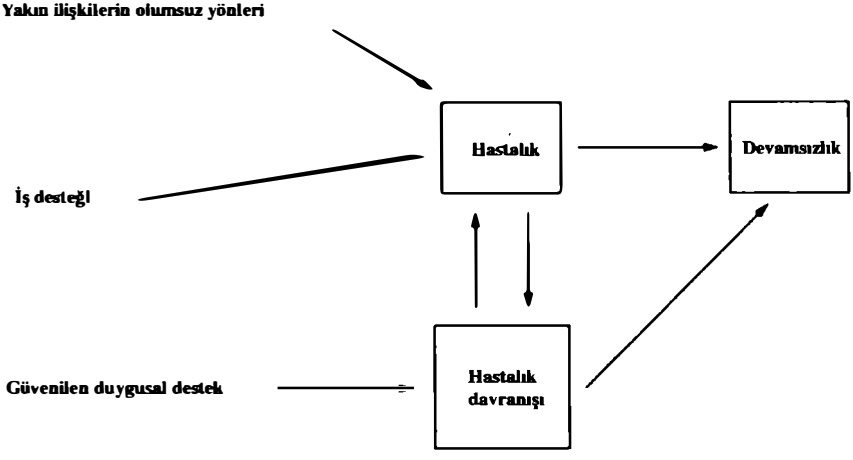
Çocukluğunda "bakım alan" kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma (Quinton ve ark. 1984), yetişkin çağda toplumsal desteğin ebeveynlik sorunları, medeni zorluklar ve psikiyatrik bozukluklar üzerinde olumlu etki yapabileceğini göstermiştir. Bu kadınların pek çoğu, bakım ortamından uyumsuz bir ev ortamına geri dönmüş ve erken evlenerek bu ortamdan kaçmaya çalışmışladır. Ancak, evililik ilişkileri de kötüye gitmiş ve bu da onları ileride ortaya çıkan zorluklara karşı daha savunmasız kılmıştır. Yine de kadınların üçte birinin iyi ebeveynlik becerilerine sahip olduğu görülmüştür. Bunun, hem sınav başarıları da dâhil olmak üzere okuldaki olumlu deneyimler hem de akranlarıyla iyi ilişkiler ve bunun yanında, sonraki hayatında destek sağlayan, ebeveynlik zorlukları ve depresyonu engelleyen bir evlilik ilişkisinin varlığı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Hayat boyunca desteğe ihtiyaç duyulan ve bu desteğin yokluğunun depresyona yol açabileceği belirli kritik aşamalarda yeterli desteğin sağlanması, ruh sağlığının korunmasında iyi bir önleme stratejisi olabilir. Özellikle küçük yaşta çocukları olan annelere verilecek destek, onların başka yetişkinlerden izolasyonunu engelleyebilir ve pek çok toplumdaki ilişki kalıpları bunu teşvik etmektedir. Her ne kadar depresyona yol açacak yaşam olaylarının engellenmesi genel olarak uygulanabilir olmasa da krizlerde anlaşılabilir sıkıntılar nedeniyle oluşacak psikiyatrik bozuklukların gelişimini engelleme amaçlı hızlı müdahale fırsatı vardır (Paykel 1994). Eşini kaybetmiş kişilere destek sağlayacak gönüllü kurumlar, her ne kadar bu müdahalelerin etkisi konusunda yapılmış sistemli çalışmalar az olsa da bu tür müdahalelerde bulunabilirler.

8.10 Toplumsal destek ve hastalık nedenli devamsızlık

Devlet memurları üzerinde yapılan bir toplum araştırması olan Whitehall II araştırması bulgularına göre yakın ilişkilerin olumsuz yönleri, mali kaynaklı evlilik sorunları, ev ve komşulukla ilgili sorunlar ve işyerinde sosyal destek psikiyatrik bozukluklara bağlı hastalık nedenli devamsızlık açısından kestirimde bulunabilen önemli etkenlerdir (Şekil 8.3; Stansfeld ve ark. 1997). Ancak, etkiler cinsiyete ve hastalık nedenli devamsızlığının süresine göre değişmektedir. Hastalık nedenli devamsızlığına dair en belirgin bulgu yakın ilişkilerin olumsuz yönlerine dairdir. Yakın ilişkilerde yüksek seviyeli olumsuzlukların yaşanması, erkeklerde psikiyatrik hastalık nedenli ve uzun süren devamsızlıkların (yedi günden uzun) sıklığında artışa neden olurken, kadınlarda orta seviyeli olumsuzluklar yedi günden kısa devamsızlıkların sıklığında artışa neden olmuştur.

Yakın ilişkilerin olumsuz yönleri, desteğin olumlu yönlerinin olmaması ile aynı anlama gelmemektedir ve gittikçe artan bir ölçüde ruh sağlığı bozukluğu için risk etkeni olarak tanınmaktadır (Coyne ve Downey 1991; Lakey ve ark. 1994). Yakın ilişkilerin olumsuz yönleri, ayrıca fiziksel hastalıklar için hastalık nedenli devamsızlık oranlarının yükselmesini de beraberinde getirmiştir (Rael ve ark. 1995). Yakın ilişkilerin olumsuz yönlerinin, kaygı ve depresyon için yapılan bir tarama anketinde psikiyatrik bozukluk skorları üzerinde bir kestirim yapmaya olanak sağlamasından dolayı, hastalık nedeninin bir parçası olması olasıdır.



Şekil 8.3 – Desteğin hastalık davranışı ve devamsızlığa doğrudan etki düzenekleri

Kadınlarda, en yakın kişiden gelen orta ve yüksek seviyeli duygusal destek, daha uzun süreli hastalık nedenli devamsızlık riskinde artma ile ilişkilendirilmiştir. Bu durum, fiziksel hastalıklara bağlı hastalık nedenli devamsızlık bulgularıyla uyumlu-

dur (Rael ve ark. 1995). Bu ilişki, duygusal desteğin yaşam olaylarına maruz kalanlarda depresyona karşı koruyucu etkisi olduğu yönündeki bulgular ışığında, şaşırtıcıdır (Brown ve Harris 1978). Ancak, eğer bu durum, hastalıktan ziyade hastalık davranışı üzerindeki bir etki ise görünürdeki çelişki açıklanabilir. Bu durumda, en yakın kişiden gelen sırdaşlık/duygusal destek, çalışan kişilerde güçlenmeyi, güvenliği ve kontrol algısını teşvik edebilir ve bu da çalışanın, kaygılı veya depresif olduğunda işten geçici bir süre ayrılmasını haklı çıkarabilir (Stansfeld ve ark. 1997).

Bulgularımızdan bir diğeri de işyerindeki toplumsal desteğin, erkekler ve kadınlarda kısa süreli hastalık devamsızlığına karşı koruyucu olduğudur. Burada tanımlandığı şekliyle iş desteği, iş arkadaşlarından ve denetçilerden gelen destek ve denetçilerden gelen bilgide tutarlılık ve açıklığı içerir. İş desteği, ayrıca yakın ilişkilerinde yüksek seviyeli olumsuzlukları olanlarda koruyucu işlev görmektedir; bu da işyerindeki desteğin, kişilerin ev ortamından gelen kişilerarası stres etkenleriyle başa çıkmasına ve böylece kısa süreli devamsızlıklardan kaçınmalarına yardımcı olabileceğine işaret etmektedir.

8.11 Cinsiyet farklılıkları

Kalp-damar hastalığı morbiditesi ve mortalitesi üzerine yapılan çalışmalar, evli olmanın sağlığa erkekler için kadınlarda olduğundan daha fazla katkı yaptığını ve kadınların akrabalarıyla ve arkadaşlarıyla ilişkilerinden aynı derecede yarar gördüklerini göstermektedir. Bizim kendi araştırmalarımız ise; orta yaşlı devlet memurları arasında erkeklerde en önemli desteğin eşlerinden geldiğine; kadınlarda, desteğin yakın çevrelerinden gelme olasılığının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir; en yakın kişiden gelen destek, erkeklerde iyi bir ruh sağlığının habercisi iken, kadınlarda etkisi bulunmamaktadır (Stansfeld ve ark. 1998b). Diğer yandan, kadınlarda eğer destek dört veya daha az sayıda yakın kişiden sağlanıyorsa duygusal desteğin faydalı bir etkisi olduğu söylenebilir (Furher ve ark. 1999).

8.12 Etnik farklılıklar

Toplumsal destek kavramı içinde etnik farklılıklar konusundaki ilgi gittikçe artmaktadır; özellikle etnik gruplar arasında, hastalıkların prevelanslarındaki değişkenliği açıklayabilmesi açısından. Birleşik Krallık'ta yapılan EMPIRIC adlı ulusal araştırmada, toplumsal destek kalıpları etnik gruplar arasında farklılık göstermiş, ancak sık görülen ruhsal bozuklukların prevelansları arasındaki farklılıkları net bir şekilde açıklayamamıştır (Stansfeld ve Sproston 2002). Nüfus hareketliliğinin artmasıyla, toplumsal ağlarda sağlığın bozulmasına yol açabilecek parçalanmaların olması riski söz konusudur. Göçle ilişkili sağlık değişiklikleri toplumsal desteğin azalmasıyla da ilişkilendirilmiştir. ABD'ye göç eden Porto Riko'lu

kadınlar, göç etmeyenlerden daha az toplumsal desteğe, hamilelik döneminde daha fazla strese, sağlıksız davranışlarda daha yüksek bir riske ve potansiyel olarak azalmış bir bebek sağlığına sahip olmuşlardır (Landale ve Oropesa 2001).

8.13 Toplum, toplumsal bütünleşme ve sağlık

Toplumsal destek, hem birey seviyesinde hem de toplum seviyesinde iş görür. Toplumsal bütünleşme, tüm toplum için olumlu bir etkiye sahip olabilir. Toplumsal birlik (toplumun farklı kesimleri arasında karşılıklı güven ve saygı), insanların birbirlerine ve sağlıklarına gösterdikleri saygıya katkıda bulunur. Daha yüksek bir toplumsal birliğe sahip toplulukların, düşük seviyelilere göre daha sağlıklı olduğu yönündeki kanıtlar artmaktadır. Toplumsal birlik, toplu etkinliklere katılımın ve gruplara üyeliğin yüksek olduğu ve uyumlu toplu ilişkileri ifade etmektedir. Bu, çoğu zaman yerel politikada eşitlikçi bir ahlaki yapıyla birlikte ele alınmaktadır. Toplumsal birlik ve sağlık arasındaki ilişkiyi pek çok kanıt desteklemektedir (Wilkinson 1996). Güçlü sivil toplumları olan kentlerin, bebek ölümü oranları daha düşüktür. Rusya'da 1970'ler ve 1980'lerdeki yoğun toplumsal karışıklık dönemlerinde, ölüm oranları yükselmiştir. Bunun, özellikle toplumdan daha fazla izole olmaları beklenebilecek boşanmış erkekler arasında görülen bir olgu olması çarpıcıdır.

ABD'nin Pensilvanya eyaletinde, İtalya'daki aynı adlı kentten gelen İtalyan göçmenlerin kurduğu Roseto kentinde yaşayanlarda, geleneksel aile temelli yapılarını korudukları sürece, İtalya'daki akrabaları gibi koroner kalp hastalığı oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak, burada yaşayanlar, aile ve toplumdan ziyade bireyin baskın birim olarak görüldüğü Amerikan kültürünü özümsedikçe, koroner kalp hastalığı insidansı artmıştır. Beslenme alışkanlıkları gelişmiş ve sigara içme oranları düşmüş olduğundan, hastalıktaki artış oranlarının alışıldık kalp hastalığı risk etkenleriyle açıklanması zor görünmektedir. Roseto sakinleri daha hareketsiz bir yaşama sahip olmuşlardır; ancak bu durum, koroner kalp hastalıklarındaki artışı açıklamaya yeterli bir etken olmamıştır. Hastalıktaki artış ise, toplumsal birlik kaybına atfedilebilir. Yüksek gelir eşitsizliğinin ve toplumsal birlikte azalmanın görüldüğü toplumlarda, yüksek suç oranları, şiddet ve ölüm oranları görülmektedir (Kawachi ve Kennedy 1997).

8.14 Toplumsal sınıflar ve toplumsal destek

Gelir eşitsizliğinden kaynaklanan etkiler gibi toplumsal eşitsizliklerin sağlığa etkisi, toplumsal sınıf aracılığıyla toplumsal destek ve dolayısıyla sağlık üzerinden ekillenebilir mi? Böyle bir durumda, toplumsal destek açısından toplumsal sınıf farklılıklarına dair kanıtlar bulunmalıdır.

Toplumsal ağlardaki etkişim kalıpları, farklı toplumlarda açıklanmıştır ama göreceli olarak az sayıda çalışma, toplumsal sınıf gibi büyük toplumsal değişkenleri toplumsal destek kavramıyla ilişkilendirmeye çaba göstermiştir. Sosyo-ekonomik seviyeleri (SES) düşük bireylerin, kalitesi düşük ilişkileri olduğuna dair kanıtlar dağınık ve çelişkilidir. Toplumsal ağlara dair kanıtlar daha tutarlıdır. Ergenlerde, algılanan destek olanaklarının düşüklüğü bir dizi SES belirtisiyle ilişkilendirilmiştir (Geckova ve ark. 2003). Fischer (1982), yüksek gelir ve eğitim seviyesinin ağlarda genişleme, ağ üyeleriyle temaslarda artış ve gönüllü temaslardaki artış ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Turner ve Marino (1994), Toronto kent merkezinde 1.394 yetişkin üzerinde yaptıkları çalışmada, algılanan toplumsal destek seviyesinin yüksek olmasının (eşler, akrabalar, arkadaşlar ve çalışma arkadaşlarından gelen desteği ifade eden toplu skor ile ölçülmüştür), sosyo-ekonomik statü yüksekliğiyle de bağlantılı olduğu görülmüştür.

Whitehall II çalışmasında, biz de benzer bulgular elde ettik (Stansteld ve ark.1998c). Algılanan toplumsal destek, katılımcıların yakınları içinden en fazla dört kişi söylemelerini, daha sonra bu kişilerin her birinden gelen üç tür desteğe (yakın ilişkilerdeki dert ortaklığı/duygusal, pratik ve olumsuz yönler) not vermelerini istemek yoluyla ölçüldü. En yakın olduğu söylenen kişinin sağladığı dert ortaklığı/duygusal destek, gelir seviyesi yüksek kadınlar ve erkeklerde en yüksekti. Pratik destek, gelir seviyesi yüksek erkekler arasında en yüksek durumdayken, bu etki kadınlarda görülmedi. Bunun aksine, yakın ilişkilerin olumsuz yönlerine, gelir seviyeleri daha düşük olan erkeklerde daha sık rastlanmakta; bu konuda ise kadınlar için belirgin bir ayrım söz konusu olmamaktadır. Toronto çalışmasından farklı olarak, devlet memurları arasında yüksek gelirli grupların arkadaş çevresiyle, düşük gelirli grupların ise akrabalarla daha fazla temas ettiği görüldü. Bu durum, olasılıkla, gelir seviyeleri yüksek olanlarda hareketliliğin ve arkadaş edinme fırsatlarının daha fazla olduğunu yansıtmaktaydı. Diğer yandan, gelir seviyeleri daha düşük olanlarda hareket etme fırsatları sınırlanmış olabilir ve dolayısıyla geldikleri ailelerle daha yakın bir şekilde görüşüyor olabilirler.

Dolayısıyla, toplumsal desteğin toplumsal sınıflara göre farklılaşarak dağılması yönünde bir miktar da olsa kanıt vardır, ancak genel olarak, depresyon gelişiminde iş derecesindeki farklılıkların (Stansfeld ve ark. 1998c) ve hastalık nedenli devamsızlıkların (Rael ve ark. 1995) açıklanmasında, toplumsal sınıf önemli bir etki sahibi olarak görülmemektedir.

8.15 Toplumsal destek ve fiziksel çevre

Toplumsal birlik tarafından çevrelenen büyük toplumsal ortam dışında, fiziksel olarak inşa edilmiş çevre de toplumsal desteğe ve dolayısıyla sağlığa etki edebilir. Fiziksel çevre, bir seviyeye kadar belirli bir bölgede yaşayanların toplum-

sal destek fırsatlarını belirleyebilir. (Bölgenin sağlık üzerindeki etkilerinin daha geniş bir tartışması için Bölüm 14'e bakınız.) Bu bağlamda, komşulardan gelen toplumsal destek özellikle önemlidir. Destek ve fiziksel çevre arasındaki ilişkinin etkileşimli bir yapısı olduğu şu şekilde gösterilebilir: Komşuluk ilişkilerinin kalitesi, insanların yaşadıkları bölgeye dair bildirdikleri memnuniyetlerini büyük ölçüde açıklamaktadır. Dahası, yerel toplum içinde daha fazla rol alan bölge sakinleri, evlerinin fiziksel kalitesinden bağımsız olarak, yaşadıkları yerde daha mutlu olma eğilimi gösterirler (Halpern 1995).

Komşular arasındaki dostluğu geliştiren birçok etken vardır. Toplumsal olarak homojenliği yüksek bölgeler, komşuluğu yükseltme eğilimindedir, ancak bu bölgelerin hemen yakınındaki bölgelerden bir hayli farklılaşarak gettoların meydana gelmesi tehlikesi vardır. Evler için daha samimi fiziksel ortamlar, örneğin çıkmaz sokaklar, Willmott tarafından Dagenham'da (Doğu Londra) yapılan çalışmalarda ortaya çıktığı gibi (Willmott 1963), arkadaşlık ve komşuluk ilişkilerinin daha fazla gelişmesiyle ve genel olarak daha yüksek dostluk seviyeleriyle ilişkilidir. Bu fiziksel etkenlerin sağlığın bozulmasıyla dolaylı bir ilişkisi vardır ve takip edilmesi her zaman kolay değildir; ancak, bazı bulgular oldukça tutarlıdır. Örneğin, herhangi bir nüfustaki bir azınlık grubunun yoğunluğunun düşük olması, daha kötü bir ruh sağlığı ile ilişkilidir (Halpern 1993). Bunun nedeni, azınlık grubunun gerçekten azınlıkta oldukları ve çevrelerinde kendi topluluklarından çok az kişinin olduğu yerlerde hissettikleri görece izolasyon olabilir.

Komşuların yardımseverliğinin algılanmasının ve sağlığın incelendiği bazı çalışmalarda yardımseverlik ve hastalık belirti seviyeleri arasında olumsuz bir ilişkiye rastlanmıştır. Hatta Halpern (1995), yerleşim bölgesinin nesnel özellikleri ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkilerin, komşuların ölçülen yardımseverlikleri üzerinden şekillenebileceğini öne sürer. Komşuluk sorunları nedeniyle erkeklerin kızgınlık hissetmelerinde, algılanan desteğin tampon görevi görebileceği ortaya konmuş; bununla birlikte, başkalarına destek vermenin kadınlarda kızgınlık hissini daha da güçlendirdiği tespit edilmiştir (Schiemann ve Meersman 2004). Başkalarına verilen destek, genel olarak ruh sağlığı üzerindeki kötü etkisiyle ilişkilendirilebilen yardımseverlik konusunda yapılan araştırmaları temel alır.

Binaların ve bina gruplarının tasarımı, yerleşimleri ve binaların birbirleriyle kurdukları ilişkilerin komşuluk ilişkilerini kolaylaştırabileceği ya da zorlaştırabileceği ve dolayısıyla sağlığa etki edebileceği kabul edilmiştir. Resmi olmayan toplumsal temaslar açısından pek fırsat tanımayan binalar veya konutlar, genel olarak içinde yaşayanlar tarafından sevilmemektedir. Yancey (1971), insanları tehdit etmeyen ortak bir mekânda, resmi olmayan toplumsal bağlantıların kurulabileceği "yarı-özel alan" kavramının önemine vurgu yapmıştır. Dolayısıyla yerel sakinlere özel olarak ayrılmış bir paylaşılan mekân, potansiyel olarak destek-

leyici ilişkilerin gelişimini teşvik etmektedir. Ev yaşantısı üzerinde yapılan çalışmalar, ortak bir alan etrafında küçük kümeler halinde yerleşmiş yatak odalarının, bir koridor boyunca yerleşmiş odalara oranla toplumsal etkileşim ile daha fazla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Baum ve Valins 1977). Bu çalışmalar, insanların toplumsal etkileşimleri üzerinde denetim sahibi olmayı tercih ettikleri yönündeki genel yargıyı açıklamaktadır. Katılımcıların seçmediği yabancılarla etkileşimlerinin fazla olması, paradoksal olarak toplumsal geri çekilmeye ve özel hayatın ihlâl edildiği hissine neden olmaktadır.

Benzer bir şekilde sağlık üzerinde, fiziksel yaşam koşullarından türeyen olumsuz toplumsal etkiler söz konusu olabilir. Hindistan'daki varoşlarda yapılan bir çalışmada, kalabalığın psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkisi, toplumsal destek sistemlerinin çökmesi ile ilişkilendirilmiştir (Evans ve Palsane 1989). Dolayısıyla fiziksel ortamın tasarımı, toplumsal bütünleşmeye ve toplumsal desteğe ve bunların üzerinden de sağlığa etki edebilir.

8.16 Toplumsal birliği ve sağlığı geliştirme amaçlı müdahale

Dikkate alınması gereken bir başka etken de şiddet ve suç korkusudur. Bu korku, toplumsal etkileşime engel olabilir ve güvensizliği arttırabilir. Birkaç çalışmada, güvenli olmayan konut bölgelerinin daha güvenli bir hale getirilmesi için müdahaleler denenmiştir ve sonuç olarak sağlıkta iyileşmeler olduğu görülmüştür. Halpern (1995), dönüm noktası olarak görülen araştırmasında, Eastlake adlı bir konut bölgesinin yenilenmesini ele almıştır. İki katlı evlerden oluşan yeni bir İngiliz kasabasında yer alan bu geleneksel sayılabilecek konut bölgesi ününü kaybetmiş ve suçun yoğun olduğu bir bölge olarak tanınmaya başlamıştı. Bölgedeki duvar yazıları, kırık camlar ve parçalara ayrılmış arabalar gibi harabiyetin yanı sıra, yabancıların bir mülke kolayca girmelerine olanak tanıyan dar yollarla ilişkili bir şekilde bölgeye güçlü bir güvensizlik hissi hakim olmaya başlamıştı. İlk müdahalenin yapıldığı sırada, plancılar ve bölge sakinleri arasında yoğun görüşmeler yapıldı. Konutları geliştirmek için yapılan müdahaleler arasında trafiğin yavaşlatılması için alınan önlemler, daha uygun park olanaklarının sağlanması, "belirsiz yarı-özel alanlar"ın çitlerle çevrilmesi ve binalar arasındaki dar yolların kapatılması bulunmaktaydı. Evlerin içinde ise pencereler değiştirildi, mutfaklar ve banyolar onarıldı. Aynı zamanda çocuklara ayrılan oyun alanlarındaki olanaklar ve bu alanlara erişim geliştirildi. Bu müdahalenin sonucu olarak, bölgede yaşayanların trafik kaynaklı güvenlik konusunda ve kişisel saldırı ve araba hırsızlığı konularındaki kaygıları müdahaleden sonraki takip görüşmesinde, başlangıç görüşmesine oranla önemli ölçüde azaldı. Başlangıçta bölgede yaşayanların sadece %41'i bölgeyi "güvenli ya da çok güvenli" olarak görmekteydi ama çalışma tamamlandığında bu oran %81'e çıktı. Aynı zamanda, bölgede

yaşayanların bölgedeki dostluk ile ilgili algıları büyük ölçüde olumlu yönde değişti. En çarpıcı olan ise, çalışmanın başlangıcında ve son takibinde yapılan basit öz-bildirim anketlerinin sonuçlarına göre, bölgede yaşayanların kaygı ve depresyon düzeylerinin düşmesiyle ruh sağlığının iyileşmesi ve özsaygı değerlerinin yükselmesi idi. Bu basit, ancak çarpıcı çalışma, fiziksel ve toplumsal çevre arasındaki etkileşimin ruh sağlığını belirlemede ne kadar önemli olduğunu açıklamaktadır. Benzer etkilerin fiziksel sağlık üzerinde de görülebilecek olması kesinlikle akla yakın gelmektedir.

Oslo'da yapılan bir izlem çalışmasında, 10 yıl boyunca 503 kişiye her seferinde aynı anket uygulanmıştır (Dalgard ve Tambs 1997). Çalışmada, Oslo'nun sadece tek bir uydu kasabasında belirgin toplumsal değişimler görülmüştür. Başlangıçta, yüksek düzeyde ruh sağlığı sorunları görülmüş ve göreceli olarak kasabadaki hizmetler, dinlence seçenekleri ve diğer olanakları yönünden eksiklikler, ekonomik sorunlar ve kalite yönünden zayıf toplumsal ağlar tespit edilmiştir. On yıllık takip döneminde, "genel olarak" uydu kasabanın oyun alanlarında, dükkânlarında, anaokullarında, gençlik etkinliklerinde üzerinde çalışılan diğer alanlara kıyasla önemli gelişmeler olduğu bildirilmiştir. Toplumsal destekte de istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir iyileşme görülmüştür. Toplumsal çevrede etkileşime daha fazla fırsat verdiği görülen bu gelişmeler, kasabada yaşamaya devam edenlerin ruh sağlığında önemli bir iyileşmeyle ilişkilendirilmiştir. Her ne kadar toplumsal desteğin bu iyileşmelerde önemli bir etken olduğu yönünde doğrudan bir kanıt olmasa da çevresel stresteki azalmanın toplumsal değişimlerle ilişkisi akla yakın bir açıklama olarak görülmektedir. Eastlake çalışması ve Leighton'ın (1965) Nova Scotia kırsalındaki Stirling Eyaleti'nde yaptığı izlem çalışmasına göre:

> ...bölge sakinleri arasında güven ve etkileşim kadar birlik ve güçlenme hislerinin de artması, ruh sağlığının iyileşmesinde ciddi öneme sahip görünmektedir. Açıkça bu durum, mahallenin fiziksel özellikleriyle olduğu kadar toplumsal örgütlenmelerle de ilişkilidir (Dalgard ve Tambs 1997).

8.17 Sonuçlar

Toplumsal desteğin, bir uçta ölüm oranlarını etkilemekten, diğer uçta da fiziksel hastalıklara etki etmeye ve psikolojik rahatsızlıklara neden olmaya kadar uzanan geniş bir yelpazede, sağlık üzerinde etkisi olduğundan söz edilebilir. Toplumsal destek son derece kişisel bir konudur ama yine de araştırmalar toplumsal desteğin toplumsal zorunluluklardan etkilendiğini ve toplumsal birlik bağlamında, yalnızca ağların içindeki bireysel bağlantıların toplamından oluşmadığını göstermektedir. Toplum seviyesinde, toplumsal birliğin sağlık üzerinde

güçlü bir etkisi vardır ve bu, var olan bireysel sosyal ilişkileri aşan bir yapıya sahiptir. Bu durumun, toplumların sağlığının geliştirilmesi açısından önemli çıkarımları bulunmaktadır. Bir toplumun genel sağlığının geliştirilmesi bağlamında, bilinmelidir ki birçok ekonomik ve mali politika bir toplumun toplumsal birliğini etkileyebilir. Gelir eşitsizliklerini arttıran politikalar sağlık eşitsizliklerini de artırma eğilimindedir. Biraz daha küçük bir ölçekte, inşa edilmiş çevrenin tasarımı da toplumsal etkileşim olasılıklarını etkileyebilmekte ve böylece sağlığa etki edebilmektedir.

İletişim yöntemleri değiştikçe, toplumsal etkileşim için yeni fırsatlar ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bir hastalığı olan insanlar için internet, bilgi kaynağı olabilir. HIV virüsü taşıyan insanların arasında interneti sağlık konusunda bilgi almak için kullananların, virüs hakkında daha bilgili oldukları ve daha etkin başa çıkma stratejilerine ve daha fazla toplumsal desteğe sahip olduklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir (Kalichman ve ark. 2003). Cep telefonu kullanımı iletişimde özellikle gelişmekte olan ülkelerde bir devrim yaratmıştır, ancak sağlık üzerindeki etkisi henüz değerlendirilmemiştir.

Özgül bir seviyede, toplumsal izolasyon nedeniyle hastalık riskine sahip olan belirli grupların tanımlanması önemlidir. Çocukları olan genç kadınlardan depresyon riski taşıyanlar için sağlanan desteğin artırılmasına yönelik birkaç proje başlatılmıştır. Doğuma yardım sağlamayı amaçlayan projeler, risk taşıyan kadınların düşük doğum ağırlıklı bebekler doğurmalarına karşı koruyucu olamamıştır, ancak bu projeler sezaryen ile doğum yapma olasılıklarını düşürebilir (Hodnett, Fredericks 2003). Ebeveynlik becerilerini geliştirmek ve böylece çocukların hayata daha iyi başlamasını sağlamak amacıyla ebeveynlerin hedef alınması da önemlidir. Bu strateji, özellikle yüksek risk sahibi çocukları hedefleyen "Home Start Programı" ile başarıya ulaşmıştır. Bir başka olasılık da yaşam boyunca sıkça meydana gelen stresli yaşam olayları (örneğin; iş bulma, işsizlik, yakınların kaybı ve emeklilik) için geliştirilmiş destek hizmetlerinin sunulmasıdır.

Toplumsal ağların yapay olarak uyarılması ve uzun süreler yaşaması mümkün görünmemektedir. Ancak bunun aksine, toplum seviyesinde yapılan müdahaleler de toplumsal desteği azaltabilir ve sağlığa zarar verebilir. Ekonomi ve kent planlamasından sağlık hizmetlerinin dağılımına kadar geniş ve farklı bir politik çerçevede, politika yapıcıların sosyal bağlamda, ürettikleri politikaların toplumsal maliyetlerinin ve getirilerinin farkında olmaları gereklidir. Sonuç olarak hastalığı olanlara, özellikle miyokard infarktüsü ve inme veya romatoid artrit ve depresyon gibi kronik hastalıkları olan ve sürekli destekten büyük ölçüde yarar görebilecek hastalara destek verme konusunda önemli bir fırsat bulunmaktadır.

Teşekkürler

Dr. Stansfeld'in, Whitehall II araştırmasındaki toplumsal destek ve ruh sağlığı analizleri, Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmiştir. Emily Klineberg ve Lisa Kass'ın, bu bölümün gözden geçirilmesinde büyük yardımları olmuştur.

Kaynaklar

Allen, J., Markovitz, J., Jacobs, D.R., Jr., and Knox, S.S. (2001). Social support and health behavior in hostile black and white men and women in CARDIA. *Psychosom. Med.* **63,** 609-18.

Alloway, R. and Bebbington, P. (1987). The buffer theory of social support: a review of the literature. *Psychol. Med.* **17,** 91-108.

Aneshensel, C.S. and Stone, J.D. (1982). Stress and depression: a test of the buffering model of social support. *Arch. Gen. Psychiat.* **39,** 1392-6.

Barefoot, J.C., Larsen, S., von der Lieth, L., and Schroll, M. (1995). Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women. *Am. J. Epidemiol* **142,** 477-84.

Baum, A. and Valins, S. (1977). *Architecture and social behaviour: psychosocial studies of social density.* Laurence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.

Bebbington, P. and Kuipers, L. (1994). The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiat. Scand.* **89,**46-53.

Berkman, L.R and Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.* **109,** 186-203.

Berkman, L.F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R.M., Catellier, D., Cowan, M.J., *et al.* (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* **289,** 3106-16.

Berkman, L.F., Leo-Summers, L., and Horwitz, R.I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann. Int. Med.* **117,** 1003-9.

Bisconti, T.L. and Bergeman, C.S. (1999). Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being and perceived health. *The Gerontologist* **39,** 94-103.

Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *Am. J. Epidemiol.* **115,** 684-94.

Blumental, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.B., Haney, T., and Zimet, G. (1987). Social support, type A behaviour, and coronary artery disease. *Psychosom. Med.* **49,** 341-54.

Bolton, W. and Oatley, K. (1987). A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychol. Med.* **17,** 453-60.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment.* Hogarth Press, Institute of Psycho-Analysis, London.

Brown, G.W. and Harris, T. (1978). *The social origins of depression.* Tavistock Publications, London. Brown, **G.W., Andrews, B., Harris R., Adler, Z., and Bridge, L.**

(1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychol. Med.* **16,** 813-31.

Brugha, T.S., Bebbington, P.E., MacCarthy B., Sturt, E., Wykes, T., and Potter, J. (1990). Gender, social support and recovery from depressive disorders: a prospective clinical study. *Psychol. Med.* **20,** 147-56.

Cameron, O. (1996). Depression increases post-MI mortality: how? *Psychosom. Med.* **58,**111-12.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* **38,** 300-13.

Cohen, S. and Syme, S.L. (ed.) (1985). *Social support and health.* Academic Press, London.

Cohen, S., Underwood, L.G., and Gottlieb, B.H. (2000). *Social support, measurement and intervention: a guide for health and social scientists.* Oxford University Press, New York.

Cornman, J.C., Goldman, N., Glei, D.A., Weinstein, M., and Chang, M.C. (2003). Social ties and perceived support: two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan. /. *Aging Health* **15,** 616-44.

Coyne, J.C. and Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Ann. Rev. Psychol.* **42,**401-5.

Dalgard, O.S. and Tambs, K. (1997). Urban environment and mental health: a longitudinal study. *Br. J. Psychiat.* **171,** 530-6.

Dickens, CM., McGowan, L., Percival, C, Douglas, J., Tomenson, B., Cotter, L., *et al.* (2004). Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart* **90,**518-22.

Durkheim, E. (1897). *Suicide.* (Reprinted in 1951 by The Free Press, New York.)

Evans, G.W. and Palsane, M.N. (1989). Residential density and psychological health: the mediating effects of social support. /. *Person. Soc. Psychol.* **6,** 994-9.

Fischer, C.S. (1982). *To dwell among friends.* University of Chicago Press, Chicago.

Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., and Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: a longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Soc. Set. Med.* **33,** 605-11.

Frasure-Smith, N. and Prince, R. (1985). The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact and mortality. *Psychosom. Med.* **47,**431-45.

Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Prince, R.H., *et al.* (1997). Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for the patients recovering from myocardial infarction. *Lancet* **350,** 473-9.

Fuhrer, R., Stansfeld, S.A., Hudry-Chemali, J., and Shipley, M.J. (1999). Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II Study). *Soc. Sci. Med.* **48,** 77-87.

Geckova, A., Van Dijk, J.P., Stewart, R., Groothoff, J.W., and Post, D. (2003). Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *Eur. J. Public Health* **13** 44-50.

Halpern, D.S. (1993). Minorities and mental health. *Soc. Sci. Med.* 36, 597-607.

Halpern, D.S. (1995). *Mental health and the built environment. More than bricks and mortar?* Taylor and Francis, London.

Henderson, A.S. (1981). Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *Br. J. Psychiat.* **138,** 391-8.

Hodnett, E.D. and Fredericks, S. (2003). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *Cochrane Database.Syst.Rev.* CD000198.

House, J.S., Robbins, C. and Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health

Study. *Am. }. Epidemiol.* **116,** 123-40.

Kalichman, S.C., Benotsch, E.G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W., and Cherry, C. (2003). Health-related Internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: preliminary results from a community survey. *Health Psychol.* **22,** 111-16.

Kaplan, G.A., Salonen J.T., Cohen R.D., Brand, R.J., Syme, L., and Puska, P. (1988). Social
connections and mortality from all causes and cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *Am. J. Epidemiol.* **128,** 370-80.

Kaplan, G.A., Wilson, T.W., Cohen, R.D., Kauhanen, J., Wu, M., and Salonen, J.T. (1994). Social functioning and overall mortality: prospective evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study. *Epidemiology* **5,** 495-500.

Kawachi, I. and Kennedy, B.P. (1997). Health and social cohesion: why care about income inequality? *BM]* **314,**1037-40.

Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., *et al.* (1996). A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* **50,** 245-51.

Kessler, R.C. and McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In: *Social support and health,* (ed. S. Cohen and S.L. Syme), pp. 219-10. Academic Press, Orlando, FX.

Kiecolt-Glaser, J. and Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosom. Med.* **57,** 269-74.

Lakey, B., Tardiff, R.A., and Drew, J.B. (1994). Negative social interactions: assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. /. *Soc. Clin. Psychol.* **13,** 63-85.

Landale, N.S. and Oropesa, R.S. (2001). Migration, social support and perinatal health: an origin-destination analysis of Puerto Rican women. /. *Health Soc.Behav.* **42,** 166-83.

Leighton, A.H. (1965). Poverty and social change. *Sci. Am.* **212,** 21-7.

Lesperance, F., Frasure-Smith, N., and Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom. Med.* **58,**99-110.

Lindsay, G.M., Smith, L.N., Hanlon, P., and Wheatley, D.J. (2001). The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart* **85,** 80-6.

Medalie, J.H. and Goldbourt, U. (1976). Angina pectoris among 10,000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five-year incidence study. *Am. J. Med.* **60,** 910-21.

Orth-Gomer, K. and Johnson, J.V. (1987). Social network interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. /. *Chronic Dis.* **40,** 949-57.

Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., Freeman, D.H., and Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *Am. J. Epidemiol.* **135,**356-68.

Pahl, R. (2003). Some sceptical comments on the relationship between social support and well-being. *Leisure Studies* **22,** 1-12.

Parkes, CM., Benjamin, B., and Fitzgerald, R.G. (1969). Broken hearts: a statistical study of increased mortality among widowers. *BM]* **1,** 740-3.

Paykel, E.S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiat. Scand. Suppl.*

377, 50-8.

Pedersen, S.S., Middel, B., and Larsen, M.L. (2002). The role of personality variables and social support in distress and perceived health in patients following myocardial infarction. *Psychosom. Res.* **53,**1171-5.

Quinton, D., Rutter, M., and Liddle, C. (1984). Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. *Psychol. Med.* **14,** 107-24.

Rael, E.G.S., Stansfeld, S.A., Shipley, M., *et al.* (1995). Sickness absence in the Whitehall II Study, London: the role of social support and material problems. /. *Epidemiol. Comm. Hlth.* **49,** 474-81.

Reed, D., McGee, D., Yano, K., and Feinleib, M. (1983). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *Am. J. Epidemiol.* **117,** 384-96.

Ren, X.S., Skinner, K., Lee, A., and Kazis, L. (1999). Social support, social selection and self-assessed health status: results from the veterans health study in the United States. *Soc. Sci. Med* **48,**1721-34.

Reynolds, P. and Kaplan, G.A. (1990). Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County Study. *Behav. Med.* **16,** 101-10.

Ruberman, W, Weinblatt, E., Goldberg, J.D., and Chaudhary, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* **311,** 552-9.

Sapolsky, R.M. (1989). Hypercortisolism among socially subordinate wild baboons originates at the CNS level. *Arch. Gen. Psychiat.* 46,1047-51.

Schieman, S. and Meersman, S.C. (2004). Neighborhood problems and health among older adults: received and donated social support and the sense of mastery as effect modifiers. /. *Gerontol.* **59,** S89-S97.

Schoenbach, V., Kaplan, B.H., Fredman, L., and Kleinbaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in Evans Country, Georgia. *Am.J. Epidemiol.* **123,** 577-91.

Seeman, T.E. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Ann. Epidemiol* **6,** 442-51.

Seeman, T.E. and McEwen, B.S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosom. Med.* **58,** 459-71.

Seeman, T.E. and Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: a comparative analysis of network structural and support characteristics. *Psychosom. Med.* **49,** 331—40.

Seeman, T.E., Berkman, L.F., Blazer, D., and Rowe, J.W. (1994). Social ties and support as modifiers of neuroendocrine function. MacArthur Studies of Successful Aging. *Ann. Behav. Med.* **16,** 95-106.

Stansfeld, S. and Sproston, K. (2002). Social Support and networks. In: *Ethnic minority psychiatric illness rates in the community (EMPIRIC),* (ed. K. Sproston J. Nazroo). TSO, London.

Stansfeld, A.S., Bosma, H., Hemingway, H., and Marmot, M.G. (1998a). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF36 health functioning: the Whitehall II Study. *Psychosom. Med.* **60,** 247-55.

Stansfeld, S.A, Fuhrer, R., and Shipley, M. (19986). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychol. Med.* **28,** 881-92.

Stansfeld, S.A, Head, J., Marmot, M.G. (1998c). Explaining social class differences in depression and well being. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology* **33,** 1-9.

Stansfeld, S.A., Rael, E.G.A., Head, J., *et al.* (1997). Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychol. Med. 27*, 35-48.

Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., and Ormel, J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychol. Med.* **32,** 311-23.

Turner, R.J. and Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology of a central stress mediator./. *Hlth. Soc. Behav.* **35**, 193-212.

Vogt, T.M., Mullooly, J.R, Ernst, D., Pope, C.R., and Hollis, J.F. (1992). Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Clin. Epidemiol.* 45, 659-66.

Welin, L., Tibblin, G., Tibblin, B., *et al.* (1985). Prospective study of social influences on mortality: the study of men born in 1913 and 1923. *Lancet* 1, 915-18.

Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: from inequality to well-being.* Routledge, London.

Williams, J.K., Vita, J.A., and Manuck, S.B. (1991). Psychosocial factors impair vascular responses of coronary arteries. *Circulation* 84, 2146-53.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., *et al.* (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* **267,** 520-4.

Willmott, P. (1963). *The evolution of a community.* Routledge and Keegan Paul, London.

Yancey, W. (1971). Architecture, interaction, and social control: the case of a large-scale public housing project. *Environ. Behav.* 3, 3-21.

9. Bölüm

GIDA POLİTİK BİR MESELEDİR

Aileen Robertson, Eric Brunner ve Aubrey Sheiham

Beslenme biçimi, erken ölüme ve engelliliğe yol açan başlıca hastalıkların temel belirleyicilerinden biridir. Gıda üretimindeki, ulaşılabilirliğindeki ve erişimindeki gelişmeler, özellikle düşük gelirli ülkelerde yaşayan görece yoksullar arasındaki sağlıksızlık yükünü azaltıcı potansiyel içermektedir. Siyasi karar vericiler, halk sağlığındaki ana kazanımların her toplumun kendine özgü ihtiyaçlarına yönelik gıda ve beslenme politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasıyla sağlanabileceğini kabullenmektedir.

9.1 Sağlığın belirleyicisi olarak gıda

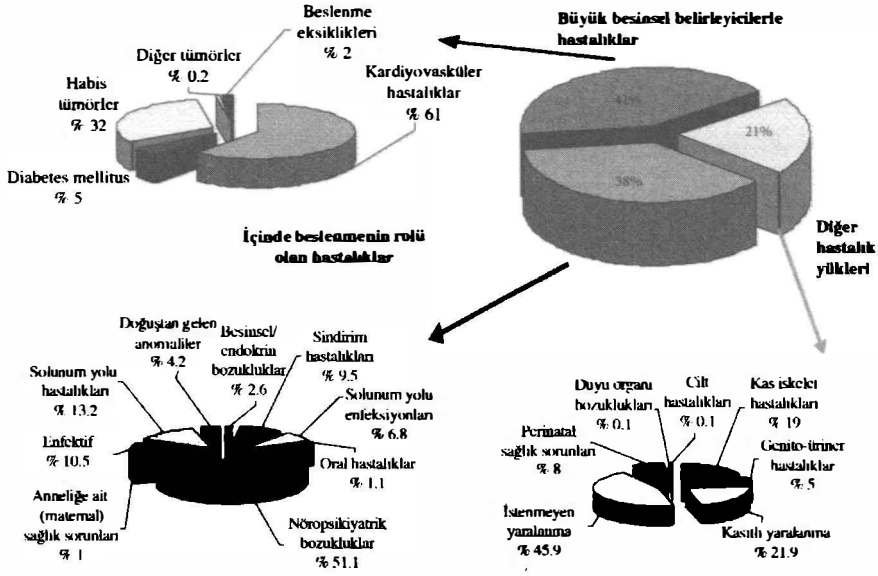
Son 20 yıl içinde, hastalık yükü DSÖ Avrupa Bölgesi'nde geniş ölçüde çeşitlilik göstermiş ve çoğu ülkede çarpıcı değişimlere uğramıştır. Bu değişim ve farklılıklar büyük ölçüde yeme-içme ve fiziksel aktivite kalıplarının sosyo-ekonomik belirleyicilerine ve bu alandaki kültürel eğilimlere dayandırılmalıdır.

Beslenme, Avrupa'da hastalık yükünü önemli ölçüde etkilemektedir (Robertson ve ark. 2004). Sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları (DALY) kaybı büyük oranda (%41) kalp-damar hastalıkları (KDH), tip II diyabet ve kanserlerden kaynaklanmaktadır ki beslenme, bu hastalıkların hepsi için ana belirleyicilerdendir (Şekil 9.1). DALY'nin diğer %38'lik kısmı, yine beslenmenin büyük rol oynadığı oral hastalıklar, enfeksiyonlara karşı direnç düşüklüğü ve konjenital anomaliler sonucu kaybedilmektedir. 2000 yılında Avrupa'da 136 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybedilmiş, beslenmeyle ilgili başlıca risk etkenleri 56 milyonun üzerinde yıl kaybına neden olmuş, beslenmeyle ilişkili diğer etkenlerse 52 milyon DALY kaybında etkili olmuştur.

Avrupa'daki ölüm oranlarına bakıldığında, KDH, ana ölüm nedeni olarak yılda dört milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır ve erken ölümlerin önde gelen nedenleri beslenme biçimine bağlı risk etkenleridir. Yakın zamanda DSÖ'nün Avrupa Bölgesi'nde (Şekil 9.2) ölüm oranıyla ilişkili etkenlerle ilgili tahmini, yedi ana risk etkeninden altısının diyet ve fiziksel aktivite kalıplarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Temel risk etkeni, obezite ve yüksek tuz alımıyla doğrudan ilişkili olan yüksek kan basıncıdır. İkinci risk etkeni ise doymuş yağ alımıyla doğrudan ilişkili olan yüksek serum kolesterolüdür. Sigara kullanımı üçüncü etkendir (bkz. Bö-

lüm 11). Dördüncü risk etkeni yüksek beden kitle endeksidir, çünkü aşırı kilonun ve obezitenin KDH, tip II diyabet ve bazı kanserlerle güçlü ilişkisi bulunmaktadır. Beşinci olarak, yetersiz sebze ve meyve tüketimi de yine bazı kanserlerin ve KDH'nın yüksek yaygınlığıyla yakından ilişkilidir (şekil 9.3). Altıncı ana etken düşük seviyelerdeki fiziksel aktiviteyken, yedincisi fazla miktarda alkol tüketimidir. Bu bölümde az miktarda meyve ve sebze tüketiminin yanında, yüksek kan basıncı, yüksek serum kolesterolü, fazla kilo ve obezitenin besinsel belirleyicileri üzerine odaklanılmıştır. Yoğun alkol alımı ve düşük seviyelerdeki fiziksel aktivite üzerinde daha az durulmuştur.

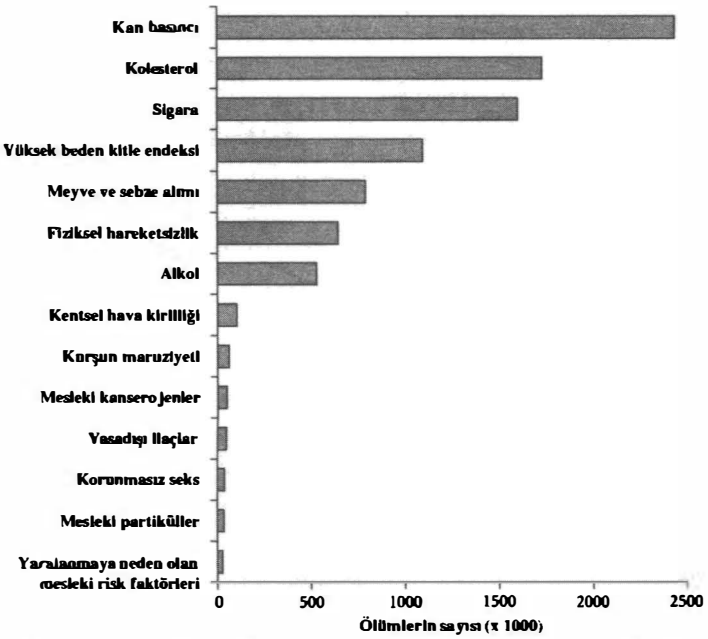


Şekil 9.1 2000 yılında Avrupa Bölgesi'nde sağlıklı yaşam yılı kaybı[1]
Kaynak: DSÖ 2004, Şekil 1.1, s. 8.

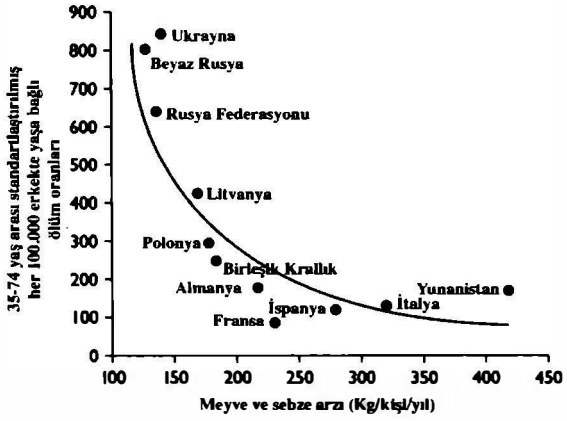
9.2 Besinsel öğeler, beslenme biçimi ve kronik hastalıkların önlenmesi –Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) / Gıda ve Tarım Örgütü (GTÖ) önerileri

Yukarıda özetlendiği üzere uygunsuz beslenmenin, halk sağlığı açısından önem arz eden hastalıklara neden olduğu kadar (Brunner ve ark. 2001), yukarı-

[1] DALY yaklaşımında, sakatlığa ayarlanmış yaşam süresi (DALY) hastalık ve ölüm oranı verilerini, kaybedilmiş sağlıklı yaşam süresi türünde birleştirir. Sağlığın her seviyesi "0"dan (tam sağlık) T'ye (ölüm) kadar olan bir işlev kaybı ağırlıklandırmasıyla ilişkilendirilmiştir. Belirli bir hastalığın yükü, hastalıklı yaşam süresinin işlev kaybı ağırlığıyla çarpılması ve hastalık nedeniyle kaybedilen yılların buna eklenmesiyle hesaplanir. DALY bir sağlıklı yaşam yılı kaybını ifade etmenin tek yoludur.



Şekil 9.2 Avrupa'da 2000 yılında büyük risk faktörlerine atfedilebilir ölümler. (Kaynak: DSÖ 2002)



Şekil 9.3 Seçili Avrupa ülkelerinde meyve ve sebze arzı ile ilişkili koroner kalp hastalığı mortalitesi.

da özetlendiği gibi, hastalık yüküyle de ilgili ana etken olduğuna dair zengin kanıtlar bulunmaktadır. 1990 sonrasında yayınlanan bilimsel bulgular, DSÖ'den ve Gıda ve Tarım Örgütünden oluşturulan Uzman Konsültasyonu tarafından gözden geçirilmiştir (DSÖ 2003). Bu yeni teknik raporlar serisi (916) 1990'da yayınlanan bir önceki DSÖ raporunda (797) belirtilen besinsel önerilerle pekiştirilmiştir. Güncellenen besin hedefleri (Şekil 9.1) az miktarda değişiklik içermektedir ve başlıca değişiklikler şunlardır:

1. **Yağ** – alınan yağın nitel bileşiminin KDH riskine belirgin şekilde etki ettiğinin gelişen bulgularla saptanması ışığında, yağ asitleri için önerilen hedefler daha detaylandırılmıştır. Özellikle, çoklu doymamış yağ asitlerini (ÇDYA) ve hidrojenle zenginleştirilmiş yağ asitlerini içeren bulgular mevcuttur. Kalp-damar sağlığı açısından iyilik halini arttırmak için, trans yağ asitlerinin (hidrojenlenmiş yağlar) çok düşük miktarlarda alımı (ör. <%1) sağlanmalıdır. Bu öneri, düşük maliyetli hidrojenlenmiş yağların pazarlandığı ülkelerde önemlidir. Beslenmede uygun ölçüde ÇDYA (günlük enerjinin %6-10'u) alımı sağlanmalıdır. Ayrıca, amaçlar büyük oranda tohum yağlarında bulunan n-6 ÇDYA (günlük enerjinin %5-8'i) ve deniz ürünleri ve bitkisel kaynaklı n-3 ÇDYA (günlük enerjinin %1-2'si) alımıyla ilgili en uygun dengeyi de belirlemektedir.

2. **Tuz** – kardiyovasküler hastalıklardan korunma konusundaki yeni bulgular dolayısıyla tuz (sodyum klorür) için önerilen hedef 1 gr indirilmiştir. Yüksek kan basıncı; koroner kalp hastalığı ve inme (iskemik ve hemorajik inme) için önemli bir risk etkenidir ve sodyum alımının dağılımı, kan basıncı seviyelerinin nüfustaki dağılımı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Son çalışmalar günlük 1,7 gr'ın (70 mmol) üzerine çıkmayan sodyum alımının, kan basıncını düşürmek için yararlı olduğunu belirtmektedir. Bu, önerilen tuz alımının 5gr/gün'den az olmasına tekabül etmektedir. Bazı ülkelerdeki iyot eksikliğine bağlı hastalıkların seviyelerine bakıldığında, Uzman Konsültasyonu tuz alımı ve iyot durumuna bağlı olarak tuzun iyotlanmasının ayarlanması gerekliliğini vurgulamıştır.

3. **Besinsel lifler** – uygun besinsel liflerin alınması tam tahıllı gıdaların, baklagillerin, meyve ve sebzelerin düzenli olarak tüketilmesiyle başarılabilir. Bu durumun sağlık açısından yararları obeziteden, diyabetten, KDH'dan, kolorektal ve diğer kanserlerden korunmaktır. Önerilen meyve ve sebze alımı (>400gr/gün) ve tam tahıllı gıda tüketimi, nişasta olmayan polisakkaritlerin >20gr/gün'ünü karşılamaya ve >25gr/gün toplam besinsel life karşılık gelecek şekildedir.

4. **Şeker** – 2003'teki Birleşmiş DSÖ/GTÖ Uzman Konsültasyonu toplam enerjinin <%10'unun şekerden alımıyla ilgili nüfus hedefinin tartışmalı olduğunun farkındaydılar. Ancak, yüksek şeker alımının beden kitle endeksini tahmin edildiği şekilde arttırmadığını gösteren çalışmalar değerlendirildi ve belli başlı bilimsel kısıtlılıklara dikkat çekildi. Yüksek şeker alımının besin öğeleri olmaksızın yüksek enerji sağlayarak beslenme biçiminin besinsel kalitesini düşürme eğiliminde olduğu konusunda anlaşma sağlandı. Şekerin kısıtlanması sağlıksız kilo alma riskini azaltmaya birçok yoldan katkıda bulunur (Gross ve ark. 2004). Şeker pozitif yöndeki bir enerji dengelenmesine yol açar. Örneğin, yüksek şekerli içeceklerin ardından gıda alımındaki azalma, bunlarla eşit enerji içeren gıdaların tüketilmesinde olduğundan daha azdır (James ve ark. 2004). Dolayısıyla fazla miktarlarda şekerden zengin meşrubat tüketen çocuklar yoğun kilo alma eğilimindedirler (Raben ve ark. 2002; Ludwig ve ark. 2001).

Küresel Beslenme Biçimi, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Stratejisi, Dünya Sağlık Asamblesi'nde (DSA) 2004'te kabul edilmiş ve (http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/) böyle bir stratejinin hazırlanmasına yönelik üye ülkelerin taleplerine cevap verilmiştir. 2000 yılında Avrupa'nın 52 sağlık bakanı, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Gıda ve Beslenme Politikaları Birinci Eylem Planı'nı onaylamışlardır (2000-20005) *(http://www.euro.who.int/nutrition/FoodandNutActPlan/20010906_2)*. Beslenme ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma, Avrupa'nın bu girişimiyle DSÖ siyasi gündemine yerleştirmiştir. Küresel Strateji'nin gelecekte uygulanması büyük ölçüde DSÖ'nün altı Bölgesi'ne bağlıdır. Küresel Strateji'nin ilgili bölümlerinin, 2006'da DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bakanlar düzeyindeki beslenme konferansı sürecinde görüşülecek olan DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Gıda ve Beslenme Politikaları İkinci Eylem Planı'na uyarlanması planlanmaktadır.

Tablo 9.1 Nüfus beslenme hedefleri. (Kaynak: DSÖ 2003.)

Besinsel faktörler	**2003 DSÖ/GTÖ önerileri[2]**
Toplam yağ	15-30%
Doymuş yağ asitleri	<10%
Doymamış yağ asitleri	6-10%
n-6 ÇDYA'lar	5-8%
n-3 ÇDYA'lar	1-2%
Trans yağ asitleri	<1%
Tekli yağ asitleri	farka göre
Toplam karbonhidrat	55-75%
Serbest şeker	<10%
Karışık karbonhidrat	öneri yok
Protein	10-15%
Kolesterol	<300 mg/gün
Tuz (sodyum klorid)	<5 g/gün
Meyve, sebze, bakliyat, kuruyemiş ve çekirdek	>400 g/gün
Toplam besinsel lif	Gıdalardan – metindeki 3. noktaya bakın
Nişastasız polisakkaridler	Gıdalardan – metindeki 3. noktaya bakın

9.3 Nüfusun besinsel hedeflerini karşılamaya yönelik gıda arzı oluşturmak

Belirlenen hedeflere ulaşmak için, nüfus beslenme hedefleri, mevcut gıda alımlarında gereken değişiklikler cinsinden tanımlanarak anlamlı politikalar haline getirilmelidir. Buna ilişkin bir yaklaşım gıda arzı istatistiklerini beslenme hedefleriyle karşılaştırmaktır. Eğer mevcut gıda sunumu teorik olarak (hedeflere dayalı) varsayılandan farklı ise, gıda sunum sisteminde değişiklik yapılması düşünülmelidir. Değişiklikle ilgili, çiftçilerin bu konudaki istekliliği, gıda üreticileri ve perakendecilerin gıda ve beslenme politikasına karşı tepkilerinde uzlaşma sağlanmalıdır.

[2] Aksi belirtilmedikçe önerilen alım aralığı toplam enerji alımının yüzdesi olarak.

Tablo 9.2 1965 ve 1999 yıllarında İrlanda ve İtalya nüfusuna gıda arzlarıyla besinsel önerilerin karşılaştırılması.
Kaynak: DSÖ 2004 (Tablo 8.10, s. 187)

Gıda	Nüfus beslenme hedefleri	Teorik olarak gerekli gıda arzı (kişi başı/gün)	Fiili gıda arzı (kişi başı/gün)			
			İrlanda		İtalya	
			1965	1999	1965	1999
Toplam yağ	toplam enerjinin <30%	<80 g yağ	119 g	136 g	90 g	152 g
Doymuş yağ	toplam enerjinin <10%	<60 g hayvansal ürünlerden yağ	100 g	89 g	38 g	70 g
Şeker	toplam enerjinin <10%	<65 g ham şeker eşdeğeri	146 g	116 g	73 g	81 g
Meyve ve sebzeler	>400 g/gün	>600 g meyve ve sebzeler (>400 g yenebilir)	245 g	390 g	720 g	858 g

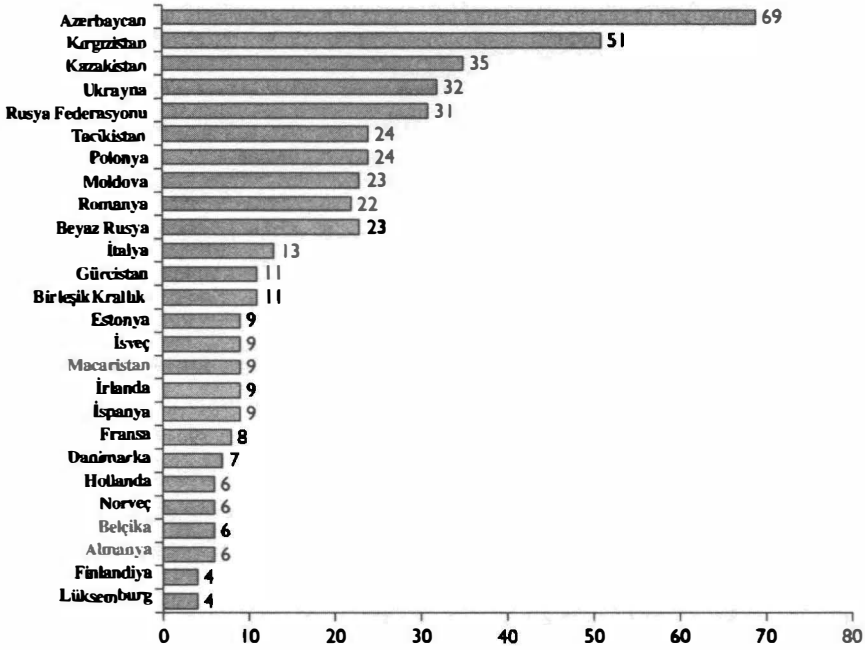
Avrupa'da gıda alımının kalıpları son on yıllarda çarpıcı şekilde değişmiştir. Ülkelere özgü eğilimlerde hem olumlu hem de olumsuz değişiklikler yer almaktadır. Örneğin, İrlanda nüfusu için 1965 ve 1999 yılları arasında gıda arzı fazlasıyla yağ, şeker ve yetersiz meyve – sebze içermekteydi. Ancak, beslenmedeki kalite, artan meyve ve sebze kullanımı ve azalan doymuş yağ kullanımıyla kısmen iyileşme gerçekleşmiştir. İtalya, yağ kullanımını önerilen maksimum seviyenin oldukça üzerine çıkarmasına rağmen meyve ve sebze tüketimi de yüksek seviyelerde kalmıştır.

Gıda arzındaki eğilimlerin, beslenme hedefleriyle karşılaştırılması, beslenme politikası yaratılması için iyi bir başlangıç noktası sağlar. Ancak, böyle veriler gıda alımının nüfus içerisindeki değişken dağılımını hesaba katmamaktadır. Bu noktada, ulaşılabilirlik ve yaygınlık, zengin ve fakir bölgelerdeki ve kentsel alanlara kıyasla kırsal alanlardaki eşitsizlik gibi etkenler oldukça önemlidir. Gelir eşitsizliği, kültürel tercihler ve fiyatlandırma politikaları, yiyecek içeceklerin tedarik edilme şekilleri gibi diğer etkiler nüfusun farklı öbeklerindeki tüketim modellerini güçlü şekilde etkilemektedir.

9.4 Gıda yoksulluğu ve eşitsizlik

Avrupa Bölgesi'nde bir kısım insanın, tüm dünyadan gelen yiyeceklerle dolup taşan mağazalardan bunları satın alacak miktarda parası bulunmaktadır. Diğerleriyse bu erişimden yoksundur ve tek öğünle veya hiç yemek yemeden günlerce dayanmaktadır. Bu kişilerin tedarik ettikleri gıdalar güvenilir değildir ve çoğunlukla temel besinler yönünden eksiktir. Bu gibi eşitsizlikler Avrupa'da her ülkede mevcuttur. Yoksullar gelir güvensizliğinden, besinlerin düşük kaliteli olmasından veya hiç besin olmamasından ve kötü yaşam standartlarından dolayı sıkıntı çekmektedirler. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, Avrupa Bölge-

si'nden seçili ülkelerde yerel olarak belirlenmiş olan yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfus oranını değerlendirmiştir (Şekil 9.4). Buna göre rakamın %10'un altında olduğu çoğu Avrupa ülkesiyle karşılaştırıldığında, eski Sovyet ülkelerindeki nüfusun %20'si kendi ulusal yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır.



Şekil 9.4 Seçili Avrupa ülkelerinde ulusal yoksulluk sınırının altındaki nüfusun yüzdesi (en son mevcut olan yıllar) Kaynak: DSÖ 2004, Şekil 3.3, s. 160).

Dünya Bankası'nın tahminlerine göre, yaklaşık 20 milyonu aşırı yoksul olmak üzere (bir çocuk için günlük 2.15 Amerikan dolarının altında olarak tanımlanmıştır), Avrupa Bölgesi'nde 50 milyondan fazla çocuk düşük gelirli hanelerde yaşamaktadır. Yoksulluk nedeniyle, beslenmenin yeterin altına inmesi veya açlık seviyesine ulaşması, hem bireye hem de topluma zarar verebilir. Çocuklar okul derslerine yoğunlaşamazlar. Kadınlar düşük doğum tartılı bebekler dünyaya getirebilir. Yetersiz beslenen kadın ve erkekler çalışıp hane gelirini arttırma şansını kaybederler ve bu da yoksulluğun kalıcılaşmasına neden olur. Tarım çalışanlarının yoksulluk oranları yüksektir ve bu insanlar büyük üreticilerle yoğunlaşan gıda piyasasında azalan iş olanaklarıyla da baş etmektedirler.

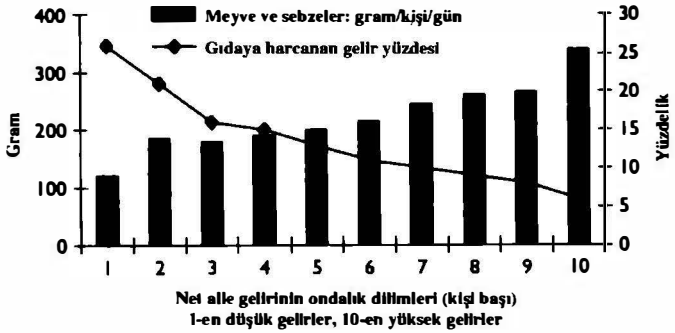
9.4.1 Gıda eşitsizliğini ölçmek

Gıdaya harcanan hane giderlerinin oranı gıda eşitsizliğinin iyi bir göstergesidir. Gelirin büyük bir kısmının yiyeceğe harcanması, hanehalkının yeterli gıdayı

sağlamakta sorun yaşadığı anlamına gelir. Küçük bir oran ise gıdaya erişimin nispeten kolay olduğunu gösterir. Örneğin, Tacikistan'da hanehalkının toplam gıda harcamalarının oranı ortalama %75'tir ve nüfusun en zengin beşte biri ve en fakir beşte birine dâhil hanelerde bu rakamlar sırasıyla %60'dan %79'a kadar değişir. Batı Avrupa ülkelerinde aynı ortalama oran, Lüksemburg'da %13 ve Yunanistan'da %36 olarak değişkenlik gösterir. Ancak, ulusal ortalamalar sahanın genişliğini ve çoğu Avrupa ülkesindeki birçok insanın sağlıklı beslenme düzeni sağlamakta zorlandığını göz ardı etmektedir.

Tablo 9.3 1980 ve 1990'larda seçili Batı Avrupa ülkeleri ve bölgelerindeki, yüksek ve düşük eğitim grupları arasında meyve ve sebze tüketim farkı.
Not: Yüksek eğitim grubunun tüketimi, düşük eğitim grubuyla karşılaştırıldığında miktar daha fazladır. Kaynak: Roos ve ark. 2000.

Ülke veya bölge	Fark (g/10 MJ/gün)	
	Meyve	Sebzeler
Finlandiya	+ 55	+ 30
İsveç	+ 18	+23
Norveç	+ 26	-3
Danimarka	+46	+43
Birleşik Krallık	+ 31	+33
Almanya	+ 16	+ 14
Hollanda	+ 52	+ 19
İspanya		
Navarra	+ 14	+ 9
Katolanya	+ 6	-19
Bask Ülkesi	-97	+31



Şekil 9.5 Birleşik Krallık'ta gıdaya harcanan gelir miktarı ve taze meyve ve sebze tüketimine ayrılan gelirin karşılaştırılması. (Kaynak: DSÖ 2004, Şekil 3.3, s. 68.)

Avrupa ülkelerindeki sosyo-ekonomik grupların beslenme modelleri, hanehalkının geliri, mesleki sınıf ve eğitim düzeyi gibi çeşitli belirleyiciler kullanılarak incelenmiştir. (De Irala-Estevez ve ark. 2000). Genellikle, düşük sosyo-eko-

nomik gruplar görece az meyve sebze (Tablo 9.3) ve daha çok et, yağ ve şeker tüketme eğilimindedir. Hanehalkı için satın alınan gıdalar tüm aile bireylerinin ideal şekilde beslenebilmesi için yetersiz olabilir. Sorun buzdolabı veya fırın gibi mutfak gereçlerinin eksikliğiyle de artabilmektedir. Sonuç olarak, bazı bireyler – özellikle kadınlar – yetersiz beslenme koşullarına maruz kalabilmektedir.

Her ne kadar düşük gelirli aileler gıda harcamalarında kısıtlı gelirlerini verimli şekilde değerlendiriyorlarsa da, bu aileler mikrobesinlerden zengin olan meyve ve sebze gibi gıdalardan ziyade yüksek yağ ve şeker içeren besinlere harcama yaparlar (Nelson 1999). Genelde, enerji birimi başına düşen tutar, sıvı ve katı yağ, beyaz ekmek ve şeker için en düşüktür. Bu, ucuz, yüksek enerjili yiyecekler yoksulların alım gücünün yettiği ana gıdalardır. Bu gıdaların, önerilen besin maddelerini karşılamalarına imkân yoktur ancak enerji sağladıkları için açlığı bastırmada tatmin edicidirler. Parasal sıkıntılar yoksulların, yağ ve şekerden zengin gıdalar yerine meyve-sebze gibi mikrobesinlerden zengin gıdaların tüketmesini azaltabilmektedir.

İngiltere'de, hane geliri ve belirli beslenme kalıpları arasındaki ilişki oldukça tutarlıdır. Düşük gelirlerle yaşayan aileler daha az meyve-sebze (Şekil 9.5), balık ve tam tahıllı gıdalar; daha çok rafine tahıl, şekerli gıdalar ve yağ tüketme eğilimindedir. Sonuç olarak, esas besinlerin alınması yoksul ailelerden daha zenginler lehine dikkat çekici bir sosyal farklılık göstermektedir.

İngiltere üzerine başka araştırmalar yaşlıları, işçi sınıfı çocuklarını, devlet yardımıyla geçinen aileleri ve tek ebeveynli çocukları içeren hassas grupların nüfusun diğer gruplarından daha kısıtlı gıda aldığını ve birçok vitamin ve mineral yönünden kan seviyelerinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Haftalık 180 £ geliri olan ailelerde, üçten fazla çocuğu olan ailelerde ve tek ebeveyne sahip çocuklarda C vitamini, folat, demir, çinko ve magnezyum alımı gereken değerlerin altındadır. Nüfusun en fakir beşte birine mensup ailelerde bazı besinlerin alımı 15 yıllık dönemde C vitamini bakımından %23, beta karoten bakımından %47 azalmıştır (Dowler ve Leather 1997).

9.4.2 Eşitsizlik ve beslenme biçimiyle ilişkili hastalıklar

Yukarıda tarif edilen beslenme kalıpları farklı sosyal gruplarca geçirilen farklı hastalık kalıplarında etkili olmaktadır. İngiltere'de 15000'den fazla erişkin üzerinde yürütülen ulusal bir araştırma, mesleklerle tanımlanan sosyal sınıflar içerisindeki KDH yaygınlığının ve risk etkenlerinin belirgin farklılıklar gösterdiğini belirtmiştir. Sağlık göstergelerindeki sosyal eğri özellikle kadınlar arasında belirgindir.

Tablo 9.4 Sosyal sınıf ve hastalık: İngiltere & Galler'de yetişkinlerde risk faktörleri ve hastalık yaygınlığı, 1998. (Kaynak: Erens ve Primatesta 1999).

Hastalıklar ve risk faktörleri	Genel sosyal sınıf kaydı					
	KADINLAR			ERKEKLER		
	Yüksek	Orta	Düşük	Yüksek	Orta	Düşük
	kol emeği dışı			kol emeği dışı		
İskemik kalp hastalığı (%)	5.2	11.1	10.2	8.2	6.0	10.0
İnme (%)	1.0	2.0	2.1	0.9	1.9	4.0
Yüksek kan basıncı (%)	34.3	37.2	40.2	31.4	34.4	35.9
Kolesterol >6.5 mmol/l (%)	14.5	21.2	19.8	22.2	21.2	22.6
HDL-C <0.9 mmol/l (%)	16.3	18.1	14.1	3.4	4.9	8.5
Obezite (BMI >30) (%)	11.6	16.4	17.7	14.4	18.2	28.1
Yüksek yağ tüketimi	19	23	38	7	12	17

Sağlık eşitsizliklerinin çevresel nedenleri erişkin yaşamlarında sosyal sınıf değiştirmiş veya göç etmiş bireyler arasında gözlemlenebilir. Oslo'daki bir çalışma sosyal sınıf atlayan veya düşen kişilerde ölüm oranının yeni girdikleri sınıftakilere yaklaştığını ancak eşitlenmediğini ortaya koymuştur (Naess ve Claussen 2000). Kanser oranları da benzer değişim kalıplarını izlemektedir. Almanya'daki Türk göçmenlerin hastalık oranları yerli Almanlarınkine yakındır (Razum ve Zeeb 2000). Bu, değişen (gıdalar ve beslenme biçimini içerecek şekilde) yaşam tarzının sağlık yönünden önemli bir belirleyici olduğunu ve sağlık eşitsizliklerinin değişkenlik gösterebileceğini ifade eder.

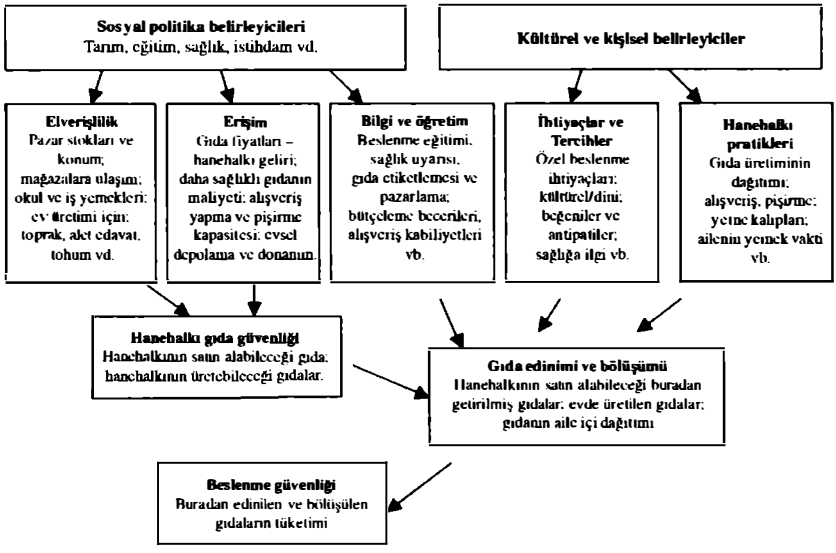
İngiltere'deki düşük gelirli gruplar arasındaki KDH oranları daha yüksek seyretme eğilimindedir (Tablo 9.4) ve Kuzey Avrupa'daki çoğu ülke de bununla benzerlik gösterir. Bu, beslenmeye ilaveten, sigara, hareketsizlik, stres, mesleksel ve psikososyal nedenleri içeren çoklu etkenlere dayalıdır. Öte yandan, Portekiz gibi Güney Avrupa ülkelerinde karşıt bir ilişki – daha yüksek gelir ile daha yüksek KDH oranı – ortaya konmuştur. Zenginler arasında meyve, sebze ve balıktan zengin olan kalbi koruyucu Akdeniz tipi beslenmeden, hayvan ürünlerinden ve şekerden zengin diyetlere olan hızlı geçiş buna sebep olarak gösterilebilir.

9.4.3 Gıda ve beslenmedeki eşitsizliğin azaltılması

Aile üyelerinin gıda güvenliği, makroekonomi, bölgesel ulaşılabilirlik, alım gücü, besin seçiminde yönlendiriciler ve bireysel tercihler gibi birçok etkene bağlıdır (Şekil 9.6).

Dini, gönüllü ve yöresel kuruluşlar ve gıda bankaları gibi yoksullara yardım girişimleri yerel düzeyde işe yarayabilir. Ancak, kapsamlı ulusal gıda ve beslenme politikaları zaruridir (DSÖ 2000a). İngiltere'de hanehalkı gıda ve beslenme güvenliği ulusal stratejileri üzerine bir değerlendirme; tarım, çevre ve kırsal konuları, sağlık, toplumsal refah, eğitim, iş ve ekonomik konularıyla birleştiren yönetimler-arası koordineli bir yaklaşımın gereğini ortaya koymuştur. Belirlenen

sorunlar asgari ücret mevzuatı, işsizlik sigortası, çocuk bakımı, konut ve yakıt politikalarını ve okullardaki yetersiz gıda başlıklarını içermektedir. Ek olarak, ulusal gıda ve beslenme politikası, gıda dağıtımı ve perakendeciliğin planlanmasıyla ilgili eşgüdümlü stratejiler gerektirmektedir. Gıda fiyatlarına dayalı veriler asgari gelir, aile bütçesinin standartları ve sosyal yardım seviyeleriyle ilgili yasalar tasarlanırken kullanılabilir.



Şekil 9.6 Gıda seçimi ve beslenme güvenliği üzerindeki etkiler. (Kaynak: DSÖ 2004, şek. 3.5, s.166)

Besin zincirinin kontrol edilmesi ulusal düzeyde çaba gerektirir. Bireysel beslenme güvenliği üzerindeki tarımsal ve diğer politikaların etkilerini anlamak için farklı türlerde verilere ihtiyaç vardır. Yoksulluk ve eşitsizlikten mağdur olan hanehalklarında gıda alımı ve beslenme durumunun gözlemlenmesi özellikle önemlidir. Ulusal politikaların rolü, özellikle ulusal ve bölgesel idari ofisler, okullar, hastaneler, hapishaneler ve askeriye gibi devlet kontrolündeki kurumlarda olmak üzere, ev dışında yenen yemeklerin koşullarının incelenmesinde güçlüdür. Politikalar, ayrıca, işyerlerindeki ve özel kurumlardaki yiyecek-içecek hizmetlerini de etkileyebilir. Bu durumda, karar vericiler sağlıklı beslenme biçimleri bakımından halk sağlığını göz önünde bulundurmalı ve iyi uygulamaların teşvik edilmesi için fiyatlandırma politikaları ve diğer teşvik edici mekanizmaları kullanmalıdır. Örneğin, Finlandiya'da, toptan yemek şirketleri, gıda alımını etkilemede oldukça başarılı olmuştur. Ortalama olarak bir Finli yıllık yaklaşık olarak 125 öğünü ev dışında yemektedir ve öğün başı fiyata sebze dâhil edilmesi sonucu meyve-sebze alımı iki kattan fazla artmış göstermiştir.

9.5 On iki adımda sağlıklı yeme-içme

Bu bölümün ilk yarısı, beslenmeyle ilgili hastalıkların azaltılmasında niçin politikalara ihtiyaç olduğunu ve Avrupa'daki gıda ve beslenme eşitsizliklerini anlatıyordu. Aşağıda ise vurgu gıda ve beslenmedeki eşitsizliklerde olmak üzere, bazı sorunlara örnekler vereceğiz. Örnekler, beslenme politikasının uygulanması için 12 anahtar önerinin altını çizen DSÖ Beslenme Kılavuzu'na (DSÖ 2000b) göre belirlenmiştir:

1. Hayvansal gıdalardansa büyük ölçüde bitkisel gıdalar içeren çeşitli ve besleyici bir beslenme biçimini benimseyin.
2. Günde bir kaç kez ekmek, tahıl, makarna, pirinç veya patates tüketin.
3. Günde birkaç kez çeşitli ve tercihen taze ve yerel sebze-meyve tüketin (günlük >400 g).
4. Vücut ağırlığınızı uygun ve tercihen günlük fiziksel aktivitelerle önerilen sınırlar içerisinde (VKE[3] 18,5-25) muhafaza edin.
5. Yağ alımını kontrol edin (günlük enerjinin %30'undan fazla olmayacak şekilde) ve doymuş yağların yerine mümkün olduğunca doymamış bitkisel yağlar ve bitkisel margarinler kullanın.
6. Yağlı et ve et ürünleri yerine fasulye, baklagiller, mercimek, balık, kümes hayvanları veya yağsız etler tüketin.
7. Hem yağ hem de tuzca fakir olan süt ve süt ürünleri (ekşi süt, yoğurt ve peynir) tüketin.
8. Az şekerli yiyecekleri tercih edin. Şekerli içecekleri ve tatlıları azaltarak rafine şeker tüketimini kısıtlayın (<%10 enerji).
9. Az tuzlu bir beslenme biçimini tercih edin. Ekmek, işlenmiş, salamura ve konserve gıdalar da dâhil olmak üzere günlük tuz tüketimi bir çay kaşığından fazla olmamalı (5 gr). (İyot eksikliği görülen bölgelerde tuzun iyotlanması genel kural olmalıdır).
10. Alkol kullanıyorsanız, günlük tüketiminiz iki içkiden (her biri 10 g. alkol içerecek şekilde) fazla olmamalı.
11. Yiyeceklerinizi güvenli ve hijyenik şekilde hazırlayın. İlave yağ kullanmamak için yiyeceklerinizi buharda, fırında, mikrodalga fırında pişirerek ya da haşlayarak tüketin.
12. İlk altı ayda sadece anne sütünün, altı aydan itibaren anne sütüyle birlikte güvenli ve uygun tamamlayıcı gıdaların tüketilmesini sağlayın.

Bu öneriler tek başlarına ele alınmamalıdır; içinde yer aldıkları kültüre ve ye-

[3] VKE (vücut kitle endeksi), kişinin (kg olarak) ağırlığının (m^2 olarak) boyuna bölünmesiyle elde edilir. Önerilen seviyeler DSÖ tarafından normal VKE olarak tavsiye edilen 18.5-24.9'dan uyarlanmıştır.

me alışkanlıklarına dayanan bir gıda ve beslenme politikasıyla bütünleştirilecek şekilde tasarlanmışlardır. Aşağıda her önerinin altında 'sağlıklı beslenme'nin neden yalnızca bireysel bir tercih olmadığını, politikaların da gerekli olduğunu anlatan somut politika örnekleri vardır. Beslenme bilgisi ve sağlık eğitimi sağlayan kampanyalar zengin ve fakir arasındaki farkı şiddetlendirme eğilimindedir ve herhangi bir toplumun mağdur kesimlerinin yeme-içme alışkanlıklarını değiştirmede pek yardımcı olmayacaktır.

1. Hayvansal gıdalardansa büyük ölçüde bitkisel gıdalar içeren çeşitli ve besleyici bir beslenme biçimini benimseyin.

Çoğu ülkede gıda üretimi ve arz sektörü bu önerinin tersi yönde gelişmektedir. Örneğin, hayvansal ürünlere sağlanan büyük miktardaki mali destek nedeniyle sebze-meyve yetiştiriciliğinden besiciliğe doğru bir kayma gerçekleşti. Avrupa Birliği'ndeki tarımsal toprakların dörtte üçü hayvan yemi üretimi için veya otlak olarak kullanılmaktadır. Bazı AB ülkelerinde, son kırk yılda, meyve ve sebzelere ayrılmış topraklar %20'nin üzerinde azalma gösterirken, hayvan besiciliğinde kullanılanlar %20 oranında artmıştır (Tablo 9.5). Daha fazla hayvansal yağ tüketilmesiyle sonuçlanan (Tablo 9.6) ve sağlık önerilerine tamamen karşıt biçimde, bu ülkelerin beslenme biçimi artan miktarlarda hayvansal gıdalar içermektedir.

Tablo 9.5 1961-2000 yıllarında Fransa, Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya'da üretime ayrılmış topraklar.
Kaynak: DSÖ 2004 Tablo 3.1, s. 185

Mahsuller	Toprak yüzeyi (bin hektar)	
	1961	2000
Meyve ve sebzeler	8720	6680
Hayvan yemi	7554	9063

Tablo 9.6 1961 ve 1999 yıllarında Fransa, Yunanistan, İtalya, Portekiz ve İspanya'da et ve mandıra arzları.

Ülke	Sığır ve Dana eti (kg/kişi)		Süt (kg/kişi)		Hayvansal yağ (kg/kişi)	
	1961	1999	1961	1999	1961	1999
Fransa	28.6	26.2	220	265	28.8	39.6
Yunanistan	5.1	22.3	101	257	9.5	20.8
İtalya	14.6	25.6	145	261	12.0	25.4
Portekiz	6.4	16.8	62	207	8.6	28.0
İspanya	6.0	14.0	83	165	14.5	23.0

2. Günde bir kaç kez ekmek, tahıl, makarna, pirinç veya patates tüketin.

Enerji alımının büyük kısmının (%55-75) oldukça nitelikli olan ve doğası gereği çok miktarda mikrobesleyici içeren bu gıdalardan temin edilmesi önerilmek-

tedir. Beslenme biçimindeki çeşitliliğin artması, tüm nedenlere bağlı ölüm oranının (Kant ve ark. 2000) ve KDH ve kansere bağlı ölüm oranlarının azalmasıyla ilişkilendirilir. Mevcut bulgulara göre uygun sağlık koşullarının sağlanması için bir haftada çoğunluğu bitkisel gıdalardan oluşmak üzere en az 20, hatta 30'a varan biyolojik farklılıkta gıda tüketmek gerekir (Wahlqvist, 1999). Dolayısıyla, halkın sağlığını korumak için gıda üretiminde biyoçeşitlilik sağlanmalıdır. Biyoçeşitlilik yalnızca beslenme çeşitliliğine katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda iklimsel felaketlere ve hızla yayılan yıkıcı salgın felaketlerine ve işgalci bitki, patojen ve toksinlerin yayılımına karşı koruma sağlayarak gıda güvenliğini de arttırmaktadır.

Dünya çapındaki tarım ürünlerinin genetik çeşitliliğinin yaklaşık %75'i yirminci yüzyılda yok olmuştur. Daha önce, 10.000 bitki türü yiyecek olarak kullanılırken; bugün insanlar tarafından yetiştirilen yiyeceklerin %90'ından fazlası 120'yi geçmeyen kültür türünden sağlanmaktadır. Provence'ta (Fransa) beslenme biçimindeki bitki türü sayısı yirminci yüzyılda 250'den 30-60'a düşmüştür. Tarımda biyoçeşitliliğin azalması, tüm Batı Avrupa'da görülmektedir: son veriler göstermektedir ki Fransa'da elma üretiminin %71'ini 'Golden Delicious' oluşturmaktadır; Hollanda'da patates üretiminde kullanılan toprakların %80'inde sadece bir tür patates tespit edilmiştir ve İngiltere'de, buğday üretiminde kullanılan toprakların %71'ini dört çeşit oluşturmaktadır (Robertson ve ark. 2004, s. 189)

3. Günde birkaç kez çeşitli ve tercihen taze ve yerel sebze-meyve tüketin (günlük >400 g).

Bu öneriyi uygulayan (bkz. Şekil 9.3) ülkeler (Yunanistan, İspanya, İtalya, Fransa) aynı zamanda en fazla meyve ve sebze üreten ülkelerdir. Bu bakımdan, ulaşılabilirlik ve yaygınlık ideal tüketim için önemli görünmektedir. Ancak, Ortak Tarım Politikası (OTP) piyasa fiyatlarını belirli seviyede tutmak üzere meyve–sebzenin ulaşılabilirliğini azaltmaktadır. Taze meyve ve sebzeler kolayca bozulmaları nedeniyle tereyağı gibi Avrupa ara stokları içerisine konulamaz. Gereğinden fazla üretilen ürünler bu yüzden işlenir veya imha edilir. 2000/2001 yıllarında 1 milyon ton meyve ve sebze gübre yapılmış, distile edilmiş veya hayvan yemi olarak kullanılmış, az bir miktarı ise okullarda ücretsiz meyve olarak dağıtılmıştır. İmha edilen miktar, AB nüfusunda kişi başı yıllık 3300 grama veya 40 porsiyon meyve-sebzeye eşittir. Bu imha işleminin maliyeti her yıl yaklaşık 117 milyon Avro civarıdır (Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü 2003).

Meyve ve sebzelerin imha edilmesini engellemek, Avrupa'da tarım politikalarının beslenme politikasına katkı sağlamasının muhtemelen en iyi yollarından biridir. İsveç Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü sebze-meyveye ulaşılabilirliği sağlayacak gelişimler için öneriler sunmuştur:

... geri alma tazminatı sadece insan tüketimine yönelik üretimlerde sağlanmalıdır; uygun tüm meyve ve sebzeler piyasaya sürülmelidir ve fiyatların düşmesine izin verilmelidir; meyve ve sebzelere yönelik kıstasların geçerliliği bilimsel verilere ve iyi sonuç veren uygulamalara dayandırılmalıdır; – okullarda süt planına benzer bir okul gıda planına girişilmelidir – (NIPH 2003).

Yetişme yerine mümkün olduğunca yakında yenen taze ürünlerin sağlıksal yararlarına ilaveten, nakliyeyi makulleştirmenin çevreye de yararları bulunmaktadır. Artan mesafeler hava kirliliğine ve taşıma risklerine neden olmaktadır. Gıda üretim ve nakliye politikaları hem çevre hem de sağlığa verilen zararı en aza indirmek üzere dikkatli şekilde analiz edilmelidir.

Daha önce de tartışıldığı üzere, yoksul ve mağdur kesimler genellikle yeterli meyve-sebze yiyememektedir. Akdeniz ülkelerindeki nüfusun kuzey Avrupa'dakine göre daha fazla oranda meyve ve sebze alması (bkz. Şekil 9.3) tüketimin artmasında ulaşılabilirliğin ve yaygınlığın anahtar rol oynadığını göstermektedir. Yetkili merciler perakendecilerle işbirliğine gidebilir ve onları yaygınlık ve alım gücünü teşvik yönünde etkileyebilirler. Bazı bölgelerdeki yerel merciler süpermarketleri yoksul bölgelere yönlendirmiş ve sebze-meyve satışlarının artmasına öncülük etmiştir.

4. Vücut ağırlığınızı uygun ve tercihen günlük fiziksel aktivitelerle önerilen sınırlar içerisinde (VKE 18.5-25[4]) muhafaza edin.

Yoksullar istediklerini veya gerekli olduğunu bildiklerini değil, alım güçlerine uygun olan şeyleri yerler. Gıda erişilebilirliğindeki kısıtlamalar madalyonun iki yüzünü oluşturan iki eş zamanlı durumu işaret eder: Yoksullar kötü beslenir, çünkü yeteri kadar gıdaları yoktur ve kötü beslenmeden kaynaklı enerji dengesizliği sonucu obezdir. Bu insanların elde edebildiği gıdalar endüstriyel, özelliksiz ve ucuz ürünlerdir (PAHO 2000).

Beslenme yetersizliği ve yetersiz çocuk gelişiminin hâlâ oldukça yaygın olduğu ülkelerde aynı zamanda obezite ve zayıflık da görülebilmektedir. Bulgular, beslenme dönüşümü ne kadar hızlıysa gerek aşırı, gerek yetersiz kilolu olma problemlerinin de aynı hanehalkı içerisinde birlikte var olacağını desteklemektedir. Dönüşümü takip eden düzende yoksullar daha sağlıksız yiyeceklerle beslenmekte ve daha az egzersiz yapmaktadırlar. Sonuçta bu sağlıksız yaşam tarzı KDH ve diğer sorunlardan kaynaklanan eşitsiz hastalık ve ölüm oranlarında kendini gösterir. Yetersiz fetal beslenme, düşük doğum tartısı, büyümede gerilik ve sonradan olan obezite gibi risk etkenleri bireyin kontrolü dışındaki koşullarla şekillenir. Nüfusu yaşam tarzlarını değiştirmeye teşvik çabaları, birçok karmaşık nedenden dolayı olumsuz sonuç verme eğilimi göstermektedir.

[4] DSÖ'nün küresel olarak 18,5-24,9 kg/m^2 değerlerini normal sayan önerilerinden uyarlanmıştır.

Sosyo-ekonomik durum ile obezite arasındaki ters ilişki kadınlarda sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Erkeklerdeki ilişkiyse daha önceki araştırmalar çok net olmamasına rağmen şu anda Avrupa'da kadınlarınkine benzerlik göstermektedir. Bir Avrupa Birliği tüketici araştırması obezite ve hanehalkı geliri, meslek veya her iki cinsteki eğitim durumu yönlerinden ele alınan sosyal sınıf arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (Tablo 9.7).

Tablo 9.7 Kadın ve erkekler arasında, sosyal sınıf ve eğitim seviyelerine göre obezitenin yaygınlığı

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

Obezite, kendi beyanlarıyla ağırlık ve boy esas alınarak VKE=30 kg/m^2 şeklinde tanımlanmıştır.
* Hanehalkı geliri veya mesleğe göre ölçülmüştür. Kaynak: Martinez ve ark. 1999.

VKE'deki eşitsizlik aynı zamanda fiziksel aktivite eksikliğiyle de ilişkilidir. İngiltere'de 15000'den fazla erişkinde yapılan bir araştırma, gerek kadın gerekse erkeklerde sosyal sınıf düştükçe hareketsizliğin arttığını ortaya koymuştur. Fiziksel aktivite araştırmaları, boş zamanlarda yapılan etkinlikler, iş veya evde yapılan fiziksel aktiviteleri nadiren ayırt etmektedir. Az eğitimli erişkinler, daha çok fiziksel aktivite gereken işlerde çalışmakta ve çalışmadıkları zaman boş vakitlerini hareketsiz geçirmektedir. Yaşlılar ve sadece temel eğitim görmüş olanlar en az fiziksel aktif olan kişilerdir.

Fiziksel aktivite seviyesini arttırmak amacıyla yerel ve ulusal stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Aşılması gereken engeller arasında güvenli yürüyüş ve bisiklet yollarının olmaması, hoş olmayan veya tehlikeli çevre koşulları ve olanakların kullanılmasındaki maliyet bulunmaktadır.

5. Yağ alımını kontrol edin (günlük enerjinin %30'undan fazla olmayacak şekilde) ve doymuş yağların yerine mümkün olduğunca doymamış bitkisel yağlar ve bitkisel margarinler kullanın.

Tüketicilerin gıda ürünlerindeki yağ asidi bileşiminde çok az bir kontrolü bulunmaktadır. Örneğin, sığırların hızlı büyümesi büyük ölçüde yemin cinsine (yüksek enerjili ve yüksek proteinli bir birleşim), az harekete ve genetik seçime

dayanmaktadır. Bu etkenler belirli bir yağ bileşimi olan et üretmek için bir araya getirilir. Besi sığırlarının eti %20-25 oranında yağ içerirken, doğal ortamında yaşayan mandaların eti %3'ten az yağ içermektedir. 'Yağsız' diye adlandırılan besi sığırı eti bile %8 oranında yağ içerir. Tavuklarda, karkas yağı içeriği son yüzyılda neredeyse on kat artmıştır (Crawford ve Marsh 1989).

Besi hayvanları doğal ortamında yaşayan hayvanlara kıyasla daha fazla doymuş yağ asidi içermektedir. Büyük başlarda, doğal ortamında yaşayan mandaların etindeki yağın yaklaşık %50'si çoklu doymamış yağ iken, besi sığırlarında bu oran ancak %2'dir. Besi sığırlarından elde edilen süt ve yağ çoklu doymamış yağ açısından benzer düşük bir oran göstermektedir: genellikle yağ miktarının %3'ünden az. Çoklu doymamış yağların özelliği doğal ortamında yaşayan hayvanlarla besi hayvanları arasında değişiklik gösterir. Doğal ortamında yaşayan hayvanlar linoleik ve linolenik yağ asitlerinin çok uzun zincirli türevlerini 10 kat fazla miktarda bulundurur ve dolayısıyla kısa zincirli yağ asitlerini daha az miktarlarda içerir. İnsan vücudundaki yağlar ve insan sütü tüketilen yağlara benzer özellikler gösterme eğilimindedir. Sağlıklı bileşimli yağların üretilmesine daha fazla çaba sarf edilmesi ve yatırım yapılması gerektiği çok açıktır.

2001 tarihli et ürünlerinin etiketlenmesiyle ilgili bir AB yönergesi paketlenmiş et ürünlerindeki tüketici bilgilerini geliştirmiştir. Ne var ki endişeler giderilmemiştir; çünkü bu yönerge sığır etinin %25'e kadar yağ içerebilmesine ve buna rağmen hâlâ et olarak adlandırılabilmesine izin vermektedir. Tüketiciler, ette ne oranda yağ olduğunu ya da bu yağın bileşimini bilmedikçe yağ alımlarını kontrol etmeleri oldukça zordur. Dürüst etiketlendirme zorunludur (Hawkes 2004a).

6.Yağlı et ve et ürünleri yerine fasulye, baklagiller, mercimek, balık, kümes hayvanları veya yağsız etler tüketin.

Yağlı et yerine fasulye ve baklagillerin tüketilmesinin sağlık yönünden yararları olduğu gibi, belirgin çevresel faydaları da bulunmaktadır. İsveç Çevre Koruma Dairesi arazi gereksiniminin, enerji talebinin ve gübre katkısının azaltılmasının gıda üretimi açısından sonuçlarını tetkik etti. Ekolojik olarak sürdürülebilir seçeneklerle İsveç'in var olan beslenme biçimi karşılaştırıldı ve gereken değişiklikler ortaya konuldu. Süt ürünleri ve peynir tüketiminin azaltılmasını, et, kümes hayvanları ve şarküteri, atıştırmalık, şekerleme ve meşrubat tüketiminin büyük ölçüde azaltılmasını ve aynı oranda ekmek, tahıl, patates, sebze, meyve tüketiminin arttırılmasını ve baklagil tüketiminin on kat arttırılmasını tavsiye ettiler (Tablo 9.8).

Tablo 9.8 İsveç'te ekolojik etkiyi azaltmak için, değişik gıda gruplarının tavsiye edilen günlük tüketimi. Kaynak: Swedish Envi onmental Agency 1999.

Gıda	Tüketim seviyesi (g/gün)	
	Gerçek	Azaltılmış ekolojik etki için tavsiye edilen
Süt ürünleri	400	300
Peynir	45	20
Et, kümes hayvanları, sosis	145	35
Yumurta	25	10
Atıştırmalıklar, tatlılar	200	140
Alkolsüz içecekler	150	80
Ekmek	100	200
Tahıl	15	45
Patates	140	270
Sebzeler	150	190
Kök sebzeler	25	100
Meyve	150	175
Kuru bakliyat	5	50

Hayvansal ürünler tahıl ve sebzelere göre çok daha enerji-yoğundur ve hayvansal gıdaların tüketimindeki azalma daha fazla baklagil tüketilmesine neden olabilir.

Ek olarak, besicilik bakliyat üretiminden çok daha fazla toprak gerektirmektedir. Ekolojik açıdan daha sürdürülebilir olan seçenekler DSÖ tarafından sağlık için önerilen besinsel hedeflere büyük ölçüde uygunluk göstermektedir. Gıda üretiminin çevresel etkilerinin azaltılması sağlık hedeflerini karşılamaya da yardımcı olacaktır.

7. Hem yağ hem de tuzca fakir olan süt ve süt ürünleri (ekşi süt, yoğurt ve peynir) tüketin.

İsveç Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (NIPH 2003) tarafından yapılan bir analize göre OTP'nin sağlığa zarar verecek süt tüketim kalıplarına yol açabileceğini göstermektedir. Örneğin, OTP'nin tereyağı destekleri ve tam yağlı süt teşvikleri doymuş yağ alımının azaltılmasına yönelik hedefle çelişmektedir.

Okullara yardım olarak dağıtılan sütler gündüz çocuk bakımevlerindeki ve ilk-orta öğrenimdeki çocuklara ulaşmaktadır. EC'nin hedefi "süt ürünleri pazarının büyümesini" ve "artanı elden çıkarma mekanizması" sağlayacak kurallardır. Bu noktada önemli bir gelişme 2001'de yağsız süt ve diğer düşük yağlı ürünlere destek verilmeye başlanmasıdır. Yine de, tam yağlı ürünlere hâlâ en yüksek teşvikler verilmektedir (Tablo 9.9).

Tablo 9.9 2001 yılında okul süt teşvikleri

Süt ürünleri	Yağ içeriği	Teşvik (Euro/100 kg)
Tam süt ve yoğurt	>3 %	23.24
Standart süt	3%	21.82
Yarı yağlı süt	1.5%	17.58
Yağsız süt	<1.5%	13.34

Artan obezite yaygınlığı göz önüne alındığında, teşvikleri yağ içeriğine oranla dağıtmak sağlığı aksi yönde etkilemektedir. Her okul gününde 0,25 litre tam yağlı süt içen bir öğrenci günlük 8,75 g süt yağı tüketecek ve bu da yıllık 1750 g (1,75 kg) süt yağına denk gelecektir. Yağsız süt (%0,5 yağ) günlük 1,25 g veya yıllık 250 g (0,25 kg) yağ alımı sağlar. Aradaki farkın çocukluk çağı obezite riskini azaltacağı düşünülebilir.

Süt yağının teşvikli tüketiminin AB vatandaşlarına maliyeti yıllık yaklaşık 460 milyon Euro'yken; yüksek yağlı süt ürünlerine ve şaraba destek 10 milyon Avro'dur ve stokları düşük tutmak amacıyla tereyağı sanayiye %30 indirimli satılmaktadır. Bu olaylar, beslenme ve halk sağlığı politikalarıyla tamamen karşıt ilişkidedir.

İsveç Halk Sağlığı Enstitüsü, OTP'de halk sağlığı açısından kökten gelişmelere yol açabilecek bir dizi özgül öneri öne sürmüştür. Bunlardan başlıcaları şöyledir:

1. Yüksek yağ içerikli süt ürünlerine sağlanan tüketim teşviklerinin aşamalı olarak kaldırılması
2. Süt yağını ayırmayla ilgili kuralların kaldırılması
3. AB'nin süt üretiminin ihracata ve teşviksiz tüketime göre ayarlanması
4. Çiftçilerin düşük yağ içerikli süt üretmeleri için yönlendirilmesi
5. Süt ve süt ürünleri promosyon kampanyalarının yüksek yağlı ürünleri içermemesi.
6. Okullarda yardım olarak sadece yağsız süt ve düşük yağlı süt ürünlerinin dağıtılması

8. Az şekerli yiyecekleri tercih edin. Şekerli içecekleri ve tatlıları azaltarak rafine şeker tüketimini kısıtlayın (<%10 enerji).

"Şeker anlaşmaları: Şekerin büyükleri serbest ticarete ve tüketimi azaltmaya yönelik küresel hareket tehdidine karşı savaşıyor." başlıklı Financial Times (27 Şubat 2004) makalesi, şeker sanayisi ve DSÖ'nün beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık stratejileri arasındaki savaşı anlatıyor, zira şeker endüstrisi bunu şeker tüketimine karşı bir tehdit olarak görmekte. Şeker Birliği, DSÖ/GTÖ'nün şeker önerilene asılsız bilimsel temellere dayandığı iddiasıyla karşı bir kampanya başlattı. Şeker Birliği Başkanı, DSÖ'ye bir yazı göndererek kurumunun "raporun çelişkili yönlerini ortaya çıkarmak için her yolda çaba sarf edeceğini" bildirerek

uyarıda bulunmuştur. ABD'nin DSÖ'ye yaptığı bağışların finansmanının kesilmesi gündeme gelmiştir. Dünya Bankası'nın bir raporuna göre şeker siyasal müdahalelere en açık metadır. ABD'de tarım sanayii içinde şeker sanayi, siyasi kampanyaların en yüksek bağışçısıdır ve bağışları %16,2'yle %14,5 katkıda bulunan tütün sektöründen yüksektir.

Perakende satış ve pazarlama modelleri de ayrıca önemlidir. Örneğin, Orta ve Doğu Avrupa'da 1990'lar boyunca yabancı sermaye girişinin %60'ı şekerleme ve meşrubat üretimi alanındadır; bu değer meyve-sebze için %6'dan azdır. Reklamlar gıda satın alımını etkilemektedir ve özellikle 2-6 yaş çocukları hedef alan 20 saniyeye kadar olan reklamlar çocukların gıda tercihlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Marion Nestle kitabının (2002) "Çocukları sömürmek, bozulan okullar" başlıklı bölümünde gıda sanayiindeki yaratıcı pazarlama yöntemlerini anlatır. Uluslararası Tüketiciler (1996) tüm gıda reklamlarının yarısından fazlasını şeker, şekerli kahvaltı kıtırları ve fast-food restoranlarının oluşturduğunu saptamıştır; böylelikle reklamı en çok yapılan yiyecekler yağ ve şeker bakımından zengin, mikrobesinlerce zayıf gıdalar olma eğilimindedir. Reklamı yapılan ürünlerin besinsel bir analizi sonucunda: reklamların %62'sinin yağ miktarı fazla olan (enerjinin %30'undan fazlası) ürünler, %50'sinin şeker miktarı yüksek olan ürünler (enerjinin %20'sinden fazlası) ve %61'inin de sodyumca zengin olan ürünler için yapıldığını bulmuştur. Yiyecek-içecek reklamcılığı sağlık eğitimini güdükleştirmektedir (Hawkes 2004b). Gıda sanayii, tüketiciler ve düzenleyiciler arasındaki bilgi ve güç dengesizliği enerji-yoğun gıdalarda benzersiz bir artışla sonuçlanmaktadır.

Tüketicilerin bu derece güçlü ve etkin lobi ve pazarlama gücüne karşı kendi tercihlerini geliştirip şeker alımlarını azaltmaya yönelik ne yapabileceklerini söylemek güç. Reklam içeriklerinin beslenme kurallarıyla daha uyumlu ve tutarlı olması gerekmektedir.

9. Az tuzlu bir beslenme biçimini tercih edin. Ekmek, işlenmiş, salamura ve konserve gıdalar da dâhil olmak üzere günlük tuz tüketimi bir çay kaşığından fazla olmamalı (5g). (İyot eksikliği görülen bölgelerde tuzun iyotlanması kural olmalıdır).

Tüketilen gıdaların toplamının dörtte üçü islenme sırasında tuz katkısı görür. Önerilen üst sınır günlük 5 gram olmasına rağmen işlenmiş gıdalarda bulunan tuz nedeniyle çoğu insan bu miktarı aşmaktadır. Çoğu Batı ülkesinde işlenmiş gıdalarda bulunan tuz toplam tuz alımının yaklaşık %80'ini oluşturmaktayken, yalnızca %20 oranında tuz (önerilere göre günde sadece 1gr) sonradan, bilerek eklenmektedir. Eğer gıda endüstrisi özellikle ekmek ve tahıllar gibi ana besin sayılan işlenmiş gıdalardaki tuz miktarını azaltmazsa, bireylerin kendi tuz alımlarını

isteyerek azaltına ihtimalleri düşüktür. Ekmekteki sodyum seviyeleri 1998-2001 yılları arasında %21'e varan oranlarda azaltılmış olmasına rağmen, İngiltere'de hâlen beslenmede tuz alımının yaklaşık %25'i ekmekten kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, tüm gıda sanayisinin ekmek sanayisinde gerçekleştirilen bu azaltımı örnek almasını istemektedir.

Dünyanın her yerinde iyot eksikliğinin üstesinden gelmek için izlenen yöntem tuzun iyotlanmasıdır; sofra tuzu, yemek pişirmede ve üretimde ve hayvan beslemede kullanılan tüm tuzlar iyotlanmalıdır. Bazı ülkelerde yalnızca sofra tuzları iyotlanmaktadır. Bu durum, kanda tuzun farkında olmadan yoğunlaşmasına ve kan basıncı düzeylerinin aksi yönde etkilenmesine neden olabilir. Yanı sıra, günlük tuz alımının 5 gramın altına düşürülmesi iyot eksikliği yaygınlığını arttıracaktır. Bu nedenle, iyot eksikliği ancak tüm tuzlar (süt veren hayvanların yemleri dâhil) iyotlanırsa aşılabilir. Tuzun iyotlanmasının kural olması, (hem insan hem hayvanlar için) beslenme ve gıda güvenliği uzmanları ile çiftçiler arasındaki eşgüdümlü etkinin politikalaşmasına iyi bir örnektir.

10. Alkol kullanıyorsanız, günlük tüketiminiz iki içkiden (her biri 10 g alkol içerecek şekilde) fazla olmamalı.

Alkole bağlı sorunlardan kaynaklanan başlıca toplumsal yük, aile içi, suçla ilgili, iş ve para problemleri gibi aşırı alkol kullanımının olumsuz toplumsal etkilerinden kaynaklanmaktadır. 2002 Dünya Sağlık Raporu, sosyal etkileri dışarıda bırakacak şekilde alkolle ilişkilendirilebilecek toplam hastalık yükü oranının Avrupa Bölgesi'ndeki erkeklerde %14 ve kadınlarda %3,3 olduğunu tahmin etmektedir. Dahası, yoğun alkol tüketiminin sağlıktaki eşitsizliklerde de payı vardır. Bu açıdan, alkol kontrol politikaları halk sağlığı esaslarına uygunluğu ve maliyet-etkinliği bakımlarından akılcıdır. Üretim aynı ölçüde düşmemesine rağmen AB'deki toplam şarap tüketimi, azalma göstermektedir. Bu da yaklaşık %20 kadar fazlalık üretimle sonuçlanmaktadır. 1,2 milyar Euro olan toplam şarap bütçesinin %70'i fazlalık şarabın yönetimine harcanırken yalnızca %30'u üzüm bağlarının diğer ürünlere uygun dönüştürülmesinde kullanılmaktadır.

11. Yiyeceklerinizi güvenli ve hijyenik şekilde hazırlayın. İlave yağ kullanmamak için yiyeceklerinizi buharda, fırında, mikrodalga fırında pişirerek ya da haşlayarak tüketin.

Gıda politikaları besinlere dayalı hastalıkların azaltılması ve güvenilir olmayan besinlerden kaynaklanan sağlık risklerinin giderilmesi için gereklidir. Tüketiciler, gıdalardaki mikrobiyolojik ve kimyasal güvenirliğinden, genetiği değiştirilmiş ve yeni çıkmış ürünlerden ve yeni işleme tekniklerinden giderek artan şekilde endişe duymaktadırlar ve gıda endüstrisine karşı güvenlerini kaybetmişler-

dir. Antibiyotik direnci, Deli Dana Hastalığı, dioksinler ve hayvanlardaki ayak ve ağız hastalıklarıyla ilgili bilimsel bulgular güvenin sarsılmasında etkili olmuştur. Besinlerden kaynaklanan hastalıkların çoğu, endüstriyel tarım, kitlesel üretim ve uzak nakliye mesafeleriyle ilişkilidir. Tüketiciye daha yakın mesafede gerçekleştirilen gıda üretimi kaynağın ulaşılabilirliğini arttırarak bazı risklerin azaltılmasını sağlayabilir.

Çoğu tarım zararlısı ilaç kalıcıdır ve havayı, suyu ve toprağı kirletir. 1999'da İngiltere'de analiz edilen tüm meyve ve sebzelerin yaklaşık yarısında (%48) tespit edilebilir düzeyde zararlı ilaç kalıntısı bulunmuştur. Ancak, halk sağlığı açısından gerçek tehlike, zararlı ilaç tehdidi nedeniyle tüketicinin meyve-sebze tüketimine yönelme konusunda tedirgin olmasıdır. Tüketiciler yüksek seviyede zararlı ilaç kalıntısını yemekten kaçınırken onları teşvik etmek zordur. Benzer bir halk sağlığı ikilemi balıkta dioksinler, kümes hayvanlarında Salmonella ve Campylobacter ve anne sütündeki poliklorine bifenillerle ilgili olarak bulunmaktadır.

Açıkça görünmektedir ki beslenme, gıda güvenliği ve çevresel bakımlardan eşgüdümlü müdahale şarttır. Beslenme uzmanlarının sebze-meyve, kümes hayvanları ve balık tüketiminin artması yönündeki görüşleri, zararlı ilaç seviyelerinin, salmonella salgınının ve dioksin kirlenmesinin kontrolünü sağlayan gıda güvenliği kurallarıyla desteklenmelidir. Yetkililer, gıda kaynaklı hastalık riskiyle kıyaslandığında bu ürünleri tüketmenin sağlık açısından görece üstünlüğünü ve risklerin iyi uygulanan hijyen kurallarıyla kolaylıkla aşılabileceği yönünde etkili tavsiyelerde bulunmalıdır.

12. İlk altı ayda sadece anne sütünün, altı aydan itibaren anne sütüyle birlikte güvenli ve uygun tamamlayıcı gıdaların tüketilmesini sağlayın[5].

Her ne kadar annelerin kişisel tercihleri emzirme yönünde olsa ve bu konuda kararlı olsalar da bu onlara zor gelebilmektedir. Öncelikle, anneler koruyucu sağlık kurumlarından gerekli desteği göremeyebilirler ve ikincisi, yeni doğan anneleri ticari tanıtıma ve pazarlamaya karşı oldukça hassastır. Bebeklere özel süt kampanyaları varlığını sürdürmek için rekabet içindeki ticari teşebbüslerdir.

Görece zengin ülkelerde, anne sütüyle beslemenin sıklık ve süresi yüksek gelirli gruplar arasında en yüksektir. İngiltere'de, en yüksek gelir gruplarındaki annelerin bebeğin doğumundan sonraki ilk bir hafta boyunca, bebeklerine anne sütü vermesi, daha düşük gelir gruplarındaki annelerden iki kat daha fazladır ve sosyal sınıf farkı ilerleyen haftalarda benzer yönde artarak devam eder (Tablo 9.10).

Uygun besinlere zamanında başlanması bebeklerde sağlıklı gelişime katkıda bulunur. Yeni doğan bir bebek doğuştan tatlı tatları tercih etme ve ekşi ve acıları ise sevmeme eğilimi gösterir; küçük çocukların ise kendiliğinden sağlıklı bes-

[5] Michaelsen ve ark. (2000).

Tablo 9.10 Birleşik Krallık'ta, yüksek ve düşük sosyo-ekonomik gruplarda emzirme oranları, 1999.

Devre	Emzirme oranı (%)	
	Sosyal sınıf I	Sosyal sınıf V
Birinci haftada	84	40
Altıncı haftada	73	23
Dördüncü ayda	56	13

Kaynak: Nelson 1999.

lenme tercihleri gösterme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Tüm bunlar, tam ve doğal gıda çeşitliliği bulunan durumlarda bebeklerin besinsel açıdan uygun gıda seçimini gerçekleştirebildikleri biyolojik bir kontrol sistemine sahip oldukları ihtimalini göstermektedir. En başından itibaren, bu doğuştan gelen tercihler, öğrenme süreçleriyle değişir ve daha sonraki gıda tercihleri ve reddinin gelişiminde rol oynar. Çocuğun gıda kabulündeki kalıpları değiştirmede üç ana süreç tanımlanmıştır:

1. Yalnızca bilinmeyen gıdaların verilmesi – tekrarlanan tatma ve yeme deneyimleri –reddetme eğilimini azaltır. Sonuç olarak, çocuğun, örneğin sebzeler için, tercihi bunların kendisine sunulması ile artar.
2. Sosyal etkiler gıdayı kabul etmesini etkiler. Çocuklar akranları tarafından yenilen yemekleri tercih etmeyi öğrenir; akran etkilerinin anne-babadan daha etkili olduğu okul öncesi çocuklarda kanıtlanmıştır.
3. Çocuklar gıdanın fizyolojik etkileri ile tadı ilişkilendirmeyi öğrenir.

Anne babalar, çocuklarına sağlıklı yiyecekleri tercih etmeye yönelik bir damak tadı geliştirme olanağı sağlamak istiyorlarsa, bilgiyi, becerileri ve sunulan desteği geliştirmelidir.

9.6 Sonuç

Sağlık ve beslenme biçimi arasındaki ilişki sosyal ve ekonomik açıdan oldukça önemlidir. Politika arayışları tarımsal menfaat odaklarının etkisi altındadır. Pazarlama ticari menfaatlere göre yönlendirmektedir. Sonuç olarak, AB'deki beslenme kalıplarında son 40 yıldır oldukça çarpıcı değişiklikler olmuştur.

> ... AB'nin bütününde besinsel enerji alımında önemli bir artış ve çoğu Akdeniz ülkesi için hızlı bir yetişme programı... olagelmiştir. Yüksek kalori alımına ek olarak, diyet içeriğinde bir kayma olmuştur. Yaklaşık tüm ülke ortalamaları önerilen kolesterol, doymuş yağ ve şeker seviyelerinin üzerindedir (Schmidhuber ve Traill 2004).

Yerel, ulusal ve uluslararası yönetim mercileri, sivil toplum kuruluşları ve gıda endüstrisi aşağıdaki maddeleri yerine getirmelidir:

- Ekonomik ve besleyici taze gıdaların mağdur kesimler başta olmak üzere

herkesin erişiminde olmasını sağlamak için halk sağlığı esaslarının gıda sistemiyle bütünleştirilmesi

• Tüketiciler de dâhil tüm tarafların katılımıyla gıda yasalarına dair bütün konularda demokratik ve şeffaf karar alma ve sorgulanabilirlik

• Doğal kaynakları ve çevreyi koruyan sürdürülebilir tarım ve gıda üretim yöntemlerine destek

• Bireylerin gıda ve beslenmeyle ilgili, pişirme becerileri, ürün yetiştirme, yemek hazırlama ve bir arada tüketmenin sosyal anlamları üzerine bilgilerini geliştirmek amacıyla özellikle okullarda daha güçlü bir sağlıklı yemek kültürü

• Özellikle çocukları hedef alacak gıda, beslenme biçimi ve sağlık hakkında uygun bilgilerin ulaşılabilirliği

• Gıda ve beslenme politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasını kolaylaştırmak üzere, bilimsel destekli besin başvuru değerlerinin ve beslenme kılavuzlarının kullanılması

Halk sağlığı politikaları, sağlıklı bir yaşam tarzı için gerekli olan tercihlerin herkesin ama özellikle de düşük gelirli ve hassas grupların erişiminde olmasını sağlamak için gereklidir. Sağlıklı seçimler herkes için en kolayı olmalıdır. Ancak gıda ve beslenme politikaları etkinken, 'sağlıklı yeme-içme'nin gerçekten kişisel bir tercih ve bireysel sorumluluk olduğunu söyleyebiliriz.

Teşekkür

Bu bölümde kullanılan bulguların çoğu (2000-2005) DSÖ Avrupa Bölgesi'nde Gıda ve Beslenme Politikaları Birinci Eylem Planı'nda (2000a) öne sürülenleri doğrulayan ve bir DSÖ Avrupa yayını olan, *Avrupa'da gıda ve sağlık: yeni bir eylem temeli* 'nden (DSÖ 2004) alınmıştır. Bu bölüm, DSÖ yayınlarının editörlerinden Tim Lobstein'dan esinlenilerek ve yürüttüğü araştırmalardan yararlanılarak yazılmıştır. Basımla ilgili yardımlarından dolayı Gillian Holm'a müteşekkiriz.

Kaynaklar

Brunner, EJ., Rayner, M., Thorogood, M., Margetts, B., Hooper, L., Summerbell, C, *et al.* (2001). Making public health nutrition relevant to evidence-based action. *Public Health Nutrition,* **4:**1297-9 *(http://www.nutritionreviews.org)*

Consumers International (1996). *A spoonful of sugar: television food advertising aimed at children-an International survey.* London, Consumers International.

Crawford, M.A. and Marsh, D. (1989). *The driving force.* London, Heinemann.

De Irala-Estevez, J., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf. U., Prattala, R., Martinez-Gonzalez, M.A.(2000). A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition,*

54:706-14.

Dowler, E. and Leather, S. (1997). Intake of micronutrients in Britain's poorest fifth has declined. *British Medical Journal,* **314**:1412.

Erens, H. and Primatesta, P. (1999). *Health Survey for England 1998, Vol.1 Findings.* London, The Stationery Office.

Gross, L.S., Li Li, E., Ford, S., and Liu., S. (2004). Increased consumption of refined carbohydrates and the epidemic of type 2 diabetes in the United States: an écologie assessment. *American Journal of Clinical Nutrition,* **79**:774-9.

Hawkes, C. (2004a). *Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment.* WHO, Geneva. **Hawkes, C.** (20046). *Marketing food to children: the global regulatory environment.* WHO, Geneva.

James, J., Thomas, P., Cavan, D., and Kerr, D. (2004). Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal,* **328**:1237.

Kant, A.K., Schatzkin, A., Graubard, B.I., and Schairer, C. (2000). A prospective study of diet quality and mortality in women. *Journal of the American Medical Association,* **283**:2109-15.

Key, T.J., Schatzkin, A., Willett, W.C., Allen, N.E., Spencer, E.A., and Travis, R.C. (2004). Diet nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition,* **7**:187-200.

Ludwig, D.S., Peterson, K.E., and Gortmaker, S.L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet,* **357:** 505-8.

Martinez, J.A., Kearney, J.M., Kafatos, A., Paquet, S., and Martinez-Gonzalez, M.A. (1999). Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition,* **2**(la):125-33.

Michaelsen, K.F. *et al.* (2000). *Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European Region, with emphasis on former Soviet countries.* (WHO Regional Publications, European Series, No. 87) Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Naess, O. and Claussen, B. (2000). Social inequalities in mortality in Oslo: is health-related selection the main cause? In: *Health inequalities in Europe,* p. 188. Paris, Société Française de Santé Publique.

National Institute of Public Health, Stockholm (2003). Public health aspects of the EU CAP— developments and recommendations for change in four sectors: fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco*(http://www.fhi.se/shop/material_pdf/eu_inlaga.pdf).*

Nelson, M. (1999). Nutrition and health inequalities. In: *Inequalities in health: studies in poverty, inequality and social exclusion* (ed. D. Gordon *et al.).* University of Bristol, Policy Press.

Nestle, M. (2002). *Food Politics—how the food industry influences nutrition and health.* London. University California Press.

PAHO (2000). *Obesity and poverty—a new public health challenge.* PAHO Sc. Publ. no. 576, Washington.

Raben, A., Vasilaras, TH., Moller, A.C., and Astrup, A. (2002). Sucrose compared with artificial sweetners: different effects on ad libitum food intake and body weight after 10 weeks of supplementation in overweight subjects. *American Journal of Clinical Nutrition,* **76**:721-9.

Razum, O. and Zeeb, H. (2000). Risk of coronary heart disease among Turkish migrants to Germany: further epidemiological evidence. *Atherosclerosis,* **150:** 439-40.

Robertson, A., Tirado, C, **Lobstein, T., Jermini, M., Knai,** C, **Højmark Jensen, J.,** *et al* (2004). *Food and health in Europe: a new basis for action.* European series, No. 96. Copenhagen, WHO European Regional Office.

Roos, G., Johansson, L., Kasmel, A., Klumbiene, J., and Prattala, R. (2000). Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition,* 4:35-43.

Schmidhuber, J. and Traill, W.B. (2004). *The changing structure of diets in the EU in relation to healthy eating guidelines* (in press).

Swedish Environmental Agency (1999). *A sustainable food supply chain.* (Report No. 4966) Stockholm, Swedish Environmental Agency.

Wahlqvist, M. (1999). *Prospects for the future: nutrition, environment and sustainable food production.* Conference on International Food Trade Beyond 2000: Science-Based Decisions, Harmonization, Equivalence and Mutual Recognition, Melbourne, Australia, 11-15 October 1999 *(http://www.fao.org/docrep/meeting/X263e.htm)*Rome, Food and Agricultural Organization of the United Nations.

WHO (1990). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO study group.* (WHO Technical Report Series, No. 797). Geneva, WHO.

WHO (2000a). *The First Action Plan for Food and Nutrition Policy, WHO European Region 2000-2005. (http://www.euro.who.int/nutrition/FoodandNutActPlan/20010906_2).* Copenhagen, WHO.

WHO (2000b). *CINDIDietary Guide. (http://www.euro.who.int/Document/E70041.pdf).* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO (2002). *The World Health Report 2002.* Geneva, WHO,

WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. (http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf).* (WHO Technical Report Series, No. 916). Geneva, WHO.

WHO *(2004). Food and health in Europe: a new basis for action. (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8).* Geneva, WHO.

10. Bölüm

YOKSULLUK, TOPLUMSAL DIŞLANMA VE AZINLIKLAR

Mary Shaw, Danny Dorling ve George Davey Smith

10.1 Giriş

Bir toplumdaki yoksulluk, oransal olarak yoksunluğun genişliği ve toplumsal dışlanma o toplumun sağlığı üzerine büyük etkilere sahiptir. Tüm Avrupa'da –yoksul olanlarda olduğu gibi zengin ülkelerde de– sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olan insanların iyi olanlara kıyasla, sağlık verileri daha kötü ve ölüm hızları daha yüksektir. Belirli ülkelerde azınlık durumunda olan etnik gruplar, sıklıkla düşük sosyo-ekonomik duruma sahiptirler; bu nedenle de önyargı ve ırkçılığın katkısıyla daha da şiddetlenebilen kötü sağlık koşullarına maruz kalmaktadırlar. Sağlık zararları, sadece maddi gereksinimlerden kaynaklanmamakta, böyle bir yoksulluk ortamında yaşamaktan ileri gelen sosyal ve psikolojik problemlerden de meydana gelmektedir.

Bu bölümde, yoksulluk, gereksinimler ve sağlık arasındaki belirgin ilişkileri gösteren çok sayıda kanıtın küçük bir örneği sunulmakta ve daha sonra yoksulluğun sağlığı nasıl ve neden etkilediği kısaca özetlenmektedir. Batı Avrupa'daki yoksulluk ve toplumsal dışlanmanın değişmeden devam eden insidansı ve Doğu Avrupa'da derinleşen yoksulluk ile bunun sağlıktaki göstergeleri tanımlanacaktır. Bundan sonra, Avrupa'daki "toplumsal dışlanma" kavramına dikkat çekilecek ve özellikle azınlık grupları – işsizler, mülteciler, yoksul göçmenler, etnik azınlıklar ve evsizler – için sağlık üzerindeki zararlı etkilerin kanıtlarına odaklanılacaktır. Yoksulluk, göreceli yoksunluk ve toplumsal dışlanmadan kaynaklanan sağlık sorunlarının azaltılması için kısa ve uzun dönemli politika önerileri ile bölüm sonlandırılacaktır.

10.2 Yoksulluk ve sağlık

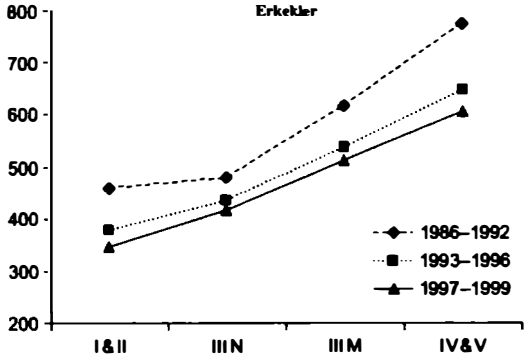
Mortalite, morbidite ve kişinin bildirdiği sağlık durumundan hangisini göz önüne alırsak alalım veya sosyo-ekonomik konum göstergelerinden – gelir, sınıf, ev sahibi olma durumu, yoksunluk ve eğitim durumu– hangisini kullanırsak kullanalım, sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olanlar sağlık açısından da kötü bir durumdadır. Bu durum, sadece toplumda en yoksulların kötü bir sağlığa sa-

hip olmaları şeklinde değildir; aynı zamanda sağlıksızlık ve mortalite farklılıkları, tüm sosyo-ekonomik katmanları kapsamaktadır. Bu ilişkinin gücü kullanılan sağlık ölçütüne göre, farklı yaş gruplarına, kadın ve erkeklere göre ve ülkeler arasında bir şekilde değişkenlik gösterse de bu farklılık sanayileşmiş ülkelerde de görülmektedir (Kunst ve ark. 1995; Mackenbach ve ark. 2004).

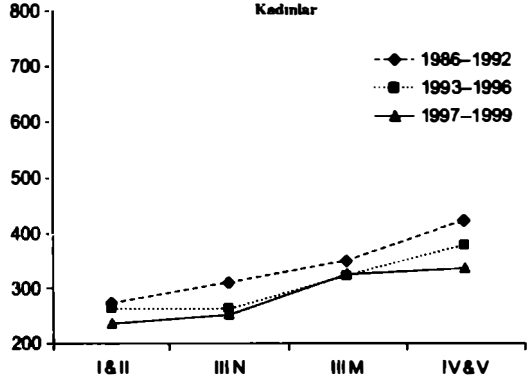
Sağlıktaki eşitsizlikler üzerine araştırmaların uzun bir süredir devam ettiği Britanya'dan gelen son kanıt, sosyal sınıf ile birlikte yaşam beklentisindeki farklılıkların sürdüğünü ortaya koymaktadır. Tablo 10.1, 1986'dan 1999'a kadar İngiltere'de sosyal sınıf ile birlikte tüm nedenlere bağlı mortaliteleri, kadın ve erkekler için ayrı ayrı göstermektedir. Şekil 10.1 ve 10.2 ise bunu grafik şeklinde göstermektedir – her bir ölüm oranındaki belirgin değişiklikleri vurgulamak üzere erkek ve kadınlar için aynı ölçek kullanılmıştır. Bu veriler, çalışma boyunca tüm nedenlere bağlı ölümlerin tüm sınıflarda düştüğünü göstermekte iken, gerek erkek gerek kadınlar için sınıflarla ilişkili bir farkı da açık olarak gözler önüne sermektedir. Erkekler için, mortalitedeki sosyal sınıf farkı genişlemişken (bkz. Tablo 10.1'deki oranlar), kadınlar için sosyal sınıf farkı hafifçe daralmıştır. Mesleksel grup I ve II, yöneticilik işlerini olduğu kadar doktor ve avukat gibi uzmanları da kapsamaktadır. Mesleksel sınıf IV ve V kömür işçileri ve makine operatörleri gibi yarı eğitimli meslekler ile işçi ve temizlikçiler gibi eğitimsiz olan meslekleri kapsamaktadır.

Sosyal ve mesleksel gruplarla birlikte, yaşam beklentisindeki ve mortalitedeki değişiklerle ilgili benzer bulgular, diğer Avrupa ülkelerinde de bulunmaktadır. Örneğin, Kunst ve Mackenbach (1992), altı Avrupa ülkesinde (Danimarka, İngiltere ve Galler, Finlandiya, Fransa, Norveç ve İsveç) mesleksel sınıflara göre mortalite oranlarını karşılaştırmışlardır ve her bir ülkede ve farklı yaş gruplarında mortalitedeki sosyo-ekonomik farklılıkların değişken olduğunu; ancak yine de bu ülkelerin her birinde farklılıkların var olduğunu ortaya koymuşlardır.

Kunst (1997), bir dizi Batı ve Doğu Avrupa ülkesinde mesleksel sınıf ve eğitim grupları bağlamında mortalitedeki sosyo-ekonomik farklılıklara dair bulgular bildirmiştir. Tablo 10.2, çeşitli Avrupa ülkelerinde 1980'de kol emeğine dayalı meslek sınıfları ile kol emeğine dayalı olmayan meslek sınıflarında çalışan erkeklerdeki ölüm oranlarını göstermektedir. Farklılıklar, özellikle önceden komünist olan Çek Cumhuriyeti ve Bulgaristan'da daha da büyüktür; bu durum mortalitedeki sosyo-ekonomik farklılıkların Batı'nın kapitalist ülkelerine özgü olmadığını göstermektedir.



Şekil 10.1 1986-1999 yılları arasında İngiltere ve Galler'de, 35-64 yaşlarındaki erkeklerde tüm nedenlere bağlı, doğrudan yaşa göre standardize edilmiş, 100 000 kişide mortalite oranları. (Kaynak: White ve ark. 2003'den uyarlanmıştır.)



Şekil 10.2 1986-1999 yılları arasında İngiltere ve Galler'de, 35-64 yaşlarındaki kadınlarda tüm nedenlere bağlı, doğrudan yaşa göre standardize edilmiş, 100 000 kişide mortalite oranları. (Kaynak: White ve ark. 2003'den uyarlanmıştır.)

Britanya'da ev veya araba sahibi olmak gibi alternatif sosyo-ekonomik ölçütler, sıklıkla sosyal durumun bir göstergesi olarak kullanılmaktadır; Tablo 10.3, 1980'ler için İngiltere ve Galler'deki verileri göstermektedir. Kendi evinde oturanlarla kıyaslandığında, evlerini devletten veya özel olarak bir mal sahibinden kiralamış olanların daha yüksek ve gittikçe artan ölüm oranları vardır; benzer şekilde, bir veya daha fazla araba sahibi olmaya gücü yeten kişilere kıyasla, araba sahibi olmayanların da daha yüksek ve gittikçe artan ölüm oranları bulunmaktadır. Sosyal belirleyici olarak eğitim ele alındığında da yine benzer bulgular elde edilmiştir.

Tablo 10.1 1986-1999 yılları arasında İngiltere ve Galler'de, sosyal sınıfa göre, 35-64 yaşlarındaki erkek ve kadınlarda tüm nedenlere bağlı, doğrudan yaşa göre standardize edilmiş, mortalite oranları. (Yılda 100 000 kişi ve %95 güven aralığı ile.)

	DSR (%95 CI)			% değişim		
	1986-92	1993-96	1997-99	1986-92 1993-96	1993-96 1997-99	1998-92 1997-99
Erkekler						
I & II	460 (427-494)	379 (338-426)	347 (302-399)	-17	-8	-24
IIIN	480 (431-533)	437 (377-506)	417 (352-494)	-9	-5	-13
IIIM	617 (587-649)	538 (502-577)	512 (472-556)	-13	-5	-17
IV & V	776 (731-823)	648 (593-707)	606 (546-672)	-16	-6	-21
Oran IV & V. I & II	1.69	1.71	1.75			
Kol emeği olmayan	466 (439-494)	396 (363-433)	371 (344-413)	-15	-6	-20
Kol Emeği	674 (649-700)	577 (546-610)	546 (512-582)	-14	-5	-19
Kadınlar						
I & II	274 (249-302)	262 (226-303)	237 (201-281)	-5	-9	-13
IIIN	310 (276-347)	262 (223-307)	253 (211-304)	-15	-3	-18
IIIM	350 (325-377)	324 (291-361)	327 (290-369)	-7	1	-7
IV & V	422 (388-459)	378 (355-427)	335 (289-388)	-10	-11	-21
Oran IV & V. I & II	1.54	1.44	1.41			
Kol emeği olmayan	289 (268-310)	257 (232-284)	246 (219-278)	-11	-4	-15
Kol Emeği	379 (358-401)	344 (317-373)	330 (301-362)	-9	-4	-13

Kaynak: White ve ark. 2003'den uyarlanmıştır.

Bazı araştırmacılar, bireyin, ailenin ya da grubun ait oldukları toplulukla ilişkili dezavantajlı konumuna işaret eden bir kavram olan görece yoksunluğun özellikle sağlık üzerine etkilerini incelemiş ve kaynakların eksikliği kadar yoksunluk durumu üzerine de odaklanmıştır (Townsend ve ark. 1988). Farklı alanlar için (işsizlik, araba sahibi olmayıp evi olanların yüzdesi, aşırı nüfus artışı ve ev sahibi olma durumunu içermektedir) bir araya getirilen bir gösterge olan Townnsed Yoksunluk İndeksini kullanarak, Eames ve ark. (1993), İngiltere ve Galler'deki her bir bölgede, yoksunluğun yüksek olması ile erken ölüm oranlarının yüksekliğini ilişkili bulmuşlardır; ayrıca aradaki ilişki bazı bölgelerde daha da güçlüdür.

Bireyin kişisel yoksunluk seviyesi hesaba katılsa bile (örneğin, bireysel yoksunluk etkisine ek olarak bölgesel bir sağlık etkisi de söz konusudur), göreceli olarak yoksunluk düzeyi daha yüksek olan bölgelerde yaşamanın bireyin sağlığına zararlı etkileri olduğuna dair kanıtlar da bulunmaktadır. Bu durum, Amerikalıların (Haan ve ark. 1987) ve İngilizlerin hem mortalite hem de morbidite çalışmalarında (Langford ve Bentham 1996; Shouls ve ark. 1996; Davey ve Smith 2003) ortaya konmuştur. Ancak, bu gibi bölgesel etkilerin var olduğu bilinmekle birlikte, bunlar küçük bir etki oluşturmaktadır (bkz. Bölüm 14).

Tablo 10.2 1980'lerde kol emeğine dayalı ve dayalı olmayan mesleksel sınıflardaki erkekler için ölüm oranları.

Ülke	Ölüm oranı	
	30-44 yıl	45-49 yıl
Çek Cumhuriyeti	2,25	1,83
Danimarka	1,53	1,33
İngiltere ve Galler	1,46	1,44
Finlandiya	1,76	1,53
Fransa	*	1,71
Macaristan	2,89	2,65
İrlanda	1,43	1,38
İtalya	1,35	1,35
Norveç	1,65	1,34
Portekiz	1,5	1,36
İspanya	*	1,37
İsveç	1,66	1,41
İsviçre	1,45	1,35

* Bu yaş grubu için veri rapor edilmemiştir.
Kaynak: Kunst 1997'den uyarlanmıştır.

Özellikle intihar oranlarının yoksunluk ile ilişkili olduğu görülmektedir (Hawton ve ark. 2001; Bartiett ve ark. 2004); Gunnel ve ark. (1995), sosyo-ekonomik yoksunluk durumunun bir gösterge olduğunu ve psikiyatrik morbidite ile intiharın belirleyicisi olduğunu belirtmişlerdir. McLoone (1996), İskoçya'da 1981 ve 1993 arasında intihar oranlarında meydana gelmiş en yüksek artışın, yoksunluk içinde olan genç insanlar arasında yaşandığını belirtmiştir – bu gençlerin intihar oranları, varlıklı bölgelerde yaşayan gençlerden yaklaşık olarak 2 kat fazladır. Benzer şekilde, bir ekolojik analizde, Crawford ve Prince (1999), Britanya'daki genç erkekler arasında artmakta olan intihar oranlarının sosyal yoksunluk, işsizlik ve yalnız yaşamakla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Tablo 10.3 Konut mülkiyeti ve araba kullanımına göre, 65 yaş altında doğrudan yaş standartlı ölüm oranları. 1971 ve 1981 nüfus sayımı kohortları (uzamsal çalışma verileri).

	Erkekler		Kadınlar	
	1971-81	1981-89	1917-81	1981-89
Konut mülkiyeti				
Ev sahipleri	1	1	1	1
Özel Kiracılar	1,32	1,38	1,32	1,38
Sosyal Konut	1,35	1,62	1,42	1,44
Araba Kullanımı				
1'den fazla olanlar	1	1	1	1
Arabası olmayanlar	1,44	1,57	1,40	1,56

Kaynak: Filakti ve Fox 1995'den uyarlanmıştır.

10.2.1 Yoksulluk sağlık açısından neden kötüdür: Yoksulluk içinde yaşamanın maddi, psikolojik ve sosyal sonuçları

Yoksulluk içinde ve ilişkili yoksunluk durumlarında yaşayan insanların neden daha kötü sağlık koşullarına sahip olduklarını anlamak, sorunu etkin bir şekilde çözmeye başlamak için gereklidir. Bu ilişki ile ilgili olarak yaşama ve çalışma koşullarını, kaynak sınırlamalarını ve sonuç olarak sosyal ilişkilerdeki etkileri de içine alan bir dizi farklı açıklama ortaya konmuştur. Sigara içme, alkol tüketimi, egzersiz ve beslenme gibi bireysel yaşam tarzı etkenleri bazıları tarafından altta yatan ana neden olarak sunulmuştur. Ancak, bu gibi etkenler, gerçekten sağlıktaki eşitsizliklerin açıklanmasında rol oynasa da tek neden olarak ele alınmamalı ve sosyo-ekonomik çevreden tamamen ayrı olarak görülmemelidir.

Kanıtların büyük bölümü, sağlık bozukluklarının kökeninde maddi durum olduğunu ortaya koymuştur; bu durum, ayrıca sağlıkla ilişkili davranışlar için belirleyici etken olmayı da kapsamaktadır (Davey Smith ve ark. 1994; Shaw ve ark. 1999). Yoksulluk günlük yaşamdaki maddi durumlar üzerinde kısıtlamalar – uygun evlerde yaşama olanağı, iyi beslenme ve toplum içinde yer alma olanakları gibi sağlığın temel taşlarına ulaşmayı engelleyerek – yaratmaktadır (Black ve Laughlin 1996). Yoksulluğun beraberinde getirdikleri; sıklıkla kötü beslenme; aşırı kalabalık, nemli ve uygun ısıtması bulunmayan ev ortamları; artmış enfeksiyon riski ve uygun hijyen koşullarının sağlanamamasıdır (Davey Smith 2003). Hırıltılı solunum, nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma, meningokok enfeksiyonu, astım ve solunum sistemi hastalıkları ile ilişkili olan uygunsuz ev koşulları, nemli, soğuk ve küf içerebilen ortamlardır (Inelchen 1993; Shaw 2004). Kötü ev koşulları, aynı zamanda yangın ve kaza risklerini de beraberinde getirebilir; aşırı kalabalık ev halkı ise yalnızca enfeksiyon riskini arttırmakla kalmaz aynı zamanda yüksek ses seviyeleri ve gizliliğin kalmaması gibi etkenler aracılığıyla ruh sağlığına da zarar verebilir (Shaw 2004).

Blackburn (1991), yoksulluğun yalnızca beslenme ve konaklama koşulları ile değil, aynı zamanda ruhsal durum ve çocuklar için bakım olanakları açısından da sağlığı etkilediğini öne sürmektedir. Gelir seviyeleri, ebeveynlerin kendilerinin ve çocuklarının sağlıklarına yeterince bakabilmelerini etkilemektedir. Yaşamlarının diğer alanlarını da etkilediği üzere – nerede yaşadıkları, çocuklarının nerede okula gittikleri – düşük gelirle yaşamak, aile sağlığı üzerine olan denetimi de zorlaştırmaktadır ve sonuç olarak, özellikle kadınlar olmak üzere, anne babanın sağlık gereksinimleri genellikle çocuğunkilerle örtüşmektedir. Örneğin, Graham (1995), kol emeğiyle çalışan genç kadınlardaki sigara içme oranlarının geniş maddi dezavantajların yanında bakım sorumluluklarının büyüklüğü ile de ilişkili olduğunu bulmuştur – bu durumda, onların sigaraya başlamalarına neden olan yaşamın maddi ve psikolojik zorluklarının bir bileşimidir. Kadınlar kendi sağlık-

larından fedakârlık ederek, çocukları ve ailelerinin bakımı ile ilgilenmek için daha donanımlı olduklarını düşünmektedirler. Bu yüzden, maddi kısıtlamaların nasıl bir süreç izlediğini anlamak gereklidir: "Sağlıksız" davranışların, bunlara eşlik eden günlük yaşam kısıtlamalarının ışığında anlaşılmasına gereksinim vardır.

Yoksulluk deneyiminin, seyrek olarak durağan ve değişmeyen bir durum olduğunu ve birikmiş bir etkisinin olduğunu bilmek önemlidir. Artık erişkinlikteki sağlık sonuçlarının, yaşam boyunca var olan kötü sosyo-ekonomik koşulların toplu bir etkisini yansıttığını gösteren bir grup kanıt ortaya çıkarılmıştır (Davey Smith 2003). Erken yaşamdaki elverişsiz sosyo-ekonomik durum, yaşamın geç dönemlerindeki kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve bazı kanserlerde sürekli bir artış yaratabilmektedir. Erişkinlikteki elverişsiz sosyo-ekonomik durum, bu erken dönemdeki etkilerle birleşerek, erişkinlerde yaşam boyu etkili olan maruziyetlerin sosyal modellerini yansıtan sağlık farklılıkları ile sonuçlanır (Davey Smith 2003). Çocukluktaki yoksunluğun belirgin etkisi nedeniyle dikkatlerimizi küçük çocuklu ev sahiplerinin yoksulluğunu azaltmakla ilgili sosyal politikalar üzerine yoğunlaştırmalıdır.

10.2.2 Yoksulluk, işsizlik ve eşitsizliğin artması

Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkiyle ilgili bildiklerimizin artması, son yıllarda büyük ölçüde hem Batı hem de Doğu Avrupa'da olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde görece yoksulluk içinde yaşayan insan oranlarında artış olmasının bildirimlerine bağlıdır. Yoksulluk ve görece yoksunluk yaygınlığı 1980'lerde ve 1990'larda Avrupa ülkelerinde artmıştır; en zengin grupların gelirleri belirgin şekilde yükselmekte iken yoksulların gelirleri ise gerçek anlamda çok zor artmakta, hatta düşmektedir (Gordon ve Townsed 2000). 1980 ve 1988 arasında yoksulluk oranları Hollanda, Portekiz ve İspanya dışındaki tüm Avrupa toplumlarında artmıştır (Oppenheim ve Harker 1996). En keskin artışlar İtalya, Almanya ve İngiltere'de izlenmiştir. Gelir eşitsizliği açısından İngiltere, İsveç, Danimarka, Norveç, Hollanda ve Belçika ülkelerinin her biri 1967-92 arasındaki süreçte bir artış yaşamışlardır; İngiltere, Norveç, Hollanda, Belçika ve Almanya ülkelerinin tümü ise çocukların yoksulluğunda artış yaşamışlardır (Goodman ve ark. 1997).

Vogel (1997), Avrupa Birliği içinde görülen bu görece yoksullukta ve eşitsizlikteki artışın altında yatan ekonomik gelişmelere dikkat çekmektedir – kitlesel işsizlik, refah paylaşım sistemindeki sınırlamalar ve kamu hizmetlerindeki kesintiler. Sosyo-demografik değişimler, yaşlanan nüfus, boşanma oranlarındaki artış ve tek başına yaşayan ebeveyn sayısındaki artış da yine yoksulluk içinde yaşayan insanların oranlarındaki artışla ilişkilidir. Vogel, sözünü ettiği 12 ülkenin 9'unda (Hollanda, Danimarka, Belçika, Lüksemburg, İspanya, İrlanda, İngiltere

ve Portekiz'de artmış olan yoksulluk oranları) büyüyen görece yoksulluk oranlarına yönelik açık bir eğilim olduğunu belirtmiştir.

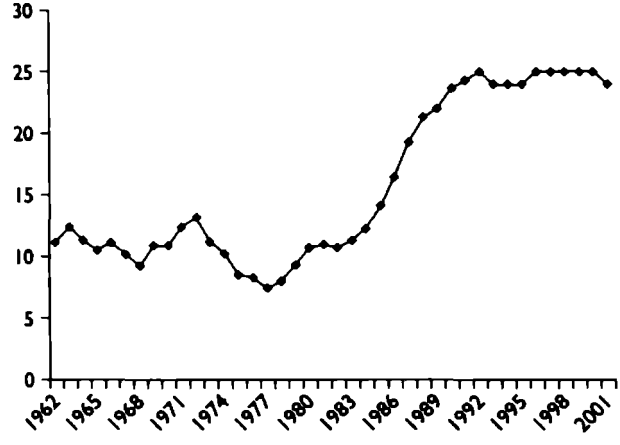
Avrupa ülkelerinde, işsizlik oranlarında büyük farklılıklar ve oranların karşılaştırılmasında yöntemsel sorunlar olmasına rağmen (Green 1988), 1980'lerde ve 1990'larda çoğu ülke kitlesel işsizlik deneyimi yaşamıştır. İşsizlik oranlarının yaklaşık yarısı uzun dönem işsizliklerden (12 aydan fazla işsiz olanlar) oluşmaktadır ve gençlerdeki işsizlik oranları genel oranlara göre daha yüksektir (Vogel 1997). Sosyal yardım sayısındaki azalma, artan veya geciken borçlar, işsizlik ve sigortasız işlerdeki artış, yalnız kalan anne-baba sayısındaki artış ve evsiz insanların artan sayısı Room tarafından (1991) Avrupa Toplumunun "yeni yoksulluğu" olarak tanımlanmıştır. Bu durum, yaşlılar, hastalar ve çocuklar arasındaki yoksulluğun eski biçimlerinin yerini almaktan öte bunlara ek olarak gözlenmektedir.

Daha çok verinin elde edildiği Britanya'daki olgular incelendiğinde, savaş öncesi dönemde yaşam standartları açısından belirgin gelişmeler bulunmaktadır ve bu durum tüm mortalite oranlarında bir düşüş yaşanması ile karşımıza çıkmaktadır. Ancak, refah seviyesindeki belirgin gelişmeye rağmen, aynı zamanda yoksulluk ve eşitsizlikte ise göreceli olarak bir artış bulunmaktadır. Ev sahibi olma durumları, buna bir örnek oluşturabilir. Britanya'da ev sahibi olma oranı, 1981'deki %57 oranından 1991'de %68'e (Dorling 1995) ve 2001 yılında ise %71'e yükselmiştir (Dorling ve Thomas 2004). Merkezi ısıtma sistemi olan ev sahiplerinin oranı 1972'de %37 iken, 1992'de %83'e yükselmiş (Wadsworth 1996) ve 2001 yılında ise %90'ın üzerine çıkmıştır (Census 2001); birden fazla arabası olan ev sahiplerinin oranı 1972'deki %9 rakamından 1992'de %24'e (Wadsworth 1996) ve 2001'de ise %29'a yükselmiştir (Census 2001). Ancak sağlıksız, güvencesiz barınma olanaklarına sahip olan ev sahiplerinin sayısı 1980'ler ve 1990'lar boyunca artmıştır. Bu durum, konut kredisinde ve o evde geçici ev sahiplerinin sayısındaki artış ile yansıtılmıştır – 1982'de 10.000'in üzerinde olan sayıdan 1992'ye gelindiğinde 67.000'in üzerinde bir sayıya ulaşmıştır (Wadsworth 1996). 1990'ların ortalarının başlangıç döneminde geçici olarak bir evde yaşayan ev sahiplerinin sayısı azalır iken, bu durum sonraki dönemde sürekli artmış ve 2002'de 85.000'de sabitlenmiştir. (Social Trends 34 – Toplumsal Eğilimler 34). Ancak, genel refah düzeyindeki bu artış bağlamında görece yoksulluk da artmıştır.

Britanya'da refahın paylaştırılması ve gelir dağılımı, Hills tarafından ayrıntılı şekilde incelenmiştir (1995a,b, 1998). Hills, gelir eşitsizliğinin 1970 ve 1990 arasındaki dönemde arttığını belirtmiştir (Hills, 1995a) ve gelir eşitsizliği diğer bir dizi sanayileşmiş ülkede de artmış olmakla birlikte, Britanya'daki artış oranlarının Yeni Zelanda dışında diğer ülkelerden daha hızlı olduğunu ifade etmiştir. Britanya için "ortalama gelirin yarısından az kazanan ev sahipleri" üzerine yapılan bir dizi verinin kullanılması da bu yönelimi göstermiştir ve bunu 21. yüzyıla

taşımıştır (Şekil 10.3). Bu durumdan hareketle, ortalama gelirin yarısından az geliri olan nüfusun oranının 1970'lerde yüzde 7'den, 1990'larda yüzde 24'e yükseldiği ve bu yüksek seviyenin, o zamandan beri devam ettiği görülmektedir (Çalışma ve Maaş Bürosu 2003 – Department for Work and Pensions 2003). Eşitsizlikteki bu büyüme dolayısıyla, en düşük gelirli grup ekonomik gelişmelerden yarar görememektedir. Yüksek işsizlik oranları ve ekonomik etkinliklerin (erken emeklilik ve maluliyet gibi) bir sonucu olarak, daha fazla insan devlet yardımlarına bağımlı hale gelmiştir. Düşük gelirli bir yaşam karşısında özellikle savunmasız olan bu insanlar; emekliler, yalnız yaşayan ebeveynler, para kazanan kimseleri olmayan ev sahipleri ve çocuklu ailelerdir.

Britanya'da ekonomik eşitsizliğin artmasıyla eş zamanlı olarak, varlıklıların ve yoksunluk içinde olanların arasındaki ölüm oranlarında da büyük bir fark oluşmuştur (McLoone ve Boddy 1994; Phillimore ve ark. 1994; Davey Smith ve ark. 2002). Örneğin Raleigh ve Kiri (1997), İngiltere ve Galler'deki bölgesel sağlık yetkililerinde 1984 ve 1994 arasında yaşam beklentisi ve yoksunluk durumunu incelemişlerdir. Bu bölgelerin bazılarında, refah seviyesi ne kadar yüksek ise yaşam beklentisinin de o kadar yüksek olduğu gözlenirken, yoksunluk içindeki bölgelerde yaşam beklentisindeki ilerlemenin ihmal edilebilecek kadar düşük olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, yoksunluk düzeyi en fazla olan ve en az olan bölgeler arasında, yaşam beklentisi açısından erkeklerde 6,7 yıllık kadınlarda ise 4,7 yıllık bir fark olduğunu bildirmişlerdir. Davey Smith ve ark. (2002), Britanya'da 1990-99 arasındaki 75 yaş altında, her 10 yıl için yaş ve cinsiyetin standardize edildiği mortalite oranlarını incelemişler; son 10 yıl boyunca eşitsizliğin sürekli arttığını bulmuşlardır; bu on yıl boyunca Britanya'nın en zengin ve en yoksul bölgeleri arasında erken mortalite açısından iki uç kutup bulunmaktadır.



Şekil 10.3 Barınma masraflarından sonra, ortalama gelirin yarısından az geliri olan nüfusun yüzdesi. Britanya 1961-2001. (Kaynak: Department for Work and Pensions 2003)

Blane ve Drever (1998), sağlıktaki potansiyel yaşam yılı kaybı açısından genişleyen bu açığı hesaplamıştır. Standardize edilmiş mortalite oranlarının, sosyal sınıf grupları içinde farklı yaş yapılarını hesaba katması dolayısıyla avantajları bulunurken, en yaşlıların bulunduğu kategoride meydana gelen ölümlerin sayısı ile bu oranlar büyük ölçüde etkilenmektedir. Mutlak mortalitede sınıflar arasında göreceli olarak en fazla farklılık genç yaşlarda görülmektedir; dolayısıyla, erken mortalite nedeniyle kaybedilen verimli yaşam yıllarının görece sayılarının da göz önünde bulundurulması değerlidir (Davey Smith ve ark. 1994). Tablo 10.4'te görüldüğü üzere, 1970'lerin başları ile 1990'ların başları arasında Sosyal Sınıf V, Sosyal Sınıf I ile karşılaştırıldığında kaybedilen yaşam yıllarının oranları 2,1'den 3,3'e yükselmiştir. Bu bulgular artan sağlık eşitsizlikleri, yoksulluk ve gelir eşitsizliğindeki artışlara da ayna tutmaktadır.

Benzer bir kutuplaşma daha geniş bir ölçekte de görülebilmektedir. Shaw ve ark. (1998), Avrupa Birliği'ndeki 160 bölgede 65 yaş altı ölümler için değişmekte olan tüm nedenlere bağlı standardize mortalite oranlarını (SMO) incelemişlerdir. Veriler, genelde NUTS 2 (İstatistiksel Bölgesel Birimler Nomenklatürü – Nomenclature of Statistical Territorial Units) seviyesinde, illerde, *Regierungsbezirke* (Alman bölgeleri) veya farklı eyaletlerde (örneğin, İngiltere'de Herefordshire, Worcester ve Warwickshire) incelenmiştir. Bölgeler 1990'daki SMO'larına göre nüfus ondalıkları içinde birleştirilmişlerdir. Tablo 10.5'te görüldüğü üzere, 1990'da göreceli olarak düşük SMO'lara sahip olanları da kapsayan bazı ondalık birimlerin SMO'larında azalma olmakla birlikte, araştırma süresi boyunca 5,6,7 ve 10 numaralı ondalık birimlerin SMO'ları yükselmiştir. Burada en dikkat çekici olan, en yüksek ölüm oranlarına sahip olan nüfus birimlerinin SMO'ları 1990'da 130,1 iken, bu nüfus birimindeki SMO'nın 1994 yılıyla birlikte 134,9 olmasıdır. Bu yüzden, en yüksek ve en düşük SMO'lara sahip bölgeler arasındaki fark giderek büyümektedir. Avrupa çapında bu denli kutuplaşmış mortalite oranlarının coğrafi şekillenmelerinin yüzeysel olarak incelenmesi sonucunda, bu durumun, büyük ölçüde, Avrupa coğrafyasında giderek kutuplaşan refahı ve işi yansıttığı görülmektedir.

Bu büyümekte olan sosyo-ekonomik eşitsizliklerin ve sağlık eşitsizliklerinin daha ileri bir kanıtı ise, geleneksel olarak yoksulluk ile ilişkili olduğu bilinen bir hastalığın, tüberkülozun, Doğu Avrupa'da 1990'lı yıllarda yeniden yükselişe geçmesidir. Raviglione ve ark. (1994), Romanya, Ermenistan, Kırgizistan, Letonya, Litvanya, Moldova ve Türkmenistan'da artış olduğunu ortaya koymuştur ve diğer ülkelerde de herhangi bir düşüş olmamıştır. Benzer şekilde, Britanya'da görülen son dönemlerdeki artış da yoksulluğun, yoksunluğun ve işsizliğin artması ile ilişkilidir (Darbyshire 1995; Kumar ve ark. 1995) ve insidans beyaz olmayan gruplar arasında gittikçe daha yoğun bir hale gelmiştir (Regan ve ark. 2003).

Tablo 10.4 1970-72, 1979-80 ve 1982-83 ve 1991-93 (İngiltere ve Galler 1981 nüfusuna göre standardize edilmiştir) yılları arasında İngiltere ve Galler'de, 20-64 yaşlarındaki erkeklerde tüm nedenlere bağlı, 1000 kişi başına yıllık yaş-ayarlı potansiyel yaşam kaybının yıl oranı.

Sosyal Sınıf	1970-2	1979-80,1982-83	1991-93
I	48,7	36,5	28,0
II	51,9	42,2	31,6
III Kol emeği olmayan	65,0	53,9	45,7
III Kol emeği	66,0	58,0	50,5
IV	75,6	67,7	52,8
V	103,0	105,8	93,3
Oran V:I	2,1	2,9	3,3

Kaynak: Blane ve Drever 1998.

10.3 Orta ve Doğu Avrupa

Sağlıkta eşitsizliğin artması, yoksullukta ve eşitsizlikteki artmanın bir sonucu olarak yorumlanabilir ve bu olay Doğu ve Orta Avrupa'daki eski komünist ülkelerde de görülebilmektedir. Batı Avrupa'da tüm ölüm oranları yirminci yüzyıl boyunca düşmekte iken, Doğu ve Orta Avrupa'da mortalite oranları 1960'ların ortalarından beri artmaktadır (Shkolnikov ve ark. 1998). Komünizmin çöküşünden sonraki yıllarda ölüm oranları keskin şekilde artmıştır. 1989 ve 1994 arasında, Rusya'daki yaşam beklentisinde erkekler için 6,5 yıl ve kadınlar için ise 3,5 yıl kadar bir düşüş gözlenmiştir (Shkolnikov ve ark. 1998); benzer değişiklikler diğer eski Sovyet ülkelerinde de görülmüştür (Dennis ve ark. 1993). 1993'te, Macaristan dışında, ölüm oranları eski Varşova Paktı ülkelerinde oldukça fazla bir düşüş göstermiştir (UNICEF 1993). Bu değişiklikler nüfus içinde eşit bir dağılım göstermemiştir; örneğin, Rusya'da ölüm oranları, eğitim seviyesi düşük insanlar arasında en hızlı şekilde yükselmiştir (Shkolnikov ve ark. 1998).

Tablo 10.5 1990 ve 1994 SMO'lar, tüm nedenler, 65 yaş altı, nüfus ondalıklarına göre (Avrupa ortalamasına göre standardize edilmiştir.

Ondalık	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1990	75,0	85,1	90,6	94,6	97,4	100,6	105,1	109,0	116,3	130,1
1994	73,5	84,0	89,4	94,4	97,8	102,2	105,9	108,7	113,7	134,9
Change	-1,5	-1,1	-1,2	-0,2	+0,4	+1,6	+0,8	-0,3	-2,6	+4,8

Kaynak: Shaw ve ark. 2000.

Tüberküloz oranlarındaki artışla birlikte, Davis (1993), Doğu Avrupa'da difteri, kızamık, boğmaca ve sifiliz gibi hastalıklar sonucunda meydana gelen morbiditenin de yükseldiğini göstermiştir; besinsel, enfeksiyöz ve dejeneratif hastalıkların tümü daha fazla yaygınlaşmıştır. Mortalitedeki artışın büyük bir kısmı, kaza ve cinayetten kaynaklanan erkek ölümlerine bağlıdır ve bu ölümlerin çoğu da alkolle ilişkilidir (Ellman 1994; Leon ve ark. 1997; Shkolnikov ve ark. 2001). Örneğin,

1987 ve 1991 arasında, 15-59 yaş erkekler için mortalitedeki toplam artışın yüzde 77'sinin cinayet ve kazalar ile olduğu belirtilmiştir. Mortalitede ve morbiditedeki bu artışların tümü, sağlık sisteminin yıkıma uğraması bağlamında gerçekleşmiştir:

> Tıbbi hizmetlere sağlanan maddi destek yetersiz kalmış ve her türden malzeme teminindeki kısıtlamalar nedeniyle bu hizmetler sarsılmıştır... Devlet hizmetlerindeki tıbbi bakım kalitesi neredeyse tamamen düşmüştür. Bu olumsuz eğilim, sadece küçük bir topluluğun karşılayabildiği özel sağlık hizmetlerindeki ileri düzey tedavilerin artışı ile dengelenememiştir. (Davis 1993. s. 34)

Ek olarak, ciddi çevre kirliliği de bir etken olarak öne sürülmüştür (Feshbach ve Friendly 1992; Antunes ve ark. 2003). Yine de, mortalite oranlarındaki artış özellikle belirli grupları –belirgin olarak çalışma yaşlarındaki genç erkekleri– etkilemekle birlikte, bunun tüm artışlarda baskın bir neden olmayabileceği tartışılmaktadır (Watson 1995). Benzer şekilde Hertzman (1995), yoğun bir hava kirliliğinin yerel seviyede sağlığı etkilemeye elverişli olduğunu, ancak bu etkinin ulusal mortalite oranlarını belirgin şekilde etkilemeye yetmeyeceğini öne sürmüştür.

Diğer uzmanlar, kötüye giden sağlık çıktılarında ana etken olarak başta alkol tüketimi olmak üzere davranış değişikliklerine dikkat çekmektedirler. Örneğin, Cockerham (1997), yaşam tarzı ile ilgili etkenlerin –alkol tüketimi, sigara, kötü beslenme ve yetersiz egzersiz– mortalitedeki bu artıştan sorumlu olabileceğini öne sürmektedir. Bobak ve Marmot (1996) da en büyük zarara sigaranın neden olduğunu ortaya atarak sağlıklı olmayan yaşam tarzı ve davranışlara dikkat çekmişlerdir; Leon ve ark. (1997), alkol tüketimini vurgulamışlardır. Ancak, bu uzmanlar, yine de bireysel davranışların daha geniş olarak sosyal çevre çerçevesinde ele alınması gerektiğini belirtmişlerdir: İnsan topluluklarının büyük kısmının neden bu şekilde davrandıklarının açıklanması için geniş kapsamlı sosyo-ekonomik değişikliklere göz atmalıyız. Yine yerel tutumlar da akla getirilmesi gereken bir diğer noktadır. Örneğin, Polonya'daki Nova Huta çelik işçileri kohortundaki mortaliteyi belirten bir makalede, Watson (1998), sonuçların yalnızca daha geniş politik ve ekonomik şartlar çerçevesinde değil, aynı zamanda bu çelik işçiliğinin tarihi ve istihdamı da dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Phillimore ve Morris (1991), mortalitedeki coğrafi örüntüyü anlamak için, bir "mekân"ı oluşturanların neler olduğunu anlamamız gerektiğini öne sürmüşlerdir. Bu, sadece yoksunluk seviyelerini incelemeyi içermeyip, aynı zamanda birkaç on yıl boyunca süregelen barınma olanaklarının sağlanması ve yoksunluk modelleri gibi belirli bölgelerin sosyal ve ekonomik tarihlerini de yakından incelemeyi kapsayabilmektedir. Diğer uzmanlar da mekânların sağlığı *nasıl* etkilediği noktalarına işaret etmektedir (Pickett ve Pearl 2001; Macintyre ve ark.2002; Tunstall ve ark. 2004).

Bölgeye özel etkenler, kültürler ve toplumların anlaşılması da uluslararası se-

viyede olmalıdır. Aslında, Doğu ve Orta Avrupa ile eski Sovyet Toplulukları'ndaki tüm devletlerde, politik ve ekonomik değişiklikler üretim çıktıları ve ücretlerdeki düşmeler ile birlikte gerçekleşmiş ve yaşam standartları düşmüştür (Davis 1993). Sonuç olarak çoğu insan kendini ani bir yoksullaşmanın içinde bulmuştur (Cornia ve Paniccia 1995); gelir eşitsizlikleri genişlemiştir. Çoğu insan, kendisinin ve ailesinin geçimini sağlamak için iki işte ve çok uzun saatler boyunca çalışmaya başlamıştır. Örneğin, Ellman (1994), 1992'de Rusya'da Rusya halkının yüzde 37'sinin yoksulluk sınırının altında olduğunu (bu çalışmada, bir kişinin, ortalama fiziksel etkinlik seviyesinde, normal vücut ağırlığını devam ettirmesine olanak verecek gıda tüketimini sağlayan geliri yoksulluk sınırı olarak alınmıştır) ve 15 yaş altı çocukların yüzde 47'sinin yoksulluk sınırının altında yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Bu gibi durumların, gıda tüketiminde (hem bulunabilmesindeki eksiklik hem de alım gücünün yitirilmesi) olduğu gibi doğrudan etkileri bulunmaktadır ve aynı zamanda bu durumlar sosyal strese de yol açmaktadır (Shapiro 1995). Aynı süre boyunca, evlilik oranları da düşmüş ve suç oranları tırmanışa geçmiştir. İnsanlar sadece gelirlerini kaybetmemişler, aynı zamanda gerek işleri gerekse ulusal kimlikleri ile ilişkili olarak gurur, güç ve katılım duygularını da yitirmişlerdir. Watson (1995), Doğu Avrupa'da mortalite oranlarının yükselmesinin, yalnızca toplumun büyük kısmında yaşam standartlarının azalmasıyla ilişkili olmadığını, aynı zamanda artan sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, politik işleyişle birlikte meydana gelen umutsuzluk ve hak mahrumiyeti duygusu ve özellikle iş alanında olmak üzere yüksek seviyede güvensizlik ve belirsizlikle de ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Sonuçta, sosyal ve ekonomik stresten kaynaklanan psiko-sosyal çıkarımlar (Davey Smith ve Egger 1996) bulunmaktadır; bunlar da cinayet, depresyon, intihar ve alkol tüketim oranlarını etkileyebilir. Ellman'ın dediği gibi:

> ... iş güvencesi olmayan, her an işsiz kalabilecek (ya da aslında işsiz kalmış), çok yüksek enflasyon ve yüksek suç oranlarının bulunduğu koşullarda düşük ve belirsiz bir gelirle yaşayan (sıklıkla çalıştığının karşılığı ödenmeyen) ve ete, meyveye, sebzeye ve tıbbi bakıma erişimi açık bir şekilde kötüleşmiş bir kişi, kavgada, trafik kazasında veya alkol zehirlenmesi dolayısıyla ölebilir. (Ellman 1994, s. 343)

Ekonomik durumların, bu gibi ikincil etkileri bulunabilir. Yoksulluğun artması ve buna eşlik eden zorluklar, morbidite ve mortalite açısından sağlığı etkiler ve bu durum, kim en kötü koşullara sahipse sağlık açısından da o kişinin en çok zarar göreceğini göstermektedir. Bu, yerleşik pazar ekonomilerine sahip ülkelerde olduğu gibi geçiş dönemindeki toplumlarda da olan bir durumdur.

10.4 Toplumsal Dışlanma

Birçok bölgede, toplumsal dışlanma terminolojisi popüler olan yoksulluk veya yoksunluk terimlerinin yerini almaktadır. "Yoksulluk" terimi, ekonomik kaynakların eksikliğini tanımlamaktadır ve "görece yoksunluk" terimi ise yaşam koşullarına vurgu yapar. "Toplumsal dışlanma" terimi, sadece görece ekonomik yoksulluğun ekonomik açıdan zorluğunu belirtmekle kalmaz, aynı zamanda dışlamanın *işleyiş* sürecini – bireylerin nasıl yaşamları boyunca, sosyal ve toplu yaşamın çeşitli yönlerinden dışlanma noktasına geldiği – içinde barındırmaktadır.

Toplumsal dışlanmanın Avrupa çapında bir tanımı yoktur, ancak genellikle birkaç boyuta sahip olduğu düşünülmektedir:

> Dışlanma süreçleri dinamik ve çok boyutludur. Bunlar, sadece işsizliğe ve/veya düşük gelire değil, aynı zamanda barınma koşullarına, eğitim seviyesine ve fırsatlara, sağlığa, ayrımcılığa, vatandaşlığa ve yerel çevredeki bütünleşmeye de bağlıdır (Avrupa Sosyal Politika Beyaz Sayfa (1994), Oppenheim ve Harker'den alıntılanmıştır).

İngiltere'deki Toplumsal Dışlanma Birimi'ne göre, terimin tanımı şu şekildedir:

> ... bireylerin veya bölgelerin işsizlik, vasıfsızlık, düşük gelirlilik, kötü barınma koşulları, yüksek suç ortamı, kötü sağlık ve aile krizleri gibi birbirleriyle bağlantılı sorunların birleşiminden zarar gördüğünde olabilecekleri açıklayan kısa terim (Toplumsal Dışlanma Birimi (1997), Levitas 2000'den alınmıştır).

"Toplumsal dışlanma" terimi, aynı zamanda dışlanma ve ayrımcılığın kültürel yönüyle ilişkilidir ve kabul gören veya dışlanan arasındaki ilişki ile dışlanan kişinin anlamını ve kimliğini de belirtmektedir. Toplumsal dışlanma çok yönlü dezavantajlarla ilgilidir – sadece tek bir "toplumsal dışlanma" yoktur; birçok "toplumsal dışlanmalar" vardır (Room 1995). Sosyal sınıf ve görece ekonomik yoksunlukta olduğu gibi dışlanmanın da dereceleri vardır. "Toplumsal açıdan dışlanmış" terimi, geleneksel ekonomik yoksunluk analizlerinde göz önüne alınmayan HIV/AIDS'li insanlarda olduğu gibi damgalanmış ve bir kenara itilmiş insanları belirtebilmektedir. Toplumsal olarak kabul görmüş bir insanın kaynaklara erişimi, sadece ekonomik kaynaklar açıdan değil, bir toplum içinde yaşamayla elde edilen kaynaklar açısından da – eğitim olanakları, sosyal iletişim ve destek – daha fazla olmaktadır; dışlanan kişinin bunlara ulaşımı da reddedilir (bkz. Bölüm 8). Wilkinson'un da özellikle belirttiği gibi:

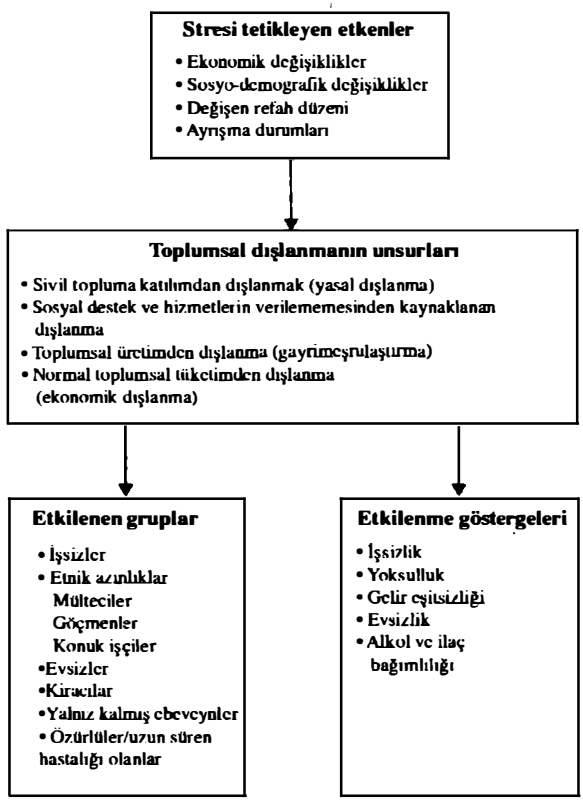
> Karamsar, aldatılmış, buruk, ümitsiz, kırılgan, korkmuş, sinirli hissetmek, iş ya da borç için ve barınma koşullarının güvensizliği için endişe duymak; değersiz, işe yaramaz, çaresiz, bakımsız, umutsuz, izole edilmiş, kaygılı ve başarısız hissetmek: Bu duygular insanların tüm yaşam deneyimlerine egemen olabilir... Maddi

> çevre, kişinin başarısızlığını, toplumda herhangi bir yer edinme duygusunun körelmesini ve kişinin toplumsal dışlanması ile insan olarak değer görmemesi adına tümüyle kalıcı bir işaret ve ağır bir şekilde sürekli hatırlanacak bir damgadır. (Wilkinson 1996, s. 215)

Avrupa'da toplumsal dışlanmaya yol açan işleyiş içinde, ekonomik değişiklikler (işsizliğin artması ve geniş iş güvensizliği), demografik değişiklikler (yalnız yaşayan ev sahiplerinin, anne-babaların ve yaşlıların oranlarındaki yükselme), refah düzenindeki değişiklikler (kesintiler ve para iadeleri) ve ırkçılık ve ayrımcılık olaylarının özellikle mekânsal işleyişi (belirli grupların damgalaması ve dışlanması ve bunun, çoğunlukla mekânsal olarak azınlıklara karşı ayrımcılığa yol açması) yer almaktadır (White 1998). White (1998), toplumsal dışlanmanın dört yönüne işaret etmektedir (Şekil 10.4). İlki; yasal kısıtlamalarla ya da düzenlemelerle sivil toplumdan dışlanmadır. Bu, özellikle göçmenlere yöneliktir; örneğin, Almanya'da, yabancı bir göçmenden doğan ve yasal açıdan yabancı olarak kalan çocuklar (soyu Alman olmayan). İkincisi; belirli gereksinimleri bulunan bir gruba sosyal yardımların sağlanmasında başarısızlık bulunmasıdır; özürlüler için kolaylıklar, dil hizmetleri veya evsizler için barınma olanağı. Üçüncüsü ise, toplumsal üretimden dışlama olmasıdır – bir topluma aktif katılımcı olmaya yetkin olamamak. Belirli gruplar; hoşa gitmeyen, kabul edilmeyen veya yardıma muhtaç gibi ifadelerle damgalanabilmektedir; örneğin, çingeneler ve gezginler. Sonuncusu, normal toplumsal tüketimden ekonomik açıdan dışlanma bulunmasıdır – gündelik yaşamın normal öncelikleri, rutinleri veya deneyimine erişme olanağının olmaması.

Toplumsal dışlanma bireyleri ifade edebilir, ancak sadece stres ve güvensizliğin eşlik ettiği dışlanma durumlarını açıkça ortaya koymuş olan bireyler de değillerdir. Mekânsal toplanma ve ayrışma, bölgelerin yoksul, dezavantajlı ve damgalanmış bir hale gelebileceğini anlatmaktadır; bu durum, o bölgedeki herkesi ve herkesin hareket potansiyellerini de etkileyebilir. Örneğin, fabrikaların kapandığı ve iş olanakları olmayan bir yer, bireyin işsiz olma şansını arttırır. Yüksek işsizlik oranları olan ve yoksunluk seviyesinin yüksek olduğu bir bölgede olasılıkla yoksul okullar bulunacaktır – bir bireyin sahip olduğu koşulların, coğrafi ortama bağımlılığı çok fazladır.

İskoçya'nın en büyük şehri Glasgow'daki yerel alanların sağlığa zarar veren ve sağlığı destekleyen özellikleri Sooman ve Macintyre (1995) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada incelenmiştir:



Şekil 10.4 Avrupa'da toplumsal dışlanmanın işleyişi ve sonuçları (Kaynak: White 1998'den uyarlanmıştır)

Araştırmacılar, sağlık sorunlarının daha az olduğunu bildiren avantajlı bölgelerde yaşayanlarla birlikte, insanların kendi bildirdikleri sağlık durumları açısından yerel bölgeler arasında farklılıklar bulunmasının yanı sıra, aynı zamanda sosyal sınıf farklılıklarıyla açıklanamayacak şekilde, katılımcıların yerel olarak sosyal ve fiziki çevrelerini algılayışları arasında da bir ilişki bulunduğunu göstermişlerdir. Önemli etkenler, yerel yaşam kolaylıkları ve sorunları, bölgenin ünü, komşuluk, suç korkusu ve bölgeden memnun olmaktır. Daha sonra, aynı uzmanlar tarafından yapılan benzer konulu bir çalışma, yaşanılan çevrenin (Macintyre ve ark. 2003) ve özellikle de toplumsal birliğin sağlık üzerindeki rolü üzerinde durmuştur (Macintyre ve Ellaway 2000). Bu bulgular, toplumsal dışlanmanın yalnızca bireylerle ilişkili olmadığını, burada mekânsal bir boyutun da bulunduğunu vurgulamaktadır.

10.4.1 İşsizlik

Toplumsal olarak dışlanmış olan insan grupları ve grupların özellikleri durumdan duruma değişir. Bu grupların içinde yaşlı insanlar, özürlüler (özellikle özürlü çocuklar), yalnız ana babalar ve onların çocukları ve bir o kadar da belirli sağlık sorunları olanlar (özellikle ruhsal olarak hasta olanlarla uzun süreli bir hastalığı olanlar) bulunmaktadır. Ancak bizim burada odaklandığımız nokta; işsiz insanların, mültecilerin, aşırı yoksul göçmenlerin, etnik azınlıkların ve evsiz insanların sağlık çıktılarının kötü olduğunu gösteren kanıtlardır. Yukarıda da belirtildiği üzere, yüksek işsizlik oranları (aynı zamanda kitlesel işsizlik de denir), savaş sonrası Avrupa sosyal sözleşmesinin düzenlenmesinde olduğu gibi, gelişmiş ekonomilerin değişmez bir özelliği haline gelmiştir (Korpi 2003). Bu işsizlik, belirli gruplarda yoğunlaşma eğilimindedir – uzun süredir işsiz olanların sayısında bir genişleme mevcuttur ve gençlerdeki işsizlik de aynı şekilde çok yaygındır; Avrupa'da gençlerin gittikçe büyüyen bir çoğunluğu hiç çalışmamıştır.

İşsizlik, aslında bölgesel bir durumdur, çünkü insanlar, çalışmak için bir gün içinde ne kadar uzağa gidebilecekleri konusunda kısıtlanmaktadır; kendi yerel alanlarındaki işin onları destekleyeceğine bel bağlamışlardır ve bu destek gerçekleşmediği zaman işsizlik artmaktadır. Avrupa'daki işsizlik de özellikle kadın göçmenlerde olmak üzere, göçmenler arasında aşırı bir yoğunlaşma göstermektedir (Model 2002). Örneğin, Hollanda'da 1990'ların ortasında, Hollandalı olanlar arasında işsizlik yüzde 7 iken; bu oran Hollandalı olmayanlar arasında yüzde 20'dir ve bunlar içinde, Türkiye ve Fas'lı olanlar için ise bu rakamdan daha da yüksektir (Pinder 1998).

Bu kitabın 5. Bölümünde, işsizliğin erken mortalite riski taşıdığını gösteren araştırmadan söz edilmiştir. Bu etki, önceden var olan sağlık durumunun ve sosyal sınıf konumunun üzerinde ve ötesinde işlev görmektedir. Drever ve Whitehead'a (1997) göre, sosyal sınıf açısından yapılan düzeltmeden sonra işsizler için hesaplanan mortalite, erkeklerde yüzde 25 ve kadınlarda ise yüzde 21'dir. Mortalitedeki bu artış, yalnızca davranışsal etkenlere bağlı değildir. İngiliz Bölgesel Kalp Çalışması'nda, alkol tüketimi ve sigara gibi etkenler için düzeltme yapıldıktan sonra, iş sahibi olan ve işsiz erkekler arasındaki mortalite farkının aynı şekilde kaldığı ortaya konmuştur (Morris ve ark. / 1994). Buna ek olarak, elde edilen kanıtlara göre, işsizliğin olumsuz sağlık etkilerinin birikime bağlı olduğu öne sürülmektedir – sonuç olarak bir kişi, ne kadar uzun süre işsizlik yaşarsa bu kişinin sağlığı da o kadar zarar görmektedir (Bartley ve Plewis 2002).

Bu nedenle, sağlık üzerinde yansımaları bulunan işsizliğe eşlik eden ekonomik zorluk yanında, aynı zamanda işsizliğin psiko-sosyal durumunun da bir etkisi olduğu görülmektedir. Bununla tutarlı bir şekilde, güvencesiz iş ve işini kaybetme beklentisi de kötü sağlık sonuçları ile ilişkili bulunmuştur (Ferrie ve ark. 1995; Bartley ve ark. 1996). Geçici bir işe sahip olan insanların sağlığının da sürekli bir

işi olanların sağlığına göre daha kötü bir durumda olduğu da ortaya konmuştur (Kivimaki ve ark. 2003) (ayrıca bkz. Bölüm 6).

10.4.2 Mülteciler, göçmenler ve etnik azınlıklar

Mültecilerin ve uluslararası bir şekilde yer değiştirmiş insanların, göç etmelerinden sonraki dönemde mortalite riskleri artış göstermektedir. Yakın zamanda, Avrupa ile anlaşmazlık yaşamış olan ülkelerden (eski Yugoslavya, Gürcistan, Azerbaycan, Çeçenistan (Rusya'nın güneyinde bir bölge) ve Kosova) kaçan insanlar için bu durum, yalnızca savaşla ilgili yaralanmaları içermekle kalmaz, aynı zamanda bulaşıcı hastalıkları, yenidoğan sorunlarını ve besinsel eksiklikleri de barındırır (Toole ve Waldman 1997). Bu duruma eşlik eden stresler – travma sonrası deneyimler, aile ve arkadaşların kaybı, sosyal yardım ağının kesilmesi ve yeni bir çevreye yerleşme sorunları – fiziksel ve ruhsal sağlığın birçok boyutu üzerinde de etki göstermektedir. Göç, aynı zamanda yeniden kültürel ayrımları yaşamak zorunda kalmak açısından da ruh sağlığı üzerinde zararlar oluşturabilir (Bhugra 2004) (ayrıca bkz. Bölüm 8).

Tablo 10.6 20-64 yaş erkekler için doğduğu ülkeye göre SMO'lar (İngiltere ve Galler 1991-93)

	Tüm Ülkeler	Karayipler	Batı/Güney Afrika	Doğu Afrika	Hindistan Yarımadası	İskoçya	İrlanda (tümü)
SMO	100	89	126	123	107	129	135
Sosyal sınıf için düzenlenmiş SMO	100	82	135	137	117	132	129

Kaynak: Drever ve White head 1997.

İnsanlar, bir yandan da iş bulmak için göç etmektedir ve işsizlik bölgesel bir olay haline gelmektedir. Bazı göçmenler ve konuk işçiler, mültecilerinkine benzer sıkıntılar çekmektedirler (daha aşağı seviyelerde olsa bile). Yoksul göçmenlerin ve etnik azınlıkların, yaşadıkları yerlerin genel nüfusuyla karşılaştırıldığında daha farklı sağlık çıktıları olduğuna dair bir dizi kanıt bulunmaktadır. Tüm nedenlere bağlı mortalite bağlamında, Drever ve Whitehead (1997), İngiltere'deki çoğu etnik grup için oranların artmış olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 10.6).

Tablo 10.6, İskoçya ve İrlanda yanı sıra Doğu, Batı ve Güney Afrika'dan ve Hindistan Yarımadası'ndan göç eden insanların, İngiltere ve Galler'deki genel nüfus ortalamasından belirgin şekilde yüksek Yüksek Standardize Mortalite oranları (SMO)'lara sahip olduğunu göstermektedir. Sadece Karayipler'de doğmuş olanların daha düşük SMO'ları bulunmaktadır. Bu durum olasılıkla, Karayipler'den yalnızca en sağlıklı olan kesimin İngiltere'ye göç etmesi şeklinde sağlıklı göçmen etkisi (Marmot ve ark. 1984) ile açıklanabilir veya belki de çoğu göçmen, ölümlerine kısa bir süre kala Karayipler'e dönmekte ve bu şekilde mortalite verilerine dâhil edilmemektedir.

Bu mortalite yüksekliğinin, göçmenlerin çocuklarına kadar genişlediği tespit edilmiştir. Harding ve Balarajan (1996), İngiltere'de ve Galler'de yaşayan ikinci kuşak İrlandalı göçmenlerdeki çoğu ölüm nedenleriyle ilişkili mortalitenin tüm kadın ve erkeklerden fazla olduğunu ve bunun yalnızca küçük bir bölümünün sosyo-ekonomik farklılıklarla (sosyal sınıf, otomobil ve ev sahibi olabilme) ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Hollanda'da, 15 yaş altındaki Türk ve Faslıların çocuklarındaki mortalite oranları, Hollandalıların çocuklarından iki ila üç kat daha yüksektir – bu yükselmiş orandan sorumlu olan ana ölüm nedenleri; perinatal ölümler (konjenital malformasyonlar dâhil), kazalar (boğulma dâhil) ve enfeksiyon hastalıklarıdır (Schulpen 1996).

Aynı zamanda belirli sağlık çıktıları açısından da kanıtlar bulunmaktadır. Corvalan ve ark. (1994), meslekle ilişkili ölümlerle dil ve o ülkede bulunma süresi arasında ilişki olduğunu belirttiği gibi, Avustralya'dan elde edilen kanıtlar da göçmen işçilerin, iş kazalarına daha yatkın olduğunu belirtmektedir. Kanada'da, göç sonrası yeni bir ülkeye yerleşme stresi, intihar oranlarında yükselme ile ilişkilendirilmiştir (Travota 1992). Harding (2003), İngiltere'de ve Galler'de yaşayan Güney Asyalı göçmenlerin kalış sürelerinin uzunluğu ile kalp-damar hastalığı ve kanser mortalitesinde yükselme arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Etienne ve ark. (1994), Belçika'daki göçmenlerde tüberkülozun daha fazla olduğunu belirtmiş, Elender ve ark. (1998) ise aynı durumun, aşırı kalabalık yaşam koşulları ve yoksulluk sebebiyle İngiltere'de ve Galler'de de olduğunu göstermiştir. Köken aldıkları ülkedeki koşullar da rol oynayabilmektedir. İsveç'te, göçmen işçiler ve mültecilerdeki morbiditenin yükseldiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Sundquist 1995). Bu araştırmada, göçmenlerin yüksek oranda kiralık evlerde oturdukları ve düşük maddi standartlara sahip oldukları bulunmuştur; aynı zamanda bu insanların, gündelik yaşantılarında kendilerini güvende hissetme ve uygun bir şekilde boş zamanlarını değerlendirme fırsatlarına sahip olma olasılıkları da düşüktür – göçmen olmak, yaşam tarzıyla ilişkili risk etkenlerinin önemiyle eşit olarak, kötü sağlık için bir risk etkenidir.

Nazroo (1998), göçmenlerin sağlık durumunu belirlemede sosyal konumun önemine vurgu yapmış, etnik kökene bağlı olarak meydana gelen sağlık durumundaki değişkenliklerin yaşam standartları ile açıklanabileceğini ileri sürmüştür. Etnik azınlıkların sağlığı, taciz ve ayrımcılık gibi deneyimler nedeniyle olduğu kadar, belirli bölgelerdeki coğrafi yığılmalardan da etkilenebilmektedir. Nazroo'nun uyarısı:

> Kullandığımız etnik sınıflama, gruplar arasındaki değişmez ve doğal ayrımı yansıtmamaktadır. Ayrıca etnisite, izolasyon içinde var olamaz, anlamlılığını yaşama geçirebildiği sosyal bir bağlamda yer alır ve bu sosyal bağlamın bir parçası da etnik azınlık gruplarına üye görülenlerin ırkçılığa maruz kalmalarıdır. Aslında, et-

nisite ve sağlık konusunda bir işe girişmenin başlıca amaçlarından biri, etnik azınlıkların karşılaştığı sosyal dezavantajların doğası ve boyutu ile ilgili anlayışımızı genişletmektir. Sağlık, dezavantajların yalnızca bir parçası değil, aynı zamanda bir sonucudur. (Nazroo 1998, s. 8)

Göçmen işçilerin sağlığına bakıldığında yöntemsel sorunlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Egger ve ark. (1990), İsviçre'de mesleki sınıflara göre sağlık eşitsizlikleri üzerine bir çalışma yapmışlar ve buna göre, kalifiye ve acemi el işlerinde yoğun olarak çalışan göçmen işçilerin büyük bir çoğunluğunun (çoğunlukla Yugoslavya, İtalya, İspanya ve Portekiz'den) resmi istatistiklerde yer almaması nedeniyle sınıf farklılıklarının beklenenden az bildirilmiş olabileceğini öne sürmüşlerdir. Kanıtlara göre, belirli meslek grupları içinde olsa bile, İsviçre kökenli olanlarla karşılaştırıldığında, göçmen işçiler daha kötü koşullarda çalışmaktadır ve bu yüzden istenmeyen sağlık sorunları olduğu izlenmektedir. Çalışmalarda, bu soruna dikkat çekebilmek için, kayıtlardaki göçmenleri belirlemek üzere isim temelli araştırmalar kullanılması denenmiştir, ancak böyle bir yöntem ideal olmaktan uzaktır.

10.4.3 Evsiz insanlar

Kişi başına gayrisafi milli hâsılası (GSMH) görece daha yüksek olan ve iyi gelişmiş refah sistemleri bulunan gelişmiş toplumlarda bile evsizlik sorunu görülmektedir. Evsizlerin tanımlanması ve sayımı ile ilgili birçok sorun bulunmaktadır (Pleace ve Quilgars 1996). Evsizler için Çalışan Ulusal Kuruluşlar Avrupa Federasyonu, "Avrupa'daki evsizliğin yaygınlığı üzerine güvenilir tek bir istatistik ortaya koymanın mümkün olmadığını" belirtmektedir (FEANTSA 2002 s.7). Ancak FEANTSA, bazı kesin olmayan karşılaştırmaların yapılabileceğini ifade etmektedir. Avrupa Birliği içindeki en geniş nüfusa sahip olan Almanya aynı zamanda en geniş evsiz nüfusuna da sahiptir– yaklaşık 390.000 kişi (2000 verisi) – bunların çeyrek milyona yakını da evsiz ailelerdir. Birleşik Krallık'ta, yerel makamlarca evsizler kanunu kapsamında kabul edilen kişi sayısına dayanılarak bir tahminde bulunulabilir; 2000/2001'deki "öncelikli ihtiyaç sahibi" kişi sayısı 165.000 idi. Fransa için yapılan tahminler, yaklaşık 200.000 (2001) evsiz nüfusun bulunduğunu (evsizler için geçici konaklama olanaklarından yararlananlar dâhil) öne sürmektedir ve İtalya'da ise 70-80.000 "evsiz barksız" insan bulunmaktadır (2000).

Zaman içindeki eğilimlere bakıldığında, Almanya'da evsizlik 1980'lerin sonlarından 1990'ların ortalarına kadar artış göstermiştir ve bundan sonra sürekli bir düşüş izlenmiştir (FEANTSA 2002). Birleşik Krallık'ta da yerel makamlarca evsiz olarak kabul edilenlerin toplam sayısı 1990'lardan sonra azalmıştır ve hükümet de sokakta uyuyan insanların sayısını belirgin oranda azalttığını iddia etmiş-

tir (ancak, bu sayıyı belirlemek, evsizliği sayarak ortaya koymanın belki de en zor yoludur). Fransa'daki eğilimleri karşılaştırmak için güvenilir veriler yoktur. İskandinav ülkelerinde, evsizlik seviyesi 1990'lar boyunca sabit kalmış veya hafifçe düşüş göstermiştir. Buna karşın, evsizlik sanayileşmiş ve varlıklı ülkelerde varlığını sürdürmüştür. Yüksek orandaki ve uzun süreli işsizlik, dış göçlerdeki kısıtlamalar (dünya çapındaki ekonomik eğilimlere bağlı olarak), düşük masraflı kiralık ev bulunmaması ve yerel yönetimlere bağlı konutlara yönelik yatırımların azaltılması, bu duruma katkıda bulunan etkenlerdir.

Evsiz insanların kötü sağlık koşullarına sahip olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır ve bu durum gerek fiziksel gerekse ruhsal sağlık sorunlarının oranlarına bakıldığında da görülebilmektedir. İngiltere'deki evsiz insanların sağlık problemleri ile ilgili kapsamlı bir çalışma (Bines 1994), konukevleri ve yatak-kahvaltılı pansiyonlarda yaşayan ve sokaklarda uyuyan insanların, yalnızca genel nüfusa göre daha fazla sağlık sorunları yaşamaya değil, aynı zamanda birden fazla sağlık sorunu yaşamaya da eğilimli olduklarını göstermiştir. Sağlık verileri, konukevlerinde ve yatak-kahvaltı pansiyonlarda kalan 1280 kişi ve sokaklarda yatan, gündüz bakım evleri ile aşevlerini kullanan 507 kişiden elde edilmiştir. Bunlar, 5000'in üzerindeki ev halkı içinden 10.264 bireyi temsil eden bir örnekleme sahip olan İngiltere Ev Halkıyla Görüşme Araştırmasının (İEHGA) ilk sonuçlarından elde edilen verilerle karşılaştırılmıştır (Buck ve ark. 1994). Bines, her bir grup için yaş ve cinsiyet yapısının dikkate alındığı standardize edilmiş morbidite oranlarını hesaplamıştır. Bu hesaplama, yalnızca sağlık bozukluklarına dair oranlardan daha doğru bir karşılaştırmadır, çünkü evsiz grup, ortalama olarak genel nüfustan daha gençtir ve dolayısıyla daha sağlıklı olmaları yönünde bir "beklenti" bulunmaktadır. Standardize edilmiş morbidite oranları Tablo 10.7'de sunulmuştur. Standardize edilmiş mortalite oranlarında olduğu gibi, genel nüfusa ait oranlar 100 olarak kabul edilmiştir. 100'den daha yüksek sayılar, grubun özellikle sağlık sorunlarını genel nüfustan daha çok yaşadığı anlamına gelmektedir.

Tablo 10.7'den, evsiz insanların genel nüfusa göre daha yüksek morbidite oranlarına sahip olduğunu görebiliriz. Konukevlerinde kalanların oranları genel nüfustan daha yüksektir (genel nüfus oranları 100'e eşittir.) ve sokaklarda kalanlar ise bunlardan çok daha yüksek oranlara sahiptir.

Örneğin, konukevlerinde ve yatak-kahvaltı pansiyon koşullarında kalanların "kronik göğüs hastalıkları ve solunum sorunları" açısından 183'lük bir SMO değeri bulunmaktadır – bu da onların, bu sağlık sorunu için yaklaşık iki kat daha fazla sıkıntı çektikleri anlamına gelmektedir. Aşevlerini kullananlar 365'lik bir SMO değeri ile bu sağlık sorunu yaşamaya neredeyse dört kat daha yatkındırlar. Ancak, en yüksek oranlar "bayılma ya da bilinç kaybı" durumuna aittir. Bu so-

Tablo 10.7 Genel nüfusa göre sığınma evlerinde, barınaklarda kalanlar ve sokakta yatanların bildirilmiş sağlık sorunlarına ait standardize morbidite oranları (SMO)

Sağlık Problemi	Yatak-Kahvaltılı pansiyon	Sokakta uyuyanlar	
		Gündüz bakım evleri	Aşevi
Kas-iskelet sorunları	153	185	221
Yaralar, cilt lezyonları ve diğer cilt rahatsızlıklar	105	189	298
Kronik göğüs hastalıkları ve solunum sorunları	183	259	365
Bayılma ya da bilinç kaybı	651	2109	1892
Sık başağrıları	264	338	365

Kaynak: Bines 1994.

nuç, sokaklarda yaşamaya bağlı yoksunluk durumuyla birlikte ilaç ve alkol kullanımının da bu grupta yüksek seviyelerde olmasıyla ilişkili olabilir.

Evsiz insanlar için enfeksiyon hastalıkları da önemli bir sorundur. Çalışmalar, İngiltere ve Galler'deki evsizler arasında göreceli olarak daha yüksek tüberküloz oranları bulmuştur (Ramsden ve ark. 1988). 1990'ların ortalarında Darbyshire (1995), İngiltere'deki ve Galler'deki tüberküloz artışlarını yoksulluk, işsizlik ve evsizliğe bağlamıştır. Kumar ve ark. (1995), muayene edilen 642 barınakta yaşayanın yaklaşık olarak dörtte birinde anormal göğüs radyografi bulguları olduğunu ve yüzde 5'inin ise aktif tüberkülozlu olduğunu bulmuştur. Evsizlik ve damar içi enjeksiyonla ilaç kullanımı da sıklıkla birlikte görüldüğü için, HIV, Hepatit B ve C enfeksiyonları için de artmış bir risk söz konusudur (Raoult ve ark 2001). Uyuz, bit, mantar enfeksiyonları ve impetigo gibi cilt sorunları da yine evsiz insanların tıbbi bakım aramalarını gerektiren nedenler arasında sık görülmektedir (Raoult ve ark. 2001).

Bu hassas grup için ruhsal sağlık problemleri de önemli bir sorundur. O zamanki ismi ile Nüfus Sayım ve Araştırma Bürosu tarafından yapılan bir çalışma, evsiz insanlar arasındaki psikiyatrik morbiditenin kapsamı ve derinliği yönünden dikkate değer olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışma, konukevlerinde kalanları, özel sektörden kiralanan konaklama yerlerinde kalanları (yerel makamlar tarafından, yatak kahvaltı konaklama koşulları sunan yerlerin yerine kullanılmıştır), gece barınaklarında kalan erişkinleri ve sokaklarda uyuyan insanları kapsamıştır (Gill ve ark. 1996). Sonuçlar (Tablo 10.8), yüksek oranlarda fiziksel ve ruhsal hastalık olduğunu göstermektedir. Bireylerin çoğunda bunların her ikisi de bulunmaktadır. Evsiz insanlardaki şizofreni ile ilgili çalışmaların yakın zamanda yapılmış sistematik bir derlemesi, sekiz ülkeden 33 çalışmayı içermektedir. Yöntemsel açıdan daha üstün on çalışmada, şizofreninin ağırlıklı ortalama prevelansı %11'dir; oranlar gençler, kadınlar ve kronik olarak evsiz olanlar arasında daha da yüksektir (Folsom ve Jeste 2002).

Tablo 10.8 Nüfus Sayım ve Araştırma Bürosu'nun psikiyatrik morbidite çalışmasından seçilmiş sonuçlar (% kendi bildirimleriyle elde edilen veriler)

	Örnek Büyüklüğü*	Sadece fiziksel hastalıklar	Fiziksel ve akıl hastalıkları	Sadece akıl hastalığı	Alkol bağımlılığı	İlaç bağımlılığı	Genel pratisyen kaydı
Pansiyonlar	530	36	6	6	16	11	92
ÖSKK	268	33	2	3	3	7	95
Gecelik sığınma evleri	187	26	9	12	44	29	71
Sokakta uyuyanlar	181	39	14	7	50	24	58

* Katılımcıların bazıları anketin tümünü yanıtlamamıştır.
ÖSKK: Özel sektörden kiralanan konaklama
Kaynak: Gill ve ark. 1996'dan uyarlanmıştır.

Tablo 10.8 sokaklarda uyuyanların yarısında alkol bağımlılığı ve dörtte birinde ilaç bağımlılığı olduğunu göstermesi ile bu gruplarda yüksek oranda alkol ve ilaç bağımlılığı bulunduğunu da ortaya koymaktadır. Genel nüfusla karşılaştırıldığında bu oranlar sırasıyla yüzde 5 ve yüzde 2'dir (Meltzer ve ark. 1995). Bu durum siroza, aşırı dozda kullanıma ve kazalara yol açabilir. Enjeksiyonla ilaç kullanımı da tromboz, apse ve enjeksiyon bölgesinde enfeksiyon oluşumu gibi sorunları beraberinde getirebilir.

Evsizlikle ilişkili bir diğer sağlık sorunu ise intihardır (Baker 1997). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışmada (Desai ve ark. 2003), ABD'de evsizlerden oluşan bir örneklem içinde intihar düşüncesi oldukça yüksek olarak bulunmuştur (yaşam boyu prevalansı %66,2). Örneklemin yarısı intihar girişiminde bulunduğunu ve %8'i ise bu girişimin son 30 gün içinde olduğunu ifade etmişlerdir. İntihar ve intihar etme duygusu, evsizliğin her aşamasında ortaya çıkabilir – evini kaybetme korkusu, ani ve hazırlıksız taşınmalar, yerleşik bir evinin olmayışı, kalacak yer arayışı, bir evi olmasını beklemek, yeni bir eve yerleşme (bir yönden de göçmenlerin karşılaştığı güçlüklere benzer şekilde). Baker'in belirttiği gibi, çeşitli duygular evsizlikle ilişkilidir:

> ...izolasyon ve yalnızlık duygusu, değersizlik hissi, başarısızlık ve ihmal edilmişlik, gelecek için umudunu kaybetme, bir şeyleri değiştirmek için kapana kısılmış ve güçsüz hissetme, toplum tarafından küçümsenmiş, reddedilmiş ve dışlanmışlık hissi, hayal kırıklığına uğramış, aldatılmış ve yanlış anlaşılmışlık duygusu. (Baker 1997, s. 24)

İngiltere'de Keyes ve Kennedy (1992), evsiz insanların kendilerini öldürme eğilimlerinin genel nüfusa göre 34 kat fazla olduğunu bulmuştur; benzer şekilde, Grenier (1997) de bu insanların böyle bir şey yapabilmelerinin 35 kat fazla olduğunu belirtmiştir.

Özellikle evsiz kadınlar ve sokaklarda uyuyanlar olmak üzere, bir evi olmayan insanların her gün karşılaştıkları tehditlerden, zorluklardan biri de başkala-

rından şiddet görmektir. Evsiz insanlar tarafından kaza ve acil yardım bölümlerinin kullanımlarının incelendiği bir çalışmada, North ve ark. (1996), bir evi olan insanların saldırıları sonucunda evsizlerin kaza sonucu yaralanmalarının dört kat fazla olduğunu bulmuştur. Keyes ve Kennedy'ye göre (1992), evsiz insanların ölümcül bir saldırıya uğrama olasılıkları genel nüfusa göre 150 kat daha fazladır ve bir kazada ölme olasılıkları ise yine 8 kat daha yüksektir. Avustralya'daki bir çalışmada, evsiz insanların kendilerinin şiddet kurbanı olabildikleri gibi şiddete tanıklık etme olasılıklarının da yüksek olduğu; Sidney'deki bir çalışmada da evsiz kadınların yarısının ve evsiz erkeklerin ise yüzde 10'unun tecavüz kurbanı oldukları belirtilmektedir (Buhrich ve ark. 2000).

Ayrıca evsiz insanların, evi olanlara oranla çok daha yüksek mortalite oranlarına sahip oldukları bulunmuştur. ABD'de Hwang ve ark. (1997), Boston'daki evsiz insanların ortalama ölüm yaşlarının 47 olduğunu belirtmişlerdir. Gürcistan'daki bir çalışma, ortalama ölüm yaşının 46 olduğunu; yüzde 42'sinin yaralanmalardan kaynaklandığını (çoğunlukla kaza sonucu), yarısının da alkolün akut veya kronik etkileri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Hanzlick ve Parrish 1993). Kopenhag'da evsizlere hizmet veren iki barınma evinde Danimarkalılarca yapılan çalışmada, başta genç kadınlar olmak üzere evsizlerin daha yüksek mortalite oranlarına sahip oldukları belirtilmektedir (Nordentoft ve Wandall–Holm, 2003). Ancak, paydanın (her bir yaş grubundaki evsizlerin sayısı) tahminindeki sorunlara bağlı olarak, ölüm oranlarını genel nüfusun oranlarıyla karşılaştırmak zordur. İngiltere'de, sokakta uyuyan insanların ölümleri ile ilgili bir çalışmada, ortalama ölüm yaşının 42 olduğu bulunmuştur (Grenier 1997) ve bu sayı standardize mortalite oranına çevrildiğinde 2500'ün üzerinde bir oranı işaret etmektedir (Shaw ve Dorling 1998). Bu yüzden, sokaktaki evsizlerin ölme olasılığı, herhangi bir zaman diliminde önlerinden yürüyüp geçen insanlardan 25 kat daha fazladır.

Özellikle ruhsal sağlık olmak üzere, sağlık ve evsizlik arasındaki ilişkinin gidişatı belirsizdir – bazı evsiz insanların sağlık sorunları onların evsiz kalmalarından önce gelebilir (Pleace ve Quilgars 1996). Örneğin, Bines tarafından yapılan çalışma (1994), evsiz insanların yüzde 12-20'sinin daha önce psikiyatri kurumlarında kaldığını; yüzde 9-21'inin genç suçlular evinde bulunduğunu; yüzde 15-24'ünün ise çocuk bakım evlerinde barındığını ortaya koymuştur – bu durum evsizlerin yarısından fazlasının, evsiz durumuna gelmeden önce bu gibi kurumlarda yaşayan kişiler olduğunu göstermektedir. Bundan öte, bazı sağlık sorunları evsizliğin önüne geçmekle birlikte, şu kesindir ki, evsizliğin günlük koşulları hem maddi hem de psikososyal açıdan var olan sağlık sorunlarını kapsamakta, ek sorunlara yol açmakta (ayak sorunları ve solunum yolu rahatsızlıkları) ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı daha zor bir hale getirmektedir (Fisher ve Collins 1993; Pleace ve Quilgars 1996).

10.5 Sonuç ve politik önermeler

Yoksulluk ve sağlığın kötü olması arasında iyi bir şekilde tanımlanmış bağlantı bulunmaktadır – işsizlerin, mültecilerin ve diğer yoksul göçmenler gibi toplumsal olarak dışlanmış kişilerin ve evsizlerin genel nüfusa göre daha kötü veya çok daha kötü sağlık çıktıları bulunmaktadır. Avrupa'da devam eden veya artmakta olan görece yoksulluk, eşitsizlik ve toplumsal dışlanma bağlamında, sağlık eşitsizlikleri de iki uç kutup haline gelmektedir.

Uzun dönemde, toplumsal olarak dışlananların kötü sağlık durumlarını dile getirmenin yolu, ekonomi politikalarının kapsamlı bir ekonomik eşitliğe neden olacak şekilde sürdürülmesidir. Refah ve gelirin yeniden dağıtılması, kötü koşullarda yaşayanların sağlığının geliştirilmesi üzerinde en büyük etkiyi oluşturacaktır. Ekonomik olarak eşit ve toplumsal birlikleri yüksek olan toplumların toplam mortalitelerinin, daha fazla eşitsizlik yaşayanlara göre, daha düşük olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. (Wilkinson 1996).

Ancak kısa dönemde, toplumsal olarak dışlananların sağlıklarının geliştirilmesi için özel bir dizi önlem alınabilir. Toplumsal dışlanma dinamik ve çok boyutlu olduğu için, dışlanma ve bunun etkileri ile mücadele etmek için politikalar da olmalıdır. Bu politikalar şunları içerir:

1. Özellikle vatandaşlık ve iş haklarını dikkate alan, ayrımcılık karşıtı ve sığınma evlerine ihtiyaç duyanları koruyan bir şekilde azınlık ve göçmen haklarını korumak üzere yasal düzenlemeler
2. İşsiz insanlara uygun bir yaşam standardı sağlamak üzere gelir desteği/refah düzeni. Az gelirlileri korumak üzere uygun asgari ücretler
3. Yoksulluk içinde doğan ve yaşayan çocuk oranının azaltılmasına önem vermek (sağlık üzerine uzun dönem etkilerinin olduğu gibi kısa dönem etkileri de olacaktır)
4. Toplumlar içindeki gelir ve refah eşitsizliklerinin azaltılmasını amaçlamak; örneğin, gelir ve miras olarak kalan servetlerin dereceli şekilde vergilendirilmesi yoluyla
5. Özellikle uzun süredir işsiz olanlar başta olmak üzere insanlar için eğitim, egzersiz ve iş olanaklarına erişimin garanti altına alınması
6. Sağlık ve sosyal hizmetlere erişimdeki engellerin, nerede ve nasıl oluşabileceğini de anlamayı sağlayacak bir şekilde kaldırılması
7. Kurumsal hizmet ve desteklerden ayrılanlar için destek amaçlı uygun izlem yollarının geliştirilmesi
8. Kabul edilir standartlarda maddi olarak karşılanabilir konut sağlamayı amaçlamak
9. İş yaratmayı ve işin korunmasını amaçlayan istihdam politikaları
10. Birçok göçmen grubun elverişsiz sosyo-ekonomik durumlarına ve ayrıca,

sağlık hizmetlerine ve diğer hizmetlere erişimde belirli zorluklar yaşadıklarına dikkat çekilerek, göçmenlerin sağlığının geliştirilmesi

Toplumsal dışlanmanın birçok boyutu üzerine odaklanan ve toplum içindeki eşitsizliği gidermeyi hedefleyen bu gibi politikaların sağlık üzerinde olumlu etkisi olacaktır. Blane ve meslektaşlarının belirttiği gibi:

> Nüfusunun içindeki tüm insanların yetenek ve becerilerini geliştiren, herkes için ekonomik fırsatlar sağlayan ve birlik içinde ve bütünleşmiş bir sosyal çevreyi teşvik eden bir toplum, sağlık alanında, tedavi edici tıbbi hizmetlerin yapabildiklerinden daha fazla yarar sağlayacaktır. (Blane ve ark. 1996, s. 12)

Teşekkür

Güneybatı Halk Sağlığı Gözlemevi tarafından Mary Shaw için kaynak sağlanmıştır. Tablo 10.1, 10.3, 10.6 ve 10.8 ile Şekil 10.1 ve 10.2'nin telif hakları Crown'a aittir ve HMSO denetimcisinin izni ile çoğaltılmıştır.

Kaynaklar

Antunes, J.L., Toporcov, T.N., de Andrade. F, P. (2003). Trends and patterns of cancer mortality in European countries. *Eur. J. Cancer Prevention* 12, 367-72.

Baker, L. (1997). *Homelessness and suicide.* Shelter, London.

Bartlett, C.J., Gunnell, D., Harrison. G., and Moore, L. (2004). Neurotic symptoms, stress, or deprivation: which is most closely associated with incidence of suicide? An ecological study of English Health Authorities. *Psychol. Med.* 32, 1131-6.

Bartley, M. and Plewis, I. (2002). Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness: data from the 1971-1991 Office for National Statistics' Longitudinal Study. *Int. J. Epidemiol.* 31, 336-41.

Bartley, M., Montgomery, S., Cook, D., and Wadsworth, M. (1996). Health and work insecurity in young men. In: *Health and social organization: towards a health policy for the 21st century* (ed. D. Blane, E. Brunner, and R. Wilkinson). Routledge, London.

Bhrugra, D. (2004). Migration, distress and cultural identity. In: *Cultures of health, cultures of illness* (ed. G. Davey Smith and M. Shaw). Oxford University Press, Oxford.

Bines, W. (1994). *The health of single homeless people.* Centre for Housing Policy, University of York, York.

Black, D. and Laughlin, S. (1996). Poverty and health: the old alliance needs new partners. *Benefits* Sept./Oct., 5-9.

Blackburn, C. (1991). *Poverty and health: working with families.* Open University Press, Buckingham.

Blane, D. and Drever, F. (1998). Inequality among men in standardised years of potential life lost, 1970-93. *BMJ* 317, 255.

Blane, D., Brunner, E., and Wilkinson, R. (1996). The evolution of public health policy: an Anglocentric view of the last fifty years. In: *Health and social organization: towards a health policy for the 21st century* (ed. D. Blane, E. Brunner, and R. Wilkinson). Routledge, London.

Bobak, M. and Marmot, M. (1996). East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ* 312, 421-5.

Buck, N., Gershuny, J., Rose, D., and Scott, J. (ed.) (1994). *Changing households. The British Household Panel Survey 1990-1992.* ESRC Centre for Micro-Social Change, Colchester.

Buhrich, N., Hodder, T., and Teesson, M. (2000). Lifetime prevalence of trauma among homeless people in Sydney. *Australian & New Zealand J. Psych.* 34, 963-6.

Census (2001). see *www.statistics.gov.uk/census2001*

Cockerham, W.C. (1997). Life expectancy in Russia and Eastern Europe: a lifestyle explanation. *J. Hlth. Soc. Behav.* 38, 117-30.

Cornia, A.G. and Paniccia, R. (1995). The demographic impact of sudden impoverishment: Eastern Europe during the 1989-94 transition. In: *UNICEF Innocenti Occasional Papers,* Economic Policy Studies, No. 49. UNICEF, Florence.

Corvalan, C.F., Driscoll, T.R., and Harrison, J.E. (1994). Role of migrant factors in work-related fatalities in Australia. *Scand. J. Work, Environ. Hlth.* 20 (5), 364-70.

Crawford, M.J. and Prince, M. (1999). Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. Soc. *Sci. Med.* 49, 1419-23.

Darbyshire, J.H. (1995). Tuberculosis: old reasons for a new increase? *BMJ* 310, 954-5.

Davey Smith, G. (ed.) (2003). *Health inequalities: lifecourse approaches.* The Policy Press, Bristol.

Davey Smith, G. and Egger, M. (1996). Commentary: understanding it all—health, meta-theories, and mortality trends. *BMJ* 313, 1584-5.

Davey Smith, G., Blane, D., and Bartley, M. (1994). Explanations for socioeconomic differences in mortality: evidence from Britain and elsewhere. *Eur. J. Publ. Hlth.* 4 (2), 131-44.

Davey Smith, G., Dorling, D., and Shaw, M. (2001). *Poverty, inequality and health in Britain: 1800-2000—a reader.* The Policy Press, Bristol.

Davey Smith, G., Dorling, D., Mitchell, R., and Shaw, M. (2002). Health inequalities in Britain: continuing increases up to the end of the 20* century, /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 56, 434-5.

Davis, C.M. (1993). *Eastern Europe and the former USSR: an overview.* RFE/RL Research Report, Vol.2, No. 40, 8 October.

Dennis, B.H., Zhukovsky, G.S., Shestov, D.B., *et at. (*1993). The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR. Lipid Research Clinics Study. *Int. J. Epidemiol.* 22, 420-7.

Department for Work and Pensions. (2003). *Households below average income* (series). London.

Desai, R.A., Liu-Mares, W., Dausey, D.J., and Rosenheck, R.A. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. /. *Nerv. Mental Dis.* 191, 365-71.

Dorling, D. (1995). *A new social atlas of Britain.* Wiley, Chichester.

Dorling, D. and Thomas, B. (2004). *People and places: a 2001 census atlas of the UK.* The Policy Press, Bristol.

Drever, F. and Whitehead, M. (1997). *Health inequalities: decennial supplement.* ONS, The Stationery Office, London.

Eames, M., Ben-Shlomo, Y., and Marmot, M.G. (1993). Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. *BMJ* 307, 1097-102.

Egger, M., Minder, C.E., and Davey Smith, G. (1990). Health inequalities and migrant workers in Switzerland. *Lancet* Sept. 29, 816.

Elender, F., Bentham, G., and Langford, I. (1998). Tuberculosis mortality in England and Wales during 1982-1992: its association with poverty, ethnicity and AIDS. *Soc. Sci. Med.* 46 (6), 673-81.

Ellman, M. (1994). The increase in death and disease under 'katastroika'. *Camb. J. Econ.* 18, 329-55.

Etienne, T.J., Spiliopoulos, A., and Megevand, R. (1994). Surgery for lung tuberculosis and related lesions: change in clinical presentation as a consequence of migration of population. *Acta Chir. Belg.* 94 (2), 101-4.

FEANTSA (2002). *Review of statistics on homelessness in Europe.* European Federation of National Organisations Working with the Homeless.

Ferrie, J., Shipley M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S., and Davey Smith, G. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. BM/311, 1264-9.

Feshbach, M. and Friendly, A. (1992). *Ecocide in the USSR.* Basic Books, New York.

Filakti, H. and Fox, J. (1995). Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS Longitudinal Study. *Popn. Trends* 81, 27-30.

Fisher, K. and Collins, J. (1993). Access to health care. In: *Homelessness, health care and welfare provision* (ed. K. Fisher and J. Collins). Routledge, London.

Folsom, D. and Jeste, D.V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiat. Scand.* 105, 404-13.

Gill, B., Meltzer, H., Hinds, K., and Petticrew, M. (1996). *Psychiatric morbidity among homeless people.* OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. HMSO, London.

Goodman, A., Johnson, P., and Webb, S. (1997). *Inequality in the UK.* Oxford University Press, Oxford.

Gordon, D. and Townsend, P. (eds) (2000). *Breadline Europe: the measurement of poverty.* The Policy Press, Bristol.

Graham, H. (1995). Cigarette smoking: a light on gender and class inequality in Britain? /. Soc. *Policy* 24 (4), 509-27.

Green, A. (1998). Problems of measuring participation in the labour market. In: *Statistics in society* (ed. D. Dorling and S. Simpson). Arnold, London.

Grenier, P. (1997). *Still dying for a home: an update of Crisis' 1992 investigation into the links between homelessness, health and mortality.* Crisis, London.

Gunnell, D.J., Peters, T.J., Kammerling, R.M., and Brooks, J. (1995). Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ* 311, 226-30.

Haan, M., Kaplan, G., and Camacho, T. (1987). Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study. *Am. J. Epidemiol* 125 (6), 989-98.

Hanzlick, R. and Parrish, R.G. (1993). Death among the homeless in Fulton County, GA, 1988-90. *Publ Hlth. Rep.* 108, 488-91.

Harding, S. (2003). Mortality of migrants from the Indian subcontinent to England and Wales: effect of duration of residence. *Epidemiology* 14, 287-92.

Harding, S. and Balarajan, R. (1996). Patterns of mortality in second generation Irish living in England and Wales: longitudinal study. *BMJ* 312, 1389-92.

Hawton, K., Harriss, L., Hodder, K., Simkin, S., and Gunnell, D. (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol. Med.* 31, 827-36.

Hertzman, C. (1995). *Environment and health in central and eastern Europe.* World Bank, Washington DC.

Hills, J. (1995a). *Joseph Rowntree Foundation inquiry into income and wealth,* Vol. I. Joseph Rowntree Foundation, York.

Hills, J. (1995b). *Joseph Rowntree Foundation inquiry into income and wealth,* Vol. II. Joseph Rowntree Foundation, York.

Hills, J. (1998). *Income and wealth: the latest evidence.* Joseph Rowntree Foundation, York.

Hwang, S.W., Orav, E.J., O'Connell, J.J., Lebow, J.M., and Brennan, T.A. (1997). Causes of death in homeless adults in Boston. *Ann. Int. Med.* 126, 625-8.

Ineichen, B. (1993). *Homes and health: how housing and health interact.* Chapman and Hall, London.

Keyes, S. and Kennedy, M. (1992). *Sick to death of homelessness.* Crisis, London.

Kivimaki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M. Pentti, J., and Ferric, J.E. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am. J. Epidemiol.* 158, 663-8.

Korpi, W. (2003). Welfare-state regress in Western Europe: politics, institutions, globalization, and Europeanization. *Ann. Rev. Social.* 29, 589-609.

Kumar, D., Citron, K.M., Leese, J., and Watson, J.M. (1995). Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest X-ray screening programme. /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 49, 629-33.

Kunst, A. (1997). *Cross-national comparison of socio-economic differences in mortality.* Ph.D. Thesis, Erasmus University, Rotterdam.

Kunst, A.E. and Mackenbach, J.P. (1992). *An international comparison of socio-economic inequalities in mortality.* Erasmus University, Rotterdam.

Kunst, A.E., Guerts, J.J.M., and van der Berg, J. (1995). International variation in socioeconomic inequalities in self reported health./. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 49, 117-23.

Langford, I.H. and Bentham, G. (1996). Regional variations in mortality rates in England and Wales: an analysis using multilevel modelling. *Soc. Sci. Med.* 42 (6), 897-908.

Leon, D.A., Chenet, L., Shkolnikov, V.M., *et al.* (1997). Huge variation in Russian mortality rates 1984-1994: artefact or alcohol or what? *Lancet* 350, 383-8.

Levitas, R. (2000). What is social exclusion? In: *Breadline Europe: the measurement of poverty* (ed. D. Gordon and P. Townsend). The Policy Press, Bristol.

McLoone, P. (1996). Suicide and deprivation in Scotland. BM/312, 543-4.

McLoone, P. and Boddy, F.A. (1994). Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *BMJ* 309, 1465-70.

Macintyre, S. and Ellaway, A. (2000). Neighbourhood cohesion and health in socially contrasting neighbourhoods: implications for the social exclusion and public health agendas. *Hlth. Bull.* 58, 450-6.

Macintyre, S., Ellaway, A., and Cummins, S. (2002) Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?. *Soc. Sci. Med.* 55, 125-39.

Macintyre, S., Ellaway, A., Hiscock, R., Kearns, A., Der, G., and McKay, L. (2003). What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland. *Health & Place* 9, 207-18.

Mackenbach, J.P., Huisman, M., Andersen, O., Bopp, M., Borgan, J.K., Borrell, C., *et al.* (2004). Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur. J. Cancer* 40, 126-35.

Marmot, M.G., Adelstein, A.M., and Bulusu, L. (1984). *Immigrant mortality in England and Wales, 1970-78: causes of death by country of birth.* Studies on medical and population subjects, No. 47. HMSO, London.

Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M., and Hinds, K. (1995). *The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households.* HMSO, London.

Model, S. (2002). Immigrants' social class in three global cities. In: *Globalization and the new city* (ed. Cross, Malcolm, and Moore). Palgrave, Hampshire.

Morris, J.K., Cook, D.G., and Shaper, A.G. (1994). Loss of employment and mortality. *BMJ* 308, 1135-9.

Nazroo, J. (1998). The racialisation of ethnic inequalities in health. In: *Statistics in society* (ed. D. Dorling and S. Simpson). Arnold, London.

Nordentoft, M. and Wandall-Holm, N. (2003). 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ* 327: 81-3.

North, C., Moore, H., and Owens, C. (1996). Go *home and rest? The use of an accident and emergency department by homeless people.* Shelter, London.

Oppenheim, C. and Harker, L. (1996). *Poverty: the facts.* Child Poverty Action Group, London.

Phillimore, P.K. and Morris, D. (1991). Discrepant legacies: premature mortality in two industrial towns. Soc. *Sci. Med.* 33 (2), 139-52.

Phillimore, P., Beattie, A., and Townsend, P. (1994). Widening inequality of health in northern England, 1981-1991. *BMJ* 308, 1125-8.

Pickett, K.E. and Pearl, M. (2001). Multilevel analysis of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 55, 111-22.

Pinder, D. (1998). New Europe or New Europes? East-West development dynamics in the twentieth century. In: *The New Europe: economy, society and environment* (ed. D. Finder). Wiley, Chichester.

Pleace, N. and Quilgars, D. (1996). *Health and homelessness in London: a review.* King's Fund, London.

Raleigh, V.S. and Kiri, V.A. (1997). Life expectancy in England: variations and trends by gender, health authority, and level of deprivation. /. *Epidemiol. Commun. Hlth. 51* (6), 649-58.

Ramsden, S.S., Baur, S., and el Kabir, D.J. (1988). Tuberculosis among the central London homeless. /. *R. Coll. Gen. Pract.* 22, 16-17.

Raoult, D., Foucault, C., and Brouqui, P. (2001). Infections in the homeless. *The Lancet Infectious* Diseases 1,77-84.

Raviglione, M.C., Rieder, H.L., Styblo, K., Khomenko, A.G., Esteves, K., and Kochi, A. (1994). Tuberculosis trends in eastern Europe and the former USSR. *Tubercle and Lung Dis.* 75 (6), 400-16.

Razum, O., Zeeb, H., and Akgun, S. (2001). How useful is a name-based algorithm in health research among Turkish migrants in Germany? *Trop. Med. Intern. Hlth.* 6, 654-61.

Regan, C.M., Coffey, E., Tocque, K., Ashton, M., and Syed, Q. (2003). Secular trends in the occurrence of tuberculosis in an urban community in north-west England, 1918-2001: implications for a local tuberculosis control programme. *Communicable Dis. Public Hlth. 6,* 311-6.

Room, G. (1991). *New poverty in the European Community.* Macmillan, Oxford.

Room, G. (1995). Conclusions. In: *Beyond the threshold: the measurement and analysis of social exclusion* (ed. G. Room). The Policy Press, Bristol.

Schulpen, T.W. (1996). Migration and child health: the Dutch experience. *Europ. J. Pediat.* 155 (5), 351-6.

Shapiro, J. (1995). The Russian mortality crisis and its causes. In: *Russian economic reform at risk* (ed. A. Aslund). Pinter, London.

Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Ann. Rev. Public Hlth.* 25, 397-418.

Shaw, M. and Dorling, D. (1998). Mortality among street youth in the UK. *Lancet* 352, 743.

Shaw, M., Dorling, D., Gordon, D., and Davey Smith, G. (1999). *The widening gap: health inequalities and policy in Britain.* The Policy Press: Bristol.

Shaw, M., Orfbrd, S., Brimblecombe, N., and Dorling, D. (1998). *Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s.* Proceedings of the 8th International Symposium in Medical Geography, Baltimore, USA, 13-17 July, pp. 371-90.

Shaw, M., Orford, S., Brimblecombe, N., and Dorling, D. (2000). Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s. *Soc. Sci. Med.* 50, 1047-58.

Shkolmkov, V.M., Leon, D.A., Adamets, S., Andreev, E., and Deev, A. (1998). Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. Soc. *Sci. Med.* 47, 357-69.

Shkolnikov, V., McKee, M., and Leon, D.A. (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet* 357, 917-21.

Shouls, S., Congdon, P., and Curtis, S. (1996). Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 50, 366-76. Social Trends 34. *Households in temporary accommodation.* The Stationery Office, London.

Sooman, A. and Macintyre, S. (1995). Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighbourhoods in Glasgow. *Hlth. Place* 1, 15-26.

Sundquist, J. (1995). Living conditions and health: a population-based study of labour migrants and Latin American refugees in Sweden and those who were repatriated. *Scand. J. Primary Hlth. Care* 13 (2), 128-34.

Toole, MJ. and Waldman, R.J. (1997). The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Ann. Rev. Publ. Hlth* 18, 283-312.

Townsend, P., Phillimore, P., and Beattie, A. (1988). *Health and deprivation: inequality in the north.* Croom Helm, London.

Trovato, F. (1992). Violent and accidental mortality among four immigrant groups in Canada. Soc. Bio/. 39(1), 82-101.

Tunstall, H., Shaw, M., and Dorling, D. (2004). Glossary: places and health. /. *Epidemiol. Commun. Hlth.* 58, 6-10

UNICEF (1993). *Central and eastern Europe in transition: public policy and social conditions.* Regional Monitoring Report No. 1. International Child Development Centre, Florence.

Vogel, J. (1997). *Living conditions and inequality in the European Union 1997.* Eurostat Working Papers. University of Umea, Stockholm.

Wadsworth, M. (1996). Family and education as determinants of health. In: *Health and social organization: towards a health policy for the 21st century* (ed. D. Blane, E. Brunner, and R. Wilkinson). Routledge, London.

Watson, P. (1995). Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Soc. Sci. Med.* 41 (7), 923-34.

Watson, P. (1998). Health differences in Eastern Europe: preliminary findings from the Nowa Huta study. Soc. Sci. *Med.* 46, 549-58.

White, P. (1998). Urban life and social stress. In: *The New Europe: economy, society and environment* (ed. D. Finder). Wiley, Chichester.

White, C., van Galen, E, and Chow, Y.H. (2003). Trends in social class differences in mortality by cause, 1986 to 2000. Hlth. Stat. Quart. 20, 25-37.

Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality.* Routledge, London.

11. Bölüm

KİŞİSEL SAĞLIK DAVRANIŞLARINDA SOSYAL KALIPLANMA: SİGARA İÇME DURUMU

Martin J. Jarvis ve Jane Wardle

11.1 Giriş

Yoksulluk, sağlığı etkileyen birçok davranışla yakın ilişki gösterir. Tablo 11.1'de gösterildiği gibi, İngiltere ve benzeri ülkelerdeki yoksul insanlar daha az sağlıklı besin tüketme, daha fazla spordan uzak, durağan yaşam sürme, daha fazla aşırı kilolu ve de daha fazla düzenli sarhoş olma eğilimindedirler. Bu ilişki tek bir nedeni yansıtmaktan çok, yoksulluğun kendisine ya da eğitime ve bilgiye ulaşamama gibi birçok etmene bağlanabilir. Bu tür bağlantılar her toplumda izlenmeseler de, tutarlılıkları etkileyicidir.

Yoksunluk ve sağlık davranışı arasındaki bağın en kuvvetli olduğu durum yasal ya da yasa dışı madde kullanımıdır. Alkol, ani sosyal çöküşün bir belirteçidir ve alkol nedenli şiddet ve kazaların ölüm hızları üzerine anlamlı bir etkisi mevcuttur (Makela ve ark. 1997). Yoksunluk çeken gruplarda daha sık görülen aşırı miktarda alkol tüketimi ise ani ölümle sonuçlanabilen bir durumdur (Kauhanen ve ark. 1997). Madde kullananlar, daha farklı olarak, düzeni bozulmuş ailelerden gelen, kendine güvensiz, ruhsal durumu kötü gruplar tarafından benimsenirler. Madde kullanımına bağlı cinayet ve sosyal düzensizliğin topluma maliyeti büyüktür. Sigara içimi bunların dışında farklı bir durum olarak görülmektedir. Çünkü nikotin, kişide ani davranış bozukluğu, cinayet eğilimi ya da şiddet yaratabilecek bir bağımlılık maddesi değildir. Fakat bilinmelidir ki, erken yaşta ölümün en önemli nedenlerinden biri olan nikotin, en büyük yıkıma sebep olmaktadır. Bu durum sosyal yoksunluğun belirteçleri ile de yakından ilişkilidir.

Sigara içmek, içki içmek ve madde kullanmak bireyin kendi seçimini ilgilendiren kişisel davranışlardır. Belki de bu nedenden dolayı geniş toplumsal çevrenin dışında, kişisel sorumluluk içinde görülürler: Eğer sigara tiryakileri tütünün sağlıkları üstündeki kötü etkilerinden kurtulmak istiyorlarsa, kendileri davranışlarını değiştirmeli ve sigarayı bırakmalıdırlar. Bırakmazlarsa, kendi sağlıklarına zarar vermiş olurlar ve bu onların dışında kimsenin suçu değildir. Sağlık açısından hatalı davranışlara devam etmek, sosyal koşullara bir tepkiden çok bir isteksizlik, bir tembellik olarak görülmektedir. Bu kurbanı suçlama yaklaşımı, yardımcı olmaktan çok uzaktır.

Tablo 11.1 Sosyoekonomik yoksunluk düzeyine göre bazı sağlık davranışlarının dağılımı
Kaynak: İngiltere Sağlık Değerlendirmesi (Health Survey for England) 1994.

	Sosyoekonomik yoksunluk düzeyi			
	0	1	2	3+
	En az yoksun			En çok yoksun
Erkekler (%)				
Haftada bir defadan daha az meyve yeme	6,3	9,7	15,2	21,3
Durağan yaşam tarzı	14,3	14,5	21,0	28,9
Vücut kitle endeksi > 30	13,3	13,4	13,8	17,0
Haftada en az bir defa sarhoş olma	7,0	13,2	16,1	15,9
Kadınlar (%)				
Haftada bir defadan daha az meyve yeme	4,2	6,9	10,7	14,1
Durağan yaşam tarzı	14,5	17,3	24,6	31,5
Vücut kitle endeksi > 30	14,9	16,0	21,0	25,2
Haftada en az bir defa sarhoş olma	3,0	5,9	7,6	8,1

İşte bundan dolayı yoksul insanların bu davranışları neden tercih ettikleri ve hangi sosyal ve kişisel etkilerle sürdürdükleri gibi soruların cevaplanmasında başarısız olunmaktadır. Yine bu insanlarda davranış değişimini sağlayacak etkin yaklaşımın geliştirilmesinde aynı ölçüde başarısız kalınmıştır.

Bu bölümde, "sigara içmek", sağlıktaki eşitsizliklere en büyük etkisi olan kişisel bir sağlık davranışı olarak tartışılacaktır. Yasal, yaygın ve yakın zamanda azıcık damgalanmış olan bu davranış ile ilgili tarihçe sosyal davranış kalıbı ve sağlık üzerine etkileri ile ilgili bol miktarda detaylı veriye ulaşılabilmektedir. Sigaranın oldukça yaygın olduğu gelişmiş bir ülke olan İngiltere'den bir veri ile öncelikle, sigara içmenin doğası ve yaygınlığı ile yoksunluğun belirteçleri ve sigara içme oranları ile yoksunluk arasındaki bağlantılar değerlendirilecektir. Sonrasında neden yoksul insanların daha çok sigara içtiği ve daha zor bıraktığı sorusunu cevaplamaya yeltenmeden, kısaca farklı sosyal gruplarda sigaranın ölüm hızları üzerindeki tahmini etkisi incelenecektir. Son bölümde ise sigaraya bağlı eşitsizlikleri azaltmaya yönelik olası politika seçeneklerine yer verilecektir.

11.2 Maddi ve kültürel dezavantaj ile sigara içme hızları

Sigara içme prevalansı gradyanı ile mesleki sınıf arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Aynı şekilde eşinden ayrı ebeveynler (Marsh ve McKay 1994), işsizler (Lee ve ark. 1991) ve ruhsal bozukluğu olanlardaki (Hughes ve ark. 1986) yüksek sigara içme oranları da gösterilmiştir. Fakat bu verilerin hiçbiri tam olarak dezavantajlar ile sigara içme yaygınlığı arasındaki bağlantıyı yansıtmamaktadır. Eski bir çalışmanın (Jarvis 1997) tekrarı olan yakın tarihli Genel Hanehalkı Çalışması (General Household Survey)'nda bağımsız olarak sigara içimini öngören tüm durumlar değerlendiriliyor (Tablo 11.2). Sonuç olarak düşük mesleki statüde olma-

nın, kiralık evde yaşamanın, araba sahibi olmamanın, işsiz olmanın ve kalabalık bir evde yaşamanın sigara içicisi olma oranını önemli ölçüde arttırdığı gösterilmiş. Bunlara ek olarak, eğitim ve yalnız ebeveyn olma durumunun da sigara içme ile anlamlı ilişkisi saptanmış. Yalnız ebeveyn olmanın erkeklerde sık karşılaşılmadığı ve erkeklere sigara içme konusunda ek risk faktörü oluşturmadığı gösterilmiş. Diğer tüm durumlarda erkekler ve kadınlar arasında sigara içme durumunu etkileyen bu faktörlerin istatistiksel gücü açısından fark saptanmamış.

Bu farklı bağlantılar grupların sigara içme prevalansında çok büyük farklılıklar doğurmaktadır. Örneğin belirli bir eğitim düzeyine sahip, arabası olan bir ev sahibi ile işsiz, vasıfsız, arabasız, kiralık evde kalabalık yaşayan bir işçinin sigara içme oranını karşılaştıracak olursak, işçinin sigara içme riski 17.8 kat artmıştır. Sigara içme yüzdesi ise bu iki grupta %15'e karşın %75 olarak saptanmıştır. Bu değişkenlerin, diğer çalışmada gösterilen alkolik olma, sokakta yaşama ve ruhsal durum bozukluğu gibi sigara içme durumunu etkileyen tüm faktörleri eksiksiz olarak kapsamadığını da unutmamak lazım. Sonuç olarak, yoksunluk göstergelerinin bol olduğu gruplarda (hapishane mahkûmları, sokakta yatanlar) sigara içme prevalansının %80-90'lara yükseldiği gözlenmiştir (Bridgwood ve Malbon 1995; Gill ve ark. 1996).

Tablo 11.2 Erkek ve kadınlarda mevcut sigara içiciliğinin habercileri.

	Erkekler		Kadınlar		Hepsi	
	OR	**GA%95**	**OR**	**GA%95**	**OR**	**GA%95**
Sosyal Sınıf						
I	1.00		1.00		1.00	
II	1.43	1.19-1.70	1.61	1.28-2.04	1.48	1.29-1.71
III NM	1.35	1.12-1.65	1.51	1.20-1.91	1.40	1.21-1.62
III M	1.92	1.59-2.30	1.98	1.56-2.57	1.94	1.68-2.24
IV	1.56	1.28-1.91	2.07	1.63-2.63	1.80	1.55-2.10
V	2.01	1.60-2.53	1.96	1.50-2.57	1.95	1.64-2.31
Kiracılık	1.81	1.67-1.97	1.78	1.64-1.94	1.81	1.70-1.92
Araba yok	1.43	1.29-1.59	1.33	1.20-1.46	1.37	1.28-1.47
İşsiz	1.70	1.41-2.06	1.74	1.39-2.17	1.72	1.47-1.99
Kalabalık	1.07	0.94-1.23	0.92	0.80-1.05		
Kadınlar						
Derece düzeyi	1.00		1.00		1.00	
Daha yüksek < derece	1.50	1.30-1.74	1.36	1.18-1.57	1.42	1.29-1.58
A düzey	1.67	1.74-1.91	1.67	1.46-1.91	1.67	1.52-1.83
0 düzey	1.89	1.66-2.15	2.03	1.78-2.31	1.96	1.79-2.15
CSE puanı	2.28	1.95-2.67	2.03	1.74-2.36	2.14	1.92-2.39
Niteliksiz	2.52	2.20-2.89	2.73	2.38-3.14	2.62	2.38-2.89
Yalnız ebeveyn	1.13	0.87-1.46	1.39	1.24-1.57	1.32	1.19-1.46
Boşanmış ya da ayrı	1.77	1.40-2.24	1.45	1.32-1.60	1.58	1.47-1.70

OR: Olasılıklar Oranı (Odds Ratio), GA: Güven Aralığı, CSE: Ortaöğretim sertifikası
Kaynak: Genel Hanehalkı Çalışması (General Household Survey) 2000-2008.

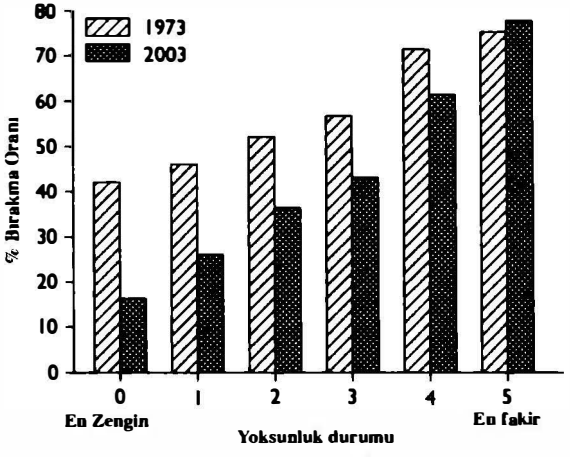
Sigara içme durumunu belirleyen etkenler maddi durum, kültürel yoksunluk, strese yol açabilecek evlilik ile ilgili kişisel ya da ailevi durumlardır. Bu, endüstrileşen batı toplumunda genel kural olarak kabul edilebilecek bir durumdur –kişinin bireysel, maddi ya da kültürel olarak karşılaşabileceği herhangi bir dezavantaj belirteçi, sigara içimine yol açan bağımsız bir etken olarak öngörülebilir ve ölçülebilir. Elbette bu durum her toplum için geçerli değildir; örneğin kadının sigara içmesi üzerinde kültürel bir yasağın bulunduğu Asya ülkelerinde ya da özellikle sigara içiminin dezavantaj ve yoksulluk yerine, çekiciliği ve batının kalkınmışlığını çağrıştırdığı gelişmekte olan ülkelerde bu şekilde olmamaktadır. Ama bazı yeni çalışma verileri İngiltere gibi Hindistan'da da artık sigara içiminin bir başarısızlık göstergesi olduğunu saptamıştır (Sorensen ve ark. 2005).

11.3 Sigara içme prevalansı eğilimleri ve yoksunluğa bağlı bırakma oranı

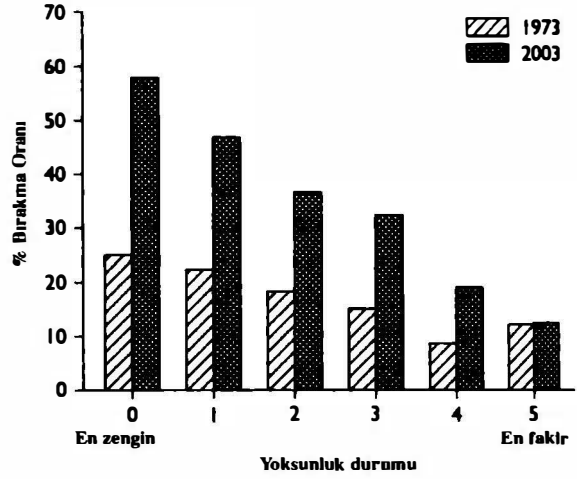
İngiltere'de sigara içme prevalansı son 30 yıldır azalma eğilimine girmiştir. Erkeklerde 1973'de %53 olan prevalans 2003'de %28'e gerilemiştir; aynı yıllar için kadınlarda da %42'den %25'e düşmüştür. Ancak aynı dönemde sosyal gruplar arasındaki uçurum belirgin şekilde büyümüştür. Tablo 11.1'deki değişkenlerin çoğunu içeren yoksunluk endeksinin bileşenlerine göre eğilimler Şekil 11.1'de görülmektedir. Katılımcılar mesleki sınıf, kirada oturma, araba sahibi olmama, kalabalık yaşama (oda başına bir veya daha çok kişi) durumlarının her birine göre sınıflandırılmışlardır. Sonuçlar Townsend (Townsend ve ark. 1988) ve Carstairs'in (Carstairs ve Morris 1989) kullanmış olduğu göstergelere benzer şekilde, en zengin için 0 en yoksun olan için ise 5 olarak, bölgesel değil bireysel olarak değerlendirilmiştir.

1973 ve 2003 yıllarının her ikisinde, erkek ve kadınlarda artan yoksunluk ile birlikte doğrusal denilebilecek bir artış gösteren sigara içme durumu mevcuttur. Yıllar içinde en zengin kesimde sigara içme oranı, 2003 verisi olan %16 ile, yarının altına inmiştir. Diğer taraftan, en yoksun kesimde 1973'de %70 olan oran 30 yıl sonra yine aynı değeri korumuştur.

Şekil 11.2'de 1973 ile 2003 yılları arasındaki yoksunluk ve sigara bırakma oranları gösterilmektedir (Jarvis 1997). Şekil 11.1'deki gözlemlerin de bir yansıması olarak, sigarayı bırakma oranlarının zengin kesimde iki kattan daha fazla (%25'den %58'e yükselme) arttığı, en yoksullar arasındaki %10'luk sigara bırakma oranında ise çok az değişiklik olduğu, hatta olmadığı izlenmektedir.



Şekil 11.1 Birleşik Krallık'ta yoksunluğa göre sigara içme (Kaynak: General Household Survey 1973 ve 2003)



Şekil 11.2 Birleşik Krallık'ta yoksunluğa göre sigara bırakma (Kaynak: General Household Survey 1973 ve 2003)

11.4 Sigaranın sosyal gruplara göre ölüm hızları farklılıklarına etkisi

Sigaranın, sosyal gruplara göre ölüm hızlarındaki farklılıklara önemli etkisi olduğu uzun süredir bilinmektedir. Sigara içen iki kişiden biri, ısrarla içmeye devam eder ve bırakmazsa sonuçta hayatını bu alışkanlıktan dolayı kaybetmektedir (Doll ve ark. 1994; Thun ve ark. 1995). Daha yüksek prevalans ve düşük bırakma oranı göz önüne alınacak olunursa, sigaraya bağlı hastalıkların yoksul kesimi daha fazla etkileyeceği önceden de tahmin edilebilir. Daha kötü beslenme, daha erken yaşta sigaraya başlama (tüm yaşlarda daha uzun sigara kullanım süresi), daha yüksek miktarda sigara tüketimi (bkz. aşağı) sigara içimine bağlı riskleri arttırmaktadır.

Bekleneceği gibi, sigaraya bağlı hastalıklardan ölüm hızları ile ilgili gradyan, sigara içme prevalansı gradyanı ile paralellik göstermektedir. Standart mortalite oranları kalp hastalıkları için, vasıfsız erkek işçilerde eğitimli kesime göre 3 kat daha yüksektir. Bu değer akciğer kanseri için 5 kat, amfizem için 6 kat, kronik hava yolu obstrüksiyonu için ise 14 kattır (Drever ve Whitehead 1997). Kadınlar için bu değerler kısmen daha düşük olmakla birlikte benzerdir. Bir önceki tartışmadan da tahmin edilebileceği şekilde, ev ya da araba sahibi olma gibi sosyo-ekonomik durumun alternatif göstergeleri aynı zamanda ölüm hızlarının da işaretleridir (Smith ve Harding 1997; Goldblatt 1990).

Son zamanlarda, farklı ülkelerde sigaradan kaynaklı ölümlerin tahmini olarak hesaplanabilmesi için Peto ve Lopez (Peto ve ark. 1992, 1994) tarafından geliştirilen dolaylı yöntemler ülkelerdeki sosyo-ekonomik duruma bağlı ölümlere uygulanmıştır. İngiltere ve Galler bölgesinde, 35-69 yaş arası erkekler için, 1970'den beri sosyal sınıfa göre sigaraya bağlı ölüm oranı tahmini hesaplanmıştır. Sosyal sınıfı I ve II olan erkeklerin 1970-1972 yılları arasında, orta yaşlarda genel ölme riski %36 iken, bunun tahmini olarak üçte birinin (%13) sigaraya bağlı olabileceği saptanmıştır. Genel ölüm riski, 1996 yılına gelindiğinde %21 seviyesine, tütüne bağlı ölümler ise %4 seviyesine gerilemiştir. Şu halde, tüm ölümlerde gözlenen bu düşüşün yarısından fazlası sigaraya bağlı ölümlerdeki azalma ile sağlanmıştır. Oysa, sosyal sınıfı V olan erkeklerin 1970-1972 yılları arasında orta yaşta ölüm oranı %47, bu oranın yarısından fazlası (%25) sigaraya bağlı nedenlerle gerçekleşmiştir. Bu oranlar, 1996'dan sonra genel oran %43 ve sigaraya bağlı oran ise %19 olacak şekilde kısmen azalmıştır.

Elbette bu verilerin kesinliği, hesapların verdiği varsayımların doğruluğu ile sınırlıdır. Tütüne bağlı toplam ölüm rakamları, kesin olmayan varsayımlar nedeniyle önemli ölçüde belirsizdir. Örneğin, sigara içenlerde gözlenen damar hastalıklarına bağlı ölümlerin sadece yarısı tütüne bağlıdır. Biraz göreceli denilebilecek, muhafazakar olmaya çalışan bu oran, belki gerçek değerinden daha az bir yüzdeyi yansıtıyor, belki de yeterince muhafazakar değil. Bununla birlikte, bu metotla farklı sosyal gruplarda sigaraya bağlı ölümlerde ciddi şekilde yanlış yönlendirici farklar bulunabilir. Farklı sınıflar arasında hesaplanan oranlarda büyük yanlılık payı olduğu muhtemeldir. Tahminleri geçersiz kılacak derecede büyük bir yanlılığın mevcut olup olmadığını söylemek zordur.

Bu bulgular üstü kapalı bazı doğrular içermektedir. Öncelikle, son 25 yılda sosyal sınıfı I/II ve V olan erkeklerin, tüm ölüm nedenleri arasında gözlemlenen farktaki büyüme tütüne bağlı mortalitedeki değişiklikleri yansıtmaktadır. Tütün nedenli ölümlerde, sosyal sınıf I ve II' de, sosyal sınıf V'e kıyasla çok daha hızlı düşüş yaşanmıştır. Bu durum, sigara içme ve bırakma oranlarında da paralellik göstermiştir. Sosyal sınıf V'de ölüm risklerinde belirgin bir artış gözlenme-

miştir. Sağlık eşitsizliklerinde gerçekleşen bu büyümenin nedeni, sigaranın bırakılması ile elde edilen ölüm riskindeki düşüşün bu grupta gerçekleşmemiş olmasıdır. Sigara içme oranındaki bu azalma, yoksul gruplarda yoğunlaşmadığı sürece ölüm hızları arasındaki eşitsizliğin artmasının dışında bir sonuca varmayacaktır. 1996 verileri, sosyal sınıflara göre orta yaştaki ölüm oranları arasındaki farkın yaklaşık üçte ikisinin nedeninin sigara olduğunu göstermiştir.

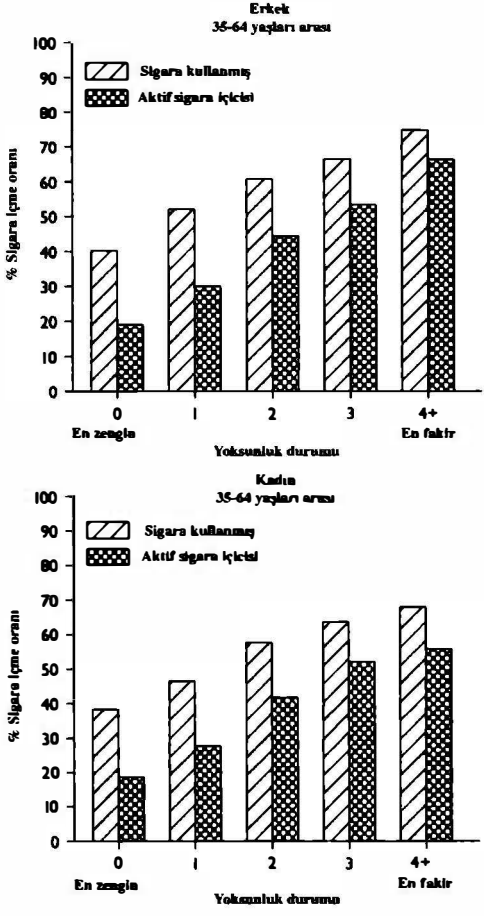
11.5 Neden yoksullar sigara içer?

Buraya kadar toplumdaki dezavantajlı kesimin yüksek oranda sigara içmeye daha meyilli, sigarayı bırakmaya daha uzak olduğu gösterildi. Bunun sonucu olarak, sigaraya bağlı hastalıklarda azalma, bu gruplarda belirgin olarak daha düşük saptandı. Sigaranın mali yükünü en zor yüklenen grup, en çok sigara içmekte ve ondan en çok çekmektedir. Nikotin hiç şüphesiz güçlü bir bağımlılık yapıcı madde, fakat bizim bunun ötesinde neden yoksulların sigaraya daha yatkın olduklarını sorgulamamız gerekmekte. Bu ilişki, daha yüksek sigaraya başlama oranları, daha güçlü hissedilen ödüllendirme etkisi (olumlu ya da olumsuz şekilde) nedenleriyle oluşan daha güçlü bağımlılık veya daha düşük motivasyon, daha yüksek bağımlılık ya da bırakmaya yardımcı olacak etkenler için daha az kaynak ayırabilme nedenlerinden dolayı terk etmedeki zorluklar ile açıklanabilir. Bu etkilerin hepsi aynı anda olabilir ve birçok değişik etken sigara bağımlısının hayatının farklı devrelerini, yoksulluğu ile olan bağlantıyı kuvvetlendirerek yönetebilir.

Düzenli bir sigara içicisi olmakla, alışkanlığını devam ettirmek arasında küçük fakat önemli bir farka dikkat edilmelidir. Sigaraya başlayıp otuz yaşından önce bırakanlar ile hiç içmemişler arasında erken ölüm açısından belirgin bir fark yoktur (Doll ve ark. 1994, 2004). Şekil 11.3'de erkek ve kadınlarda sigara kullanmış olma ve yoksunluk arasında düzenli bir eğim izlenmektedir, ancak bu eğim 35-64 yaşında düzenli sigara içicisi olma ve yoksunluk ilişkisinde izlenen grafiğe kıyasla çok daha diktir. Sonuçta, yoksul insanlar sigara içicisi olmaya daha meyilli iken bu bağlantı aktif sigara içicisi olma durumunda daha güçlüdür. Bu nedenden ötürü açıklanması gereken yoksul insanların neden sigaraya başladığından çok, neden bırakmadıklarıdır.

11.5.1 Dezavantaj ve sigaraya başlama

Sigaraya başlama ve yoksulluk seviyesi arasındaki gradyanın açıklanması zor olmamalı. Fakirlik içinde büyüyen, evlerinde anne ya da babasının %80 oranında sigara içtiği çocuklar, evin dışında da çoğu erişkinin sigara içtiği sosyal ortamları benimsiyorlar. Böylece sigara içimi doğal bir erişkin davranış modeli olarak öğreniliyor ve deneyim için gereken sigaraya da kolaylıkla ulaşılabilini-



Şekil 11.3 Yoksunluğa bağlı mevcut ve hep düzenli sigara içme oranları. (Kaynak: General Household Suney 2000-2003).

yor. Ancak buna ek olarak sigara içmek, sigara ile yürünen yolda başlangıç koşullarındansa, sosyal yönelim ile daha yakından ilişki kuran bir ölçü birimidir (Glendinning ve ark. 1994). Ulusal verilerle 1958 yılında doğan çocukların kayıtları düzenli aralıklarla takip edilmiştir (Ferri 1993). On altı yaşındaki sigara içme yüzdesi değerlendirildiğinde en zengin evlerde büyüyenlerde %24 olan bu oranın, en yoksun olanlarda %48'e yükseldiği saptanmıştır. Yedi yıl sonra 23 yaşında, ailelerinde yaşadıkları durumlar yerine kendi edindikleri sosyal kazanımlar ile yeniden değerlendirildiklerinde, yoksunluk ile olan bağlantının çok daha belirginleştiği (en yoksunlarda %80 sigara içme oranı) gözlemlenmiştir. Demek ki, bu etkenler (daha düşük okul başarısı ya da daha düşük özsaygı gibi) 16 yaşında sigara içme riskini arttırırken, aynı zamanda kişinin ilerideki hayatında sahip olacağı sosyal seviyeyi de kötüleştirebiliyor.

11.5.2 Sigarayı bırakma motivasyonu

Yoksul insanların neden sigarayı daha zor bıraktıklarını açıklayan yüzeysel ama ilginç bir hipotez, onların sigaranın sağlık üzerine etkileri konusunda daha az bilgili ve bilinçli olduklarıdır. Bu da onları bırakmak konusunda daha az azimli yapar. Bu açıdan bakıldığında, sağlık eğitimi yerine ulaşamamaktadır. Sigarayı bırakma motivasyonu, basitçe değerlendirilebilir kolay bir fikir değildir ve zamanla ya da farklı ortamlarda dalgalanmalar (doktor karşısında artarken, barda arkadaşlarla içerken azalır) gösterir. Şu ana kadar kişilere sigarayı bırakmayı ne kadar istediklerini sormak dışında pek bir şey başaramadık. Bunun cevabı bize gelecek zamanlardaki bırakma denemelerinin değerini göstermekteydi. Genel Hanehalkı Çalışmasında ifade edilen bırakma istekleri genel olarak tüm yoksunluk gruplarında benzerdi. Her gruptaki katılımcıların yaklaşık üçte ikisi bırakmak istediklerini belirtmekteydiler. Bu bilgi bize kesinlikle daha yoksul grupların zenginlere kıyasla sigarayı bırakmayı daha az istemediklerini göstermektedir.

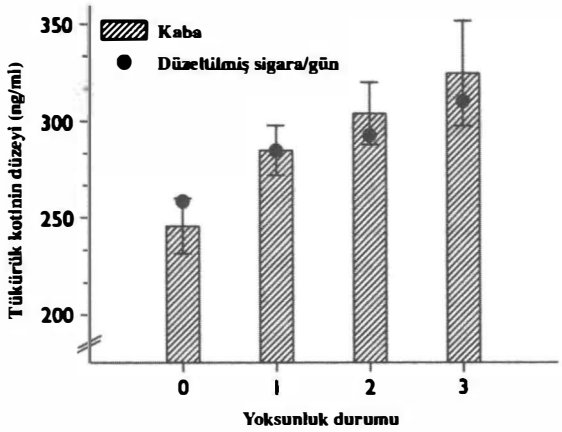
11.5.3 Nikotin bağımlılığı ve yoksunluk

Yoksulluk düzeyinin, bırakma isteğinde bir farklılık yaratmamasının aksine, nikotin bağımlılığını önemli ölçüde arttırıcı bir etken olduğu gösterilmiştir. Bu bilgi hem Genel Hanehalkı Çalışmasındaki bağımlılık göstergelerini sorgulayan anket formları (örneğin: günün ilk sigarasının içilme zamanı, bir gün sigara içilmediğinde yaşanan güçlük) ile hem de nicel sigara içimi ölçümleri ile doğrulanmıştır. Şekil 11.4'te İngiltere Sağlık Araştırmasında (Health Survey for England) (Bajekal ve ark. 2002) sigara içenlerin tükürüğündeki kotinin (toplam nikotin alımının bir göstergesi) maddesi gösterilmektedir. Artan yoksunluk ile birlikte artan miktarlarda yüksek nikotin alımı görülmektedir. En yoksunlarda, en zenginlere kıyasla ortalama %30 daha yüksek nikotin alımı mevcuttur. Yoksul kişiler daha çok nikotin alımını ya daha çok sigara içerek ya da sigaraları daha yoğun bir şekilde içerek gerçekleştirmektedirler. Siyahlarla beyazları kıyaslayan Amerika'daki benzer çalışmalar (Caraballo ve ark. 1998; PerezStable ve ark. 1998; Wagenknecht ve ark. 1990; English ve ark. 1994) ve Çek'lerde eğitim düzeyi ile sigara tüketimi arasındaki bağlantıyı gösteren (Bobak ve ark. 2000) çalışma, bu durumun büyük bir genelleme ile kabul edilebilir bir gerçek olduğunu göstermektedir.

Nikotin bağımlılığının sigarayı rahat bırakabilmek için önemli bir belirleyici olması nedeniyle, bu bulgular dezavantajlı kesimdekilerde sigarayı bırakma oranlarının daha düşük olmasının bir nedenine işaret eder. Sigaraya bağlı hastalıkların sigaranın içimi ile miktar–yanıt ilişkisi olması nedeniyle, zengin kullanıcılara kıyasla fakirlerde daha yüksek hastalık riski mevcuttur. Buradan, neden fakir sigara içicilerin daha yüksek nikotin dozuna ihtiyaç duydukları sorusu doğmaktadır.

11.5.4 Nikotin kullanımının işlevsel yönü: olumlu ve olumsuz ödüller

Nikotinin, sigara içimine temel teşkil eden olumlu ödüllendirici etkileri mevcuttur. Mutluluk veren etkisi birçok madde kadar güçlü olmasa da en azından bazı sigaralar için kullanıcılar tarafından belirtilmiştir (Pomerleau ve Pomerleau 1992). Aynı zamanda hayatı ödülden yoksun birçok kişi için bu daha değerlidir. Her ne kadar bu hipotezi destekleyecek kanıt bulmak zor olsa da, bu durum bu hipotezden uzaklaşmamızı gerektirmemektedir.



Şekil. 11.4 İngiltere'de erişkin sigara içicilerindeki tükürük kotinini ve yoksunluk (Kaynak: Health Survey for England 2001).

Sigaraya alternatif işlevsel bir bakış açısı da sigaranın kişinin kendi kendini tedavi etmek için kullandığı bir ilaç olarak görülmesidir. Sigara içmek ruhu iyileştiren, stresle savaşta yardımcı ve bizi maddi yoksunluğa sokan tüm sorunlar ile başa çıkmak için bir destek olarak görülmektedir. Bu bilgi sigaranın sakinleştirici etkisini aktaran sigara kullananların kendi notlarında da doğrulanmaktadır. Bu notlarda yoksul kadınlar, sigara içmenin kendileri için yaptıkları tek şey olduğunu ve yoksulluk içinde çocuk yetiştirmenin zorluğunu yaşarken, kendilerine bir alan açtığını belirtmişlerdir (Graham 1994). Bu durum, Birinci Dünya Savaşında askerlerin siperlerdeki ağır şartlarla baş etmek için sigara talep ettiklerini hatırlatmaktadır.

Sigarayı kendi kendine tedavi edici bir ilaç olarak görme yaklaşımı ilginç olsa da, pek çok temel eleştiri almıştır. Bunların en ciddisi nikotinin bir ilaç olarak yapısıdır. Farmakolojik açıdan amfetamin benzeri ilaçlar gibi, nikotin, bir uyarıcıdır. Sakinleştirici etkisini ise, eğer varsa, hayvan ya da insan modellerinde göstermek oldukça güçtür. Sigara içmek, uyarıcı etkilerinden çok yatıştırıcı etkileri ile bağdaştırılır ama nikotin yoksunluğundan kaynaklı rahatsızlıkları gidermek dışında bir yatıştırıcı etkisi olduğuna dair iyi bir kanıt bulunmamaktadır (Schoenborn ve Horm 1993; Anda ve ark. 1990). Sigara kullananların belirttikleri rahatlatıcı etki, nikotin yoksunluğu sonrasındaki sigara içimenin etkisine işater ediyor

olabilir. Yoksunluk bulgularının başlaması hızlıdır, bazen son sigaradan itibaren bir-iki saat sürer, ama bütün gece uyku sırasında çekilen yoksunluktan sonra mutlaka ortaya çıkar. Gün boyunca stres durumundaki değişikliklerde sigaranın ruhu iyileştirici etkisinin, yalnızca günün başındaki yoksunluk halini düzeltmek olduğu, başka hiçbir kesin yararının olmadığı düşünülmektedir (Parrott 1995).

Sigara bırakma yöntemlerini inceleyen çalışmalar, başarılı olanların algılanan stres düzeylerini arttırmadıklarını, bilakis azalttıklarını tespit etmişlerdir. Bu durum da, sigara içmenin aslında stresi azaltmaktan çok stres yaratıcı bir durum olabileceği fikri ile uyumludur (Cohen ve Lichtenstein 1990).

11.5.5 Sigaranın bırakılması özellikle yoksul kişiler için zor olabilir

Eğer yoksullar için sigaranın niçin daha ödüllendirici olabileceğine dair kesin nedenler bulmak zor ise, işte onların sigarayı bırakmasını güçleştiren etkenlerden bazıları: Yoksul kişiler sigarayı bırakmak için bir denemede bulunmak isteseler de yüksek nikotin bağımlılıkları bu istemlerinin ve başarılarının önünde bir engel oluşturmaktadır. Yoksulların hayatı daha sigaralı bir ortamda geçer ve yüksek olasılıkla eşleri sigara içmektedir ki, bu durum başarı şanslarını düşürmektedir (Jarvis 1997).

Sigara içenlerin bırakmalarının ne kadar zor olduğunu takdir etmek çok önemlidir. Ciddi yardımsız bir denemede, bir yıllık başarı oranı %1'den daha yüksek değildir (Jarvis 1997; Cohen ve ark. 1989). Sigara kullanıcılarının sigarayı bırakmak için bir denemeye hazırlanırken, orta ve uzun dönemli düşünerek kendilerini, işler yoluna girmeden önce, haftalar sürecek nikotin yoksunluğuna bağlı rahatsızlık hissine hazırlamaları gerekmektedir. Kısa vadeli haz ihtiyacının ve yoksunluk hissinin giderilmesi pahasına, tüketime yönelik gelirde, sağlıkta ve genel iyilik hissinde uzun vadeli kazanımlardan vazgeçilmesi herkes için zor olsa da, özellikle hayatları stres ve sorun dolu olanlar için çok daha zordur. Bağımlılığın ya da ekonominin mantığı, kazanmak ve bir sonraki paketin alınmasını emretmektir.

11.6 Sigara bırakmayı özendiren politika önermeleri

Genel olarak, sigara içimi ile yoksulluk arasındaki etkileşimi azaltacak iki çeşit yaklaşım tanımlanabilir. Konut, eğitim ve iş imkânlarında sağlanacak gelişmeler ile fazla sigara içmenin altında yatan sosyal durumları hedeflemek amaçlanabilir. Bu yöndeki büyük ilerlemeler ile şüphesiz sigara içme yüzdeleri azalırken, daha geniş bir açıdan, sağlıklı beslenme gibi diğer arzulanan sağlık davranışları da oluşacaktır. Fakat bu tür değişimleri elde etmek kolay değildir ve birçok devlet politikası daha kestirme yollardan çözüme ulaştıran yöntemleri tercih etmektedir.

Geçtiğimiz on yıl ya da daha önceki sigara içimini azaltma politikaları, genel ortalamada düşüş sağlamış olsa da çelişkili bir şekilde sağlık eşitsizliklerini arttırmıştır. Politikaların ana prensipleri, halkın bırakma isteğini arttıran (halka açık yerlerde sigara içme yasağı ve sınırlandırmaları) ve sağlık eğitimi kampanyaları olmuştur. Bağımlılığa daha az önem verilmiştir. Fiyat artışı ile tüketimi azaltmada etkili olunsa da, kişisel giderlerinin en büyük dilimini tütün harcamasının oluşturduğu yoksullar üzerindeki etkilerinde belirsizlikler mevcuttur (Marsh ve McKay 1994). Bazı ekonomistler, fakir sigara içicilerinin de artan fiyatlara zenginler gibi yanıt verdiklerini düşünseler de (Townsend ve ark. 1994), diğerleri bu konuda çok da emin değil. Yoksul kesimde gözlenen çok düşük bırakma oranları, fiyatın onlar için bırakmaya teşvik edici, etkili bir etken olması fikriyle bağlantısızdır. Fiyat artışı, fakir kesimi daha düşük fiyatlı markalara geçiş yapmaya itmektedir (Jarvis 1998). Tamamen bırakmak yerine kendi sigaralarını sarıp, içeceği sigara miktarını azaltmak yoluna gitmişlerdir. Sigara bağımlısı nikotin eksikliğini giderebilmek için daha yoğun içeceğinden, sigara tüketimini azaltmak ile sigaraya bağlı hastalık oluşma riskini azaltmada başarı sağlanamamaktadır.

Topluma açık yerlerde ve işyerlerinde sigara içiminin kısıtlanması, sigaranın sosyal olarak kabul edilebilirliği konusunda açık mesajlar içermekte, sigara içmeyenleri dumandan korumakta ve sigarayı bırakma isteğini arttırmaktadır. Yasaklar yakın zamanda İrlanda, İtalya, Norveç, Yeni Zelanda'da büyük bir kabul ve başarı ile uygulandılar. İskoçya'da da tam bir yasak getirilmesinin çalışmalarına başlandı. Oysa İngiltere'de devlet, yemek servisi yapmayan pubları ve özel kulüpleri kapsam dışı tutacak kısmi bir yasaklama planlamakta (White Paper 2004). Sadece içki servis eden barlar belirgin olarak yoksul bölgelerde bulunuyor. Kısmi bir yasa, zenginleri tütün maruziyetinden koruyup, sigara kültürünü komşu fakirlere bırakarak, sağlık eşitsizliklerinde artışa neden olma riski taşır.

Müdahaleye açık görünen bir diğer anahtar nokta ise nikotin bağımlılığıdır. Nikotin yerine koyma tedavisinin (NRT) ve bupropionun (Zyban) sigarayı bırakmada gerekli ve maliyet etkin bir yardım olduğu gösterilmiştir (Cromwell ve ark. 1997; Buck ve ark. 1997). NRT hem kısa hem de yoğun tedavi seçenekleri ile başarı yüzdelerini iki kat arttırmış (Silagy ve ark. 2000) ve başarısını klinik çalışmalarda da sürdürmüştür (Shiftman ve ark. 1998). NRT ve bupropion özellikle bağımlılık problemini hedef almaktadırlar. Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (The National Institute for Clinical Excellence) 2002 yılında bu ürünleri ödüllendirmiş ve her ikisinin de birincil tedaviler olarak sağlık sisteminde ödenmesini önermiştir (National Institute for Clinical Excellence 2002). Şimdi, sigarayı bıraktırma servisleri (davranış desteği ve farmakolojik yardım) tüm ülkede sağlık sistemi tarafından karşılanmaktadır ve fakir sigara içicileri de hiçbir ödeme yapmadan ulaşarak, etkili tedaviyi edinebilmektedirler. Bu servislerin hem fakir hem de

zengin için kolay erişilebilirliğinin devamının sağlanması en önemli konudur.

Yoksul sigara kullanıcıları için yüksek sigara bırakma olanları sorgulanabilir düzeydeyse, alternatif ya da tamamlayıcı bir yaklaşım, sigara içimini daha az zararlı hale getirebilecek, ürün değişimi alanında yeni inisiyatifler almak olabilir. NRT gibi nikotin eksikliğinin giderilmesinde yeni formlar ve tütün endüstrisinden beklenen farklı ürünler (Sutherland ve ark. 1993) yeni ve önemli bir politika olarak sigaranın zararını azaltmaya odaklanmaktadırlar (Warner ve ark. 1997; Bates ve ark. 1999; Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group 2002). İnsanların sigarayı nikotin için içtiği bilinmektedir, fakat sigaranın zararının daha büyük bir kısmını, başta katran olmak üzere, diğer bileşenler oluşturmaktadır. Sigara içmek, kirli bir şırınga ile ilaç enjekte etmeye benzetilebilir. Pazarın nikotin sağlayan daha güvenli formların bulunmasına yöneltilmesi, Avrupa'da en az erkek sigara içme (%20'nin altı) ve en düşük akciğer kanseri oranına sahip ülke olan İsveç'te ortaya çıkmıştır. Fakat İsveç'te de tütün bağımlılığı az değildir, erişkin erkeklerin %20'si nikotin teminini sigaradan daha güvenli bir şekilde tütün çiğneyerek sağlamaktadırlar (Bolinder 1997; Bates ve ark. 2003).

Mevcut sigara kontrol politikalarının detaylı düşünülmeden yoğunlaştırılması ile sigara prevalansı azalmaya devam etse de, sağlık eşitsizliklerinin daha da artması riski taşınmaktadır.

Kaynaklar

Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A., and Remington, P.L. (1990). Depression and the dynamics of smoking: a national perspective. *Journal of the American Medical Association,* **264,** 1541-5.

Bajekal, M., Primatesta, P., and Prior, G. (2002) *Health Survey for England 2001.* The Stationery Office, London.

Bates, C., Fagerstrom, K., Jarvis, M.J., Kunze, M., McNeill, A., and Ramstrom, L. (2003). European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health. *Tobacco Control,* **12,** 360-7.

Bates, C., McNeill, A., Jarvis, M., and Gray, N. (1999). The future of tobacco product regulation and labeling in Europe: implications for the forthcoming European Union directive. *Tobacco Control,* **8,**225-35.

Bobak, M., Jarvis, M., Skpodova, Z., and Marmot, M. (2000). Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tobacco Control, 9,* 310-12. Bolinder, G. (1997). Smokeless tobacco a less harmful alternative? In: *The tobacco epidemic,* Vol. 28 (ed.

C.T. Bolliger and K.O. Fagerstrom). Karger, Basel. Bridgwood, A. and Malbon, G. (1995) *Survey of the physical health of prisoners.* HMSO, London.

Buck, D., Godfrey, C., Parrott, S., and Raw, M. (1997) *Cost effectiveness of smoking cessation interventions.* Centre for Health Economics and Health Education Authority, York.

Caraballo, R.S., Giovino, G.A., Pechacek, T.F., Mowery, P.D., Richter, PA., Strauss, W.J., *et al.* (1998). Racial and ethnic differences in serum cotinine levels of cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association,* **280,**135-9.

Carstairs, V. and Morris, R. (1989). Deprivation and mortality: An alternative to social class? *Community Medicine,* **11**,210-19.

Cohen, S. and Lichtenstein, E. (1990). Perceived stress, quitting smoking, and smoking relapse. *Health Psychology, 9*,466-78.

Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Gritz, E.R., Carr, C.R., *et al.* (1989). Debunking myths about self-quitting. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist,* **44,** 1355-65.

Cromwell, J., Bartosch, W.J., Fiore, M.C., Hasselblad, V., and Baker, T. (1997). Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association,* **278,** 1759-66.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., and Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal,* **328,**1519-20.

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R., and Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal,* **309,**901-911.

Drever, F. and Whitehead, M. (eds.) (1997) *Health inequalities.* The Stationery Office, London. English, P.B.,

Eskenazi, B., and Christianson, R.E. (1994). Black-White differences in serum cotinine levels among pregnant women and subsequent effects on infant birfhweight. *American Journal of Public Health* **84,**1439-43.

Ferri, E. (ed.) (1993) *Life at 33: the fifth follow-up of the National Child Development Study.* National Children's Bureau, London.

Gill, B., Meltzer, H., Hinds, K., and Pettigrew, M. (1996) *Psychiatric morbidity among homeless people.* HMSO, London.

Glendinning, A., Shucksmith, J., and Hendry, L. (1994). Social class and adolescent smoking behaviour. *Social Science and Medicine,* **38,**1449-60.

Goldblatt, P. (ed.) (1990) *Longitudinal study: mortality and social organization.* HMSO, London.

Graham, H. (1987). Women's Smoking and Family Health. *Social Science and Medicine, 25,* 47-56.

Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking-behavior in Britain—insights from a survey of mothers. *Social Science and Medicine,* **38,**691-8.

Hughes, J.R., Hatsukami, D.K., Mitchell, J.E., and Dahlgren, L.A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry,* **143,** 993-7.

Jarvis, M.J. (1997). Patterns and predictors of unaided smoking cessation in the general population. In: *The Tobacco Epidemic, Vol.* 28 (ed. C.T. Bolliger and K.O. Fagerstrom), pp. 151-64.

Karger, Basel. Jarvis, M.J. (1998). Supermarket cigarettes: the brands that dare not speak their name. *British Medical Journal,* **316,** 929-31.

Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., and Salonen, J.T. (1997). Beer binging and mortality: Results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study. *British Medical Journal,3\5,*846-51.

Lee, A.J., Crombie, I.K., Smith, W.C.S., and Tunstall-Pedoe, H.D. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Social Science and Medicine,* **33,** 1309-12.

Makela, P., Valkonen, T., and Martelin, T. (1997). Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *British Medical Journal,* **315,**211-6.

Marsh, A. and McKay, S. (1994) *Poor smokers.* Policy Studies Institute, London.

National Institute for Clinical Excellence (2002) *Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation.* Technology Appraisal Guidance No. 39. National Institute for Clinical Excellence, London.

Parrott, A.C. (1995). Stress modulation over the day in cigarette smokers. *Addiction,* **90,** 233—14.

Perez Stable, E.J., Herrera, B., Jacob, P., and Benowitz, NX. (1998). Nicotine metabolism and intake in black and white smokers. *Journal of the American Medical Association,* **280,** 152-6.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., and Heath C, Jr. (1992). Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet,* **339,**1268-78.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., Thun, M., and Heath, C. (1994) *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics.* Oxford University Press, Oxford.

Pomerleau, C.S. and Pomerleau, O.F. (1992). Euphoriant effects of nicotine in smokers. *Psychopharmacology,* **108,** 460-5.

Royal College of Physicians Tobacco Advisory Group (2002). *Protecting Smokers, Saving Lives.* Royal College of Physicians, London.

Schoenborn, C.A. and Horm, J. (1993) *Negative moods as correlates of smoking and heavier drinking:implications for health promotion.* National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland.

Shiftman, S., Gitchell, J., Pinney, J.M., Burton, S.L., Kemper, K.E., and Lara, E.A. (1998). Public health benefit of over-the-counter nicotine medications. *Tobacco Control,* **6.**

Silagy, C, Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., and Fowler, G. (2000). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2003* (ed. T. Lancaster, C. Silagy, and D. Fullerton). Update Software, Oxford.

Smith, G.D. and Morris, J. (1994). Increasing inequalities in the health of the nation. *British MedicalJournal,* **309,** 1453-1.

Smith, J. and Harding, S. (1997). Mortality of women and men using alternative social classifications. In: *Health inequalities: decennial supplement* (ed. F. Drever and M. Whitehead). The Stationery Office, London.

Sorensen, G., Gupta, P.C., and Pednekar, M.S. (2005). Social disparities in tobacco use in Mumbai, India: the roles of occupation, education, and gender. *American Journal of Public Health, 95, ¡003—8.*

Sutherland, G., Russell, MAH., Stapleton, J.A, and Feyerabend, C. (1993). Glycerol particle cigarettes: a less harmful option for chronic smokers. *Thorax,* **48,** 385-7.

Thun, M.J., Day-Lally, C.A., Calle, E.E., Flanders, W.D., and Heath, C.W. (1995). Excess mortality among cigarette smokers: changes in a 20-year interval. *American Journal of Public Health,* **85,** 1223-30.

Townsend, J., Roderick, P., and Cooper, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: Effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal,* **309,** 923-7.

Townsend, P., Phillimore, P., and Beattie, A. (1988). *Health and deprivation: inequality and the North.*Croom Helm, London.

Wagenknecht, L.E., Cutter, G.R., Haley, N.J., Sidney, S., Manolio, T.A., Hughes, G.H. *et al.* (1990). Racial differences in serum cotinine levels among smokers in the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults Study. *American Journal of Public Health,* **80,** 1053-6.

Warner, K.E., Slade, J., and Sweanor, D.T. (1997). The emerging market for long-term nicotine maintenance. *Journal of the American Medical Association,* **278,** 1087-92.

White Paper (2004) *Choosing health—making healthy choices easier.* The Stationery Office, London.

12. Bölüm

SAĞLIKTAKİ ETNİK/IRKSAL EŞİTSİZLİKLERİN SOSYAL BELİRLENİMİ

James Y . Nazroo ve David R. Williams

12.1 Giriş

Etnik grupların sağlığa ilişkin farklılıkları, hem hastalık hem de ölüm bazında, ABD'de (Department of Health and Human Services – Sağlık ve İnsani Hizmetler Dairesi 1985; Rogers 1992; Sorlie ve ark. 1992, 1995; Rogot ve ark. 1993; Krieger ve ark. 1993; Davey Smith ve ark. 1998; Pamuk ve ark. 1998; Williams 2001), Birleşik Krallık'ta (Marmot ve ark. 1984; Rudat 1994; Harding ve Maxwell 1997; Nazroo 1997a,b, 2001; Erens ve ark. 2001), Latin Amerika'da (Pan American Health Organization – Tüm-Amerika Sağlık Örgütü 2001), Güney Afrika'da (Sidiropoulos ve ark. 1997), Avustralya'da (McLennan ve Madden 1999) ve diğer bazı yerlerde (Polednak 1989) tekrar tekrar belgelenmiş olmakla birlikte, bu farklılıkların altında yatan nedenler hâlen tartışmalıdır. Özellikle sosyal belirleyicilerin önemi, bilhassa da etnik azınlık gruplarının karşı karşıya kaldığı sosyal eşitsizlikler, büyük tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Kimileri, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin sağlığa ilişkin etnik farklılıklardaki payının çok az olduğunu ya da hiç olmadığını iddia ederken (Wild ve McKeigue 1997); bazıları, bunların payı varsa bile, etnik kökenin kültürel ve genetik ögelerinin de rolünün olması gerektiğini ileri sürmekte (Smaje 1996); diğerleriyse, sağlıktaki etnik farklılıklara ağırlıkla sosyo-ekonomik eşitsizliklerin neden olduğunu savunmakta (Navarro 1990; Sheldon ve Parker 1992).

Sosyal eşitsizliklerin sağlığa ilişkin etnik farklılıklardaki önemi üzerine süregelen tartışma kısmen, bu alanda deneysel bilgi edinmenin zor olmasının bir sonucu; hem araştırmanın üstlenilmesindeki zorluklar ve bazen de elde edilen verilerin kalitesizliği açısından, hem de ulaşılan verilerin yorumlanmasının güçlüğü anlamında. Örneğin annenin öğrenim durumuna göre sınıflandırılmış ve ABD'deki Siyah ve Beyaz annelere ilişkin bebek ölümü hızlarını gösteren Tablo 12.1'i ele alalım. Öğrenim düzeyinin hem Siyah hem de Beyaz kadınlardaki bebek ölüm hızını ciddi şekilde biçimlendirdiğini bu tablo bize gösteriyor, öğrenim senesi arttıkça bebek ölüm düzeyinin düştüğüne işaret ediyor. Bununla birlikte, herhangi bir öğrenim düzeyindeki ölüm hızına bakıldığında ise etnik/ırksal bir farklılık görülüyor, bebek ölümlerinin Siyah/Beyaz oranı öğrenim seviyesiy-

le birlikte artıyor. Ve de, Beyaz kadınların en dezavantajlı grubunun (lise mezunu olmayanlar) bebek ölüm hızı, Siyah kadınların en avantajlı grubununkinden (üniversite mezunları) daha düşük. Şimdi bu veriler nasıl yorumlanmalı? Başka hangi açıklama bu duruma uygun düşebilir?

Tablo 12.1 ABD'deki 20 yaş ve üstü annelere ilişkin bebek ölüm hızları, 1995

Anne eğitim durumu	Beyaz	Siyah	Beyaz/Siyah Oranı
12 yıldan az	9,9	17,3	1,74
12 yıl	6,5	14,8	2,28
13-15 yıl	5,1	12,3	2,41
16 yıl ya da daha fazla	4,2	11,4	2,71

Kaynak: Pamuk ve ark. 1998.

Birleşik Krallık'ta, sosyo-ekonomik eşitsizliklerin sağlıktaki etnik farklılıklara katkısının olmadığını öne sürerken benzer verilerden yararlanılmıştır (Marmot ve ark. 1984; Harding ve Maxwell 1997). Ancak bu gibi yorumlar, etnik azınlık gruplarının karşılaştığı sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin karmaşıklığını açıklayamamaktadır. Durum öylesine karmaşıktır ki, sosyo-ekonomik konumun sınıf veya öğrenim benzeri basit ölçütleriyle tam olarak ifade edilemez (Kaufman ve ark. 1997,1998; Nazroo 1997a, 1998). Aslında bu gibi bulgular muhtemelen şunları yansıtır:

1. Etnik/ırksal gruplarda, sosyo-ekonomik konuma dair göstergelerin kıyaslanamaz olduğu (bir üniversite mezuniyetinin sosyal anlamı, Beyaz ve Siyah kadınlar için farklıdır);

2. Sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirirken tüm hayatı göz önüne almanın önemi (marjinal grupların karşılaştığı eşitsizliğin doğasını tam anlamıyla açıklamada, kısa dönemli bir ölçüm yetersiz kalacaktır); ve

3. Sağlık üzerinde etkisi olabilecek, ırkçılık ve coğrafi ayrım gibi etnik köken/ırka dair diğer risk faktörlerini de değerlendirmenin önemi.

Verilerin sınırlılığı, hem ABD'de hem de Birleşik Krallık'ta, sağlıktaki etnik farklılıklara ve bunların sosyal ve ekonomik dezavantajlar tarafından nasıl yapılandırılabileceğine dair araştırmaları, özellikle de bu durum araştırmacılar tarafından sıklıkla göz ardı edildiğinden, büyük ölçüde engellemiştir. Genel olarak sağlık araştırmalarında eşitsizliklerin artan karmaşıklığı ortada iken, deneysel bilgi edinmedeki bu gibi zorlukların; somut bir kanıtı olmamasına ve 100 yıldan fazladır bu gibi açıklamaların altında yatan varsayımların sınırlılıklarını teşhir eden (örn. Bhopal 1997) ve temel açıklamanın muhtemeldir ki etnik azınlık gruplarının karşı karşıya kaldığı açık sosyal ve ekonomik eşitsizliklerde yattığına dair kanıtlar geliştiren (Krieger ve ark. 1993; Williams ve ark. 1994; Williams 1999; Davey Smith ve ark. 1998; Krieger 2000; Nazroo 2001; Karlsen ve Nazroo 2002a) araştırma geçmişine rağmen, kültürel klişelere ve genetik farklılık id-

dialarına dayalı kaba açıklamalarda inat edilmesine yol açtığını görmek endişe verici olmakla birlikte, galiba şaşırtıcı da değildir (Soni Raleigh ve Balarajan 1992; Gupta ve ark. 1995; Stewart ve ark. 1999).

Bu bölümde, bu sınırlamalardan bazılarının verilerin yorumlanışı üzerindeki etkilerini anlatacağız ve sağlıktaki etnik farklılıkların temel nedenlerinin sosyal ve ekonomik eşitsizlikler olduğunu ileri süreceğiz. Daha sonra, sağlıktaki etnik eşitsizliklerin sosyo-ekonomik seyrini, bu kitabın diğer bölümlerinde incelenen bu gibi eşitsizliklere getirilebilecek açıklamalarla ilişkilendireceğiz. Ve nihayet, sağlıktaki etnik farklılıkları kavramak için, ırkçılığı yeterince kavramış olmak gerektiğini ileri sürerek bitireceğiz. Ancak önce, ABD ve Birleşik Krallık örneklerinden yola çıkarak modern endüstri toplumunun etnik/ırksal yapısını ve etnik köken/ırkla bağlantılı olarak sosyal dezavantajın kapsamını tartışmakla başlayacağız.

12.2 Endüstrileşmiş ülkelerin etnik/ırksal yapısı

ABD ve Birleşik Krallık'ın (BK) Beyaz–olmayan vatandaşları tamamıyla farklı tarihsel geçmişlere ve yapıya sahiptir. Beyaz-olmayan bir miktar insan 2. Dünya Savaşı'ndan önce BK'a yerleşmişse de (çoğunlukla Londra ve batı kıyısındaki limanlara –Bristol, Cardiff, Liverpool, Glasgow– ve temelde köle ticaretine ilişkin olarak), Beyaz-olmayanların Britanya'ya göçü daha çok 2. Dünya Savaşı'ndan sonra gerçekleşmiştir. Buna, savaş sonrasındaki ekonomik patlama ve devamındaki işgücü ihtiyacı yol açmıştır. Bu ihtiyaç, Britanya Uluslar Topluluğu ülkelerince (özellikle Karayipler ve Hindistan yarımadasındaki ülkeler) karşılanabilmiştir. Buradaki "ekonomik" göçleri, BK'a girişi düzenleyen yasaların gittikçe daha kısıtlayıcı olduğu bir ortamda, eş ve çocukların ve bazen de daha yaşlı akrabaların göçü izlemiştir. Bu ülkelerden göçler zamana dengeli bir şekilde yayılmamıştır: Karayipler ve Hindistan'dan olan göç, 1950'ler ve 1960'lar boyunca gerçekleşmiş, 1960'ların başında zirve yapmıştır. Pakistan'dan büyük ölçüde 1970'lerde; Bangladeş'ten çoğunlukla 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerin başlarında; Hong Kong'dan 1980'ler ve 1990'larda göç alınmıştır. Ek olarak, 1960'ların sonlarında ve 1970'lerin başlarında Doğu Afrika'dan, daha önce Hindistan'dan Doğu Afrika'ya göçüp sonrasında sınır dışı edilmiş göçmenlerin oluşturduğu kayda değer bir göç hareketi gerçekleşmiştir. Son 10 yılda BK'a göç, birçok mülteciyi de içererek, oldukça farklı bir şekle bürünmüştür.

Bununla birlikte, bu "görünen" göçün yanı sıra, İrlanda'dan İngiltere'ye uzun bir göç tarihi mevcuttur ve bu, Karayipler ve Hindistan yarımadasından işgücü alımı sırasında sürmüştür. İngiltere'ye (ABD'ye de) İrlandalı göçünün tarihi, ekonomik göçmenlerin ve akrabalarının şartlarına ve insanın derisinin renginin nereye kadar ayırıcı bir faktör olduğuna dair önemli dersler içerir.

BK nüfus sayımında etnik kökene ilişkin veri sadece iki kez toplanmıştır,

1991'de ve 2001'de. İngiltere'nin 2001 sayımından elde edilen ve etnik kökenin oldukça kapsamlı bir değerlendirmesini içeren veri, her grup içinde İngiltere'de doğanların yüzdesinin tahminiyle birlikte Tablo 12.2'de görülebilir. Tablo 12.2, 2001 sayımında, İngiliz nüfusunun yüzde dokuzunun kendini Beyaz-olmayan etnik azınlık gruplarından birine ait, ek olarak bir yüzde dördün de kendini bir Beyaz etnik azınlık grubunun üyesi olarak tanımladığını ortaya koyuyor; gruptan gruba değişmekle birlikte, Beyaz-olmayan etnik azınlık nüfusunun yarısından azının İngiltere doğumlu olduğunu da gösteriyor, hem göç dönemini hem de üreme örüntülerini yansıtıyor.

BK'ın aksine, 1790'daki ilk sayımdan itibaren ABD nüfus sayımlarında ırksal kategoriler kullanılmıştır ve bu, ABD toplumu için ırkın merkeziliğine işaret eder (Nobles 2000; Williams 1997).

Tablo 12.2 İngiliz nüfusunun etnik bileşimi

	Sayı	Yüzde	Yüzde göçmen*
Beyaz Britanyalı	42.747.000	87	2
Beyaz İrlandalı	624.000	1,3	49
Diğer Beyaz	1.308.000	2,7	69
Siyah Karayipli (melezler dahil)	793.000	1,6	47
Siyah Afrikalı (melezler dahil)	552.000	1,1	83
Diğer Siyah	95.000	0,2	60
Hint Asyalı	1.029.000	2,1	75
Pakistanlı Asyalı	707.000	1,4	67
Bangladeşli Asyalı	275.000	0,6	87
Diğer Asyalı	238.000	0,5	88
Melez Beyaz ve Asyalı	184.000	0,4	47
Çinli	221.000	0,5	81
Diğer (diğer melezler dahil)	336.000	0,7	88

Kaynak: 2001 Census (Nüfus Sayımı)

* Health Survey for England 1999'dan tahmin edilmiştir (bkz. Erens ve ark. 2001)

ABD Anayasası'nın birinci maddesine uygun olarak, 1790 sayımında, ırkçı bir ideoloji tarafından yönlendirilen ve ırklararası bir tercih hiyerarşisini yansıtan üç ırk kategorisi kullanılmıştır: Beyazlar, Siyahlar (bir insanın beşte üçü olarak) ve "medenileşmiş Kızılderililer" (yani vergi ödeyen kesim).

Daha sonraki her ABD sayımı nüfusu ırka göre sınıflandırmış, ama hemen her sayımda da, kullanılan ırk kategorileri değişmiştir (BK'ın 1991 ve 2001 sayımları arasında etnik kategorilerde olduğu gibi). Kimi sayımlarda, ırksal sınıflama, Beyaz ve Siyah'ın çeşitli derecelerdeki ırksal harmanını tespit için kullanılmıştır; örneğin 1890 sayımında, mulatto*, quadroon* ve octoroon* kategorileri mevcuttur. ABD Anayasası'nda yapılan On üçüncü Değişiklik'le Üçte-Beş Kuralı terk edilmiş, ama Kızılderililer'in "medenileşmiş Kızılderililer" ve "ver-

* Farklı oranlarda beyaz-siyah melezleri (ç.n.)

gilendirilmeyen Kızılderililer" olarak sınıflandırılmaları, tüm Amerikalı Kızılderililer'in 1924'de Kongre tarafından ABD vatandaşı olarak kabul edilmelerine dek sürmüştür (Anderson ve Fienberg 1995).

Zamanla, yeni göçmen gruplarının takibini sağlama ihtiyacı baş gösterdikçe, yeni ırk kategorileri de eklenmiştir. Bu sayede, örneğin 1890 sayımında yeni bir kategori olarak Japonlar, 1920 sayımında Filipinli, Hindu ve Koreliler ve 1930 sayımında Meksikalılar eklenmiştir. Irksal sınıflamadaki değişiklikler böylelikle marjinal nüfus gruplarının ortaya çıkışının veya yeniden tanımlanmalarının tarihsel olarak tespitini sağlamıştır.

Amerika'nın, "bir damla kuralı"nı (bir damla Beyaz-olmayan kan, birini Beyaz-olmayan yapar) yansıtan bariz ırksal hiyerarşi ideolojisi, 1989 öncesindeki doğum istatistikleri tablolarında yer alan yeni doğanların ırk bazında nasıl sınıflandığında da açıkça görülür (National Center for Health Statistics – Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi 2003). Bir çocuğun Beyaz ırk mensubu olarak tespiti, ancak her iki ebeveyni de Beyaz ise mümkündür. Ebeveyni farklı ırklardansa ve biri Beyazsa, çocuk daima diğerinin ırkından sayılacaktır. Halbuki, iki ebeveynden biri Havaili ise, çocuk Havaili olarak sınıflanacaktır. Diğer tüm durumlarda, çocuk babasının ırkından kabul edilecektir.

1978'de federal devletin Yönetim ve Bütçe Dairesi (YBD) tarafından tespit edilen ve ırk ve etnik köken değerlendirmelerini tek tipleştirmeyi amaçlayan ilkeler (Office of Management and Budget-YBD 1978), ABD'deki ırka dair değerlendirmeleri şekillendirmeyi sürdürüyor. Bu ilkeler dört grup ırk (Beyaz, Siyah, Amerikalı Kızılderili veya Alaska Yerlisi ve Asya veya Pasifik Adalı (APA)) ve bir etnik kategori (Hispanik) tanımlıyor. 2000 yılı sayımından önce, ırksal kökenin kavramsallaştırılmasının ve ölçümünün nasıl yapılması gerektiğine dair hatırı sayılır bir tartışma mevcuttu (Evinger 1995). Teklifler üzerine uzun uzadıya düşündükten sonra, 1997'de YBD, çok az değişiklik içeren yeni ilkeleri yayınladı. En büyük yenilik, ırksal kökeni karışık olan kişilerin, kendileriyle ilintili ırk kategorilerinden istedikleri birine dâhil olmalarına izin verilmesiydi. Diğer değişikliklerden biri de, ırksal sınıflara Asyalı'dan ayrı bir kategori oluşturacak şekilde, Havai Yerlisi ve Diğer Pasifik Adalı şeklinde yeni bir tanenin daha eklenmesiydi. Terminolojideki değişiklikler "Siyah veya Afrikalı-Amerikalı" ve "Hispanik veya Latino"nun da kullanımını göz önünde bulunduruyor. Bu yeni ilkeler 2000 sayımında kullanıldı ve Federal istatistik ajanslarının tümünün 2003'le birlikte bunları kullanmaları istendi. YBD bunların sadece asgari standartlar olduğunu savunuyor, ancak az sayıda ajans onların ötesine geçebildi, diğer organizasyonlar ve araştırmacıların ırka dair değerlendirmeleri onlar tarafından şekillendirildi.

2000 yılı sayımında, ABD nüfusunun %75,1'i Beyaz, %12,3'ü Siyah, %0,9'u Amerikalı Kızılderili veya Alaska Yerlisi, % 3,6'sı Asyalı, % 0,1'i Havai Yerlisi

ve Diğer Pasifik Adalı, % 12,5'i Hispanik ve % 2,4'ü iki veya daha fazla ırka mensup idi (Grieco ve Cassidy 2001). Irksal/etnik her bir ana grubun içinde önemli düzeyde heterojenlik mevcut. Örneğin Amerikalı Kızılderili ve Alaska Yerlisi kategorisi, devlet tarafından tanınan 450'den fazla kabileden ve Alaska Yerlisi köyünden oluşuyor (Norton ve Manson 1996). Amerikalı Kızılderili kabileleri ortak bir sömürü ve zulüm geçmişini paylaşmalarına rağmen kabile kültürleri, sosyo-ekonomik şartları ve sağlık açısından büyük bir çeşitlilik gösteriyorlar. Benzer bir şekilde, Hispanik kategorisi de aynı dil, din ve gelenekleri paylaşan ama ABD'ye göçlerinin zamanlamaları, bölgesel yoğunluk, katılım deneyimleri ve sosyo-ekonomik konum ile sağlık açısından değişkenlik gösteren 25'ten fazla ulusal köken grubundan oluşuyor (Sorlie ve ark. 1993; Vega ve Amaro 1994).

ABD'deki Asyalı nüfus, her biri kendine özgü bir tarihe, kültüre ve dile sahip 28 Asya ülkesinden insan içeriyor (Lin-Fu 1993). ABD'de Asyalılar en yüksek ortalama gelir düzeyine sahiplerse de, bazı Asyalı alt grupların (Hmong, Laoslu ve Kamboçyalı gibi) ortalama gelir düzeyleri daha düşük ve yoksulluk oranları Siyahlar'dan ya da Amerikalı Kızılderililer'den daha yüksek seyrediyor (ABD Nüfus sayımı 1993). Pasifik Adalı nüfus, 25 Pasifik Adası kültüründen gelen insanlardan oluşuyor (Lin-Fu 1993). Bunların yanısıra, hem Siyah hem de Beyaz nüfusta hatırı sayılır bir kültürel ve etnik çeşitlilik mevcut. Siyahlar arasında hastalık ve ölüme ilişkin bölgesel farklılıklar saptanmış (Fang ve ark. 1997) ve göçmenlik statüsü de ABD'nin Siyah nüfusunun sağlığındaki çeşitliliğin habercilerinden biri olarak belirlenmiştir (David ve Collins 1997; Fruchter ve ark. 1985).

ABD nüfus sayımı, birçok Beyaz etnik alt grup hakkında da veri toplamakta, ancak etnik kökenin Beyaz nüfusun sağlığındaki farklılaşmalarda hangi ölçüde etkin olduğuna ABD'nin son sağlık araştırmasında pek yer verilmemektedir.

12.3 Etnik/ırksal dezavantaj-gruplar ve ülkelerin farklılık ve benzerlikleri

ABD'deki ırksal/etnik ana gruplar, demografik ve sosyo-ekonomik açıdan hayli büyük çeşitlilik arz ediyor. Bunlardan bazıları Tablo 12.3'te özetlenmiş olup şunları gösteriyor:

- Asyalılar ve Hispanikler'in göçmen oranları diğer gruplardan çok daha yüksek;
- Amerikalı Kızılderililer, Havai Yerlileri ve Hispanikler'in; Beyazlar, Asyalılar ve Siyahlar'dan daha düşük ortanca yaşlarıyla, bu grupların yaş yapıları farklılaşıyor;
- Kadının hane reisi olması hali Beyazlar ve Asyalılar'da en düşük düzeydeyken, Siyahlar'da en yüksek;

• Beyazlar ve Asyalılar'ın öğrenim düzeyleri ve idari ve profesyonel işlerde çalışan insan yüzdeleri daha yüksek ve diğer gruplara nazaran yoksulluk oranları daha düşük;

• Beyazlar'ın ev sahibi olma oranları diğer tüm ırksal/etnik gruplardan daha yüksek.

Bunlar, etnik ve ırksal azınlık gruplarının coğrafi olarak ayrımıyla da karmaşıklaşıyor ki, bu da ABD'de öne çıkan bir konu (Williams ve Collins 2001). Gerçekten de yerleşim yerlerinin ırksal ayrımı ABD'de, sosyo-ekonomik konumun Siyah-Beyaz eşitsizliklerinin üzerine inşa edildiği temeldir (Massey ve Denton 1993).

Tablo 12.3 Irk ve etnik kökene göre demografik ve sosyo-ekonomik karakteristikler, ABD, 2000

Gösterge	Beyaz	Siyah	Am. Hint/ Alaska Yerlisi	Asyalı	Yerli Hawaili/ Pasifik Adalı	Diğer ırk	Hispanik
% Hispanik	8,0	2,0	16,4	1,2	11,4	97,0	n/a
% yabancı doğumlu	3,5	6,1	5,4	68,9	19,9	43,4	40,2
Ortanca yaş	37,7	30,2	28,0	32,7	27,5	24,6	25,8
% kadın hane reisli	9,2	30,8	20,9	9,1	16,1	19,3	17,8
% beyaz yakalı	36,6	25,2	24,3	44,6	23,3	14,2	18,1
% yüksek okul +	85,5	72,3	70,9	80,4	78,3	46,8	52,4
% üniv. mezunu. +	27,0	14,3	11,5	44,1	13,8	7.3	10,4
% yoksul	8,11	24,9	25,7	12,6	17,7	24,4	22,6
% ev sahibi	71,3	46,3	55,5	53,4	45,0	40,5	48,0

Kaynak: US Census (ABD Nüfus Sayımı) 2000

Ayrım, ırkların fiziken ayrılmasını ifade etmektedir ve Siyahlar'ın yerleşim seçeneklerini en az tercih edilen yerleşim alanlarıyla sınırlamıştır. 19. yüzyıl sonları ve 20. yüzyıl başlarında ayrım en şiddetli biçimiyle, Beyazlar'ı Siyahlar'la yakın yerlerde oturmaktan korumak amacıyla, gelişmekte olan endüstriyel kent merkezlerinde ortaya çıkmıştır. Bu kanunlarla dayatılmış, en önemli ekonomik kuruluşlarca desteklenmiş, federal devletin iskan politikalarında kutsal bir yere konmuş, adalet sistemi tarafından uygulanmış ve kilise ve diğer kültürel kurumlar tarafından savunulan Beyazlar'ın üstünlüğü ideolojisince de meşrulaştırılmıştır (Cell 1982; Jaynes ve Williams 1989).

1968 Yurttaş Hakları Hareketi'nin, ikametgâh birimlerinin satış ya da kiralanmasındaki ayrımcılığı ABD'de yasadışı ilan etmesine karşın, bu konuda bariz bir ayrımcılığın ısrarla sürmekte olduğunu çalışmalar göstermektedir (Clark 1992; Fix ve Struyk 1993). Üstelik, Siyahlar daha incelikli yöntemlerle Beyazlar'ın oturduğu bölgelerde ikamet etmekten caydırılmakta ve Beyazlar, Siyah nüfusun arttığı muhitleri terk etmeye devam etmektedir (Shihadeh ve Flynn 1996; Turner 1993). Böylelikle, Afrikalı-Amerikalılar en çok entegre yerleşim alanlarını destekleseler de (Bobo ve Zubrinsky 1996), yerleşim yerine bağlı olarak dışlanmaları güçlü ve belirgin olarak aynen kalmıştır; iki bin yılı nüfus sayımı verilerinin bir analizi, ABD ulusal benzemezlik endeksinin 0,66 olduğunu göstermiştir (Glaeser ve Vig-

dor 2001); bu, yerleşim alanlarında gruplarının eşit temsilini sağlayabilmeleri için, yerleşik Siyahlar'ın %66'sının taşınmasının gerekeceği anlamına gelmektedir. Genelde 0,60'ın üzerindeki bir benzemezlik endeksi değerinin son derece yüksek bir ayrımı ifade ettiği düşünülür (Massey ve Denton 1989). ABD'de göçmen gruplarının çoğunun yerleşimde bir miktar ayrımcılığa maruz kalmasına karşın, bunlardan hiçbiri, asla günümüzde Afrikalı-Amerikalı nüfusu tanımlayan kadar yüksek düzeyde bir ayrıma tabi olarak yaşamamıştır (Massey ve Denton 1993).

Yerleşimsel ayrım, eğitim ve iş olanaklarına erişimi sınırlayarak Afrikalı-Amerikalılar'ın sosyo-ekonomik hareket kabiliyetini güdükleştirmiş ve ırka dayalı eşitsizliğin yaratılmasına ve pekiştirilmesine hizmet eden merkezi bir mekanizma olmuştur (Jaynes ve Williams 1989; Massey ve Denton 1993). ABD'de ikametgâhın yeri, öğrencilerin hangi devlet okuluna gidebileceklerini belirler; bu nedenle yerleşimsel ayrım, ilköğretim okulları ve liselerde de ciddi bir bölünmeye yol açmıştır. Milli eğitimin finansmanı yerel yönetimin kontrolünde olduğundan, belediye kaynakları o civardaki okulun kalitesini de belirlemektedir ve Siyahlar'ın bölgelerinde yoksulluğun yoğun oluşu ve buna bağlı belediye kaynaklarının azlığı, eğitim kalitesindeki ırksal farklılıkların temel bir nedenidir (Orfield 1996). ABD'de milyonlarca yoksul Beyaz olmasına rağmen, yoksul Beyaz aileler, makbul yerleşim alanlarında oturan pek çokları kanalıyla topluluk içine dağıtılma eğilimindedirler (Wilson 1987). Dolayısıyla, yoksul Beyaz öğrencilerin çoğu, öğrencilerinin büyük kısmı orta sınıf temelli olan okullara gitmektedirler (Orfield 1996). Aksine, Siyah ve Hispanik oranı yüksek olan devlet okullarında ise yoksul çocuklar baskındır.

Araştırma, yerleşimsel ayrıma dayalı kurumsal ayrımın, Siyahlar'ın iş olanaklarına erişimini şiddetle sınırlandırdığını da göstermiştir. Son yıllarda düşük vasıf gerektiren yüksek ücretli işlerin, Siyahlar'ın yoğun olarak banliyölerinde yaşadığı pek çok kentsel alandan, kitlesel bir hareketlilik içinde olduğu görülmüştür (Wilson 1987, 1996). Bazı şirketler, yeni fabrikaları açacakları ya da varolanları taşıyacakları yerlerle ilgili karar verme süreçlerinde, bölgelerin ırk yapılarını açıkça dikkate almaktadır (Cole ve Deskins 1988). Afrikalı-Amerikalılar'a ve yoğun oldukları bölgelere dair olumsuz ırksal şablonlar, bu tercihlerde önemli bir rol oynamaktadır (Kirschenman ve Neckerman 1991; Neckerman ve Kirschenman 1991).

Okuldan işe geçişte genç Afrikalı-Amerikalılar'da yerleşimsel ayrımın etkileri üzerine yapılan deneysel bir analiz, ayrımın sosyo-ekonomik hareketlilikteki ırksal farklılıkların kilit bir faktörü olduğunu belgelemiştir (Cutler ve ark. 1997). Bu çalışmayla, yerleşimsel ayrımın yok edilmesi halinde, kazanç, lise mezuniyet oranları ve işsizlikteki Siyah-Beyaz farklılıklarının ortadan kalkacağı ve bekar annelikteki ırksal farklılıkların üçte iki gibi azalacağı anlaşılmıştır. Ayrım, aynı za-

manda, sağlığı bozucu sosyal ve fiziksel çevre şartlarına da yol açmaktadır. Yüksek düzeylerdeki ayrım, Afrikalı-Amerikalılar için birçok açıdan özgün ekolojik ortamlar yaratmaktadır. Sampson ve Wilson (1995), ABD'nin en büyük 171 şehrinde, Beyazlar'ın içinde bulunduğu ekolojik koşullar arasında, yoksulluk ya da bekar ebeveynli hane oranları açısından Siyahlar'ınkiyle kıyaslanabilecek bir tanesinin bile bulunmadığını açıklamıştır. Bu araştırmacılar, "Beyazlar'ın yaşadığı en kötü kentsel şartların, Siyah toplulukların ortalama koşullarından fazlasıyla iyi olduğu" gibi çarpıcı bir sonuca varmışlardır (Sampson ve Wilson 1995).

BK'ta yerleşime göre ayrım analizlerinin daha az sayıda yapılmış olmasına rağmen, bunlar da, etnik azınlıkla Beyazlar'ın coğrafi konumları arasında belirgin farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. 1991 Nüfus sayımı analizi (Owen 1992, 1994) Beyaz-olmayan etnik azınlık nüfusunun daha fazla İngiltere'de, çoğunlukla da en kalabalık bölgelerde yoğunlaştığını göstermiştir. Temel bulgular şunlardır:

- Etnik azınlık nüfusunun yarısından fazlası, Beyaz nüfusun üçte birinden azının yaşadığı Güney Doğu İngiltere'de yaşar.
- Londra Büyükşehir yüzde 44,8 etnik azınlık nüfusuna sahiptir ve bunların ancak yüzde 10,3'ü Beyazdır.
- Diğer yerler, Batı Midlands, Batı Yorkshire ve Manchester Büyükşehir etnik azınlığın görece en yüksek yoğunluğunu gösterir.
- Yüzde 25 oranının sadece biraz üzerindeki Beyazlara kıyasla, etnik azınlığın neredeyse yüzde 70'i Londra Büyükşehir, Batı Midlands, Batı Yorkshire ve Manchester Büyükşehir'de yaşar.
- Daha küçük bölgeler dikkate alındığında farklar daha da büyür: 1991 Nüfus sayımındaki ulusal ortalama olan yüzde 5,5'e kıyasla, etnik azınlığın yarıdan fazlası, toplam etnik azınlık nüfusunun yüzde 44'ü geçtiği yerlerde yaşar.

İngiltere'de etnik azınlığın yaşadığı yerlerin incelemeleri, onların genellikle yoksun bölgelerde yaşadıklarını gösterir (Karlsen ve ark. 2002). Örneğin, Pakistanlı ve Bangladeşlilerin yüzde 81'i, Karayiplilerin yüzde 72'si ve Hintlilerin yüzde 49'u standart bölgesel yoksunluk skoruna göre, altta bulunan bölgelerde yaşamıştır.

ABD'de olduğu gibi, İngiltere'de etnik gruplar arasında da belirgin ekonomik eşitsizlikler vardır. Bunlarla ilgili bazı göstergeler Tablo 12.4'de özetlenmiştir. Tablonun ilk bölümü 16-65 yaş aralığındaki erkekler için ücretli çalışma oranlarını gösterir. Beyaz İngiliz grubu için üçte iki erkek ücretli çalışandır. Rakamlar tüm etnik azınlık grupları için (Çinliler grubu dışında) daha düşüktür, özellikle Karayip ve Pakistanlılar grubu için daha düşük oranlardadır; en düşükleri Bangladeşliler grubudur (yarısından azı ücretli çalışmadadır). Tablonun ikinci bölümü hane reislerinin mesleki sınıflarını gösterir.

Veriler Beyaz İngilizler ve Hintli hanehalkı profillerinin benzer olduğunu, Beyaz azınlık ve olasılıkla Çinli hanehalkları daha iyi konumdayken Karayipli, Pakistanlı ve özellikle Bangladeşli hanehalklarının daha kötü konumda olduğunu ileri sürmektedir. Bangladeşli beş hanehalkından dördü, el sanatlarında çalışan bir kişi tarafından idare edilmektedir. Tablo 12.4'ün üçüncü ve son kısmı genel nüfus dağılımı bazında eşitlenmiş sütunlara bölünmüş olarak tüm kaynaklardan gelen eşitlenmiş hanehalkı gelirini göstermektedir. Veriler iki Beyaz grubun eşit, Hintli ve Karayipli grupların daha kötü ve özellikle Pakistan ve Bangladeşli grupların oldukça kötü olduğunu öne sürmektedir –Pakistan grubunun üçte ikisi ve Bangladeş grubunun neredeyse yüzde doksanı en alt sütundadır. Azami gelir sütununda, Çinli grup iki Beyaz grupla eşdeğerdir, fakat en alt sütunda daha fazla hanehalkına sahip olması, Çinli grup içindeki daha büyük bir eşitsizliği akla getirmektedir.

Tablo 12.4 İngiltere'de sosyo-ekonomik göstergelerde etnik farklılıklar

	Karayipli %	Hintli %	Pakistanlı %	Bangladeşli %	Çinli %	Beyaz azınlık %	Beyaz İngiliz %
Erkek istihdam oranları, 16-65 yaş	58	69	59	4	67	72	75
Kayıtlı sınıf							
I/II	24	34	23	12	40	46	35
IIINM	19	12	10	7	16	13	14
IIIM	28	29	40	39	34	25	32
IV/V	29	26	27	42	11	16	19
Eşitlenmemiş hanehalkı geliri							
En alt üçlük	47,8	45,1	68,8	89,6	41,3	26,8	30,9
Orta üçlük	28,0	31,0	19,	5,1	22,3	30,5	35,5
En üst üçlük	24,1	23,9	11,5	5,3	36,4	42,7	33,6

Kaynak: Health Survey for England 1999 (bkz. Erens ve ark. 2001).

12.4 Sağlığın etnik örüntülenişinin heterojenliği

1999 yılındaki ölüm hızlarına dair bilgi içeren Tablo 12.5, ABD'de ırk/etnik köken ve yaşa göre ölüm örüntülenişini göstermektedir (Hoyert ve ark. 2001; Mathews ve ark. 2002). Bu, tanıdık bir örüntüdür (Sorlie ve ark. 1995). İspanyol Kökenli Olmayan Siyahların yaşlılığın başlangıcına kadarki ölüm oranları İspanyol Kökenli Olmayan Beyazların oranlarından iki kat fazladır. İhtiyarlığın ilk dönemlerinde görece hızlar azalmaya başlar. Benzer bir örüntü Amerikan Yerlileri için de geçerlidir. Fakat farklılıklar erken yaşlarda daha azdır ve yaşlılıkta İspanyol Kökenli Olmayan Beyazlarla çapraz geçiş daha belirgindir. İspanyol Kökenlilerin hızları İspanyol Kökenli Olmayan Beyazların hızlarından genellikle düşüktür, fakat farklılıklar erken yaşlarda daha azdır. Asya/Pasifik Adaları Kökenlilerin hızları İspanyol Kökenli Olmayan Beyazların hızlarından homojen bir biçimde düşüktür.

Örüntü, ırksal/etnik gruplar arasındaki deneylerde heterojenliği ortaya çıkarmaktadır. Bu grupların bazıları İspanyol Kökenli Olmayan Beyazlarla karşılaştırıldığında daha iyi durumdadırlar. Bazıları ise daha kötü durumdadır ve farklılıklar yaşam seyri boyunca çeşitlilik gösterir. Nispeten yetersiz sosyo-ekonomik koşulları göz önüne alındığında, İspanyol Kökenli Olanların durumu belki de daha dikkate değerdir.

Tablo 12.5 ABD'de ölüm hızlarındaki ırksal/etnik eşitsizlikler, 1999

	Hispanik Olmayan Beyaz	**Hispanik Olmayan Siyah**	**Hispanik Asıllı**	**Asyalı veya Pasifik Adalı**	**Yerli Amerikalı**
Bebek mortalitesi					
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	5,8	14,1	5,7	4,8	9,3
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	2,43	0,98	0,83	1,60
Genç erişkin mortalitesi					
20-24 yaşları için hız (100,000'de)	78,8	163,0	97,9	48,1	151,8
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	2,07	1,24	0,61	1,93
40-44 yaşları için hız (100,000'de)	208,0	466,2	192,8	101,7	331,9
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	2,24	0,93	0,49	1,60
60-64 yaşları için hız (100,000'de)	1225,8	2060,8	913,8	706,2	1379,3
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	1,68	0,75	0,58	1,13
Yaşlı erişkin mortalitesi					
70-74 yaşları için hız (100,000'de)	2997,8	4227,5	2115,3	1812,5	2785,7
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	1,41	0,71	0,60	0,93
80-84 yaşları için hız (100,000'de)	7546,4	8702,5	4838,3	4979,3	4770,9
Hispanik Olmayan Beyazlara karşı hız oranı	-	1,15	0,64	0,66	0,63

Kaynaklar: Hoyert ve ark. 2001; Mathews ve ark. 2002.

Bu bulguların bir ya da birden fazla 'koruyucu' İspanyol kültürünü (Frisbie ve ark. 2001); sağlık seçimini (Jasso ve ark. 2002); veya paydaların gizliliği ve payların raporlanmasındaki hatalar ile oluşan yetersiz veri kalitesini (Rosenberg ve ark. 1999) yansıttığı öne sürülmüştür. Aslında, tüm gruplar için bu ölüm oranlarının niteliğiyle bağlantılı önemli kısıtlamalar mevcuttur (Hahn 1992). ABD'de resmi olarak raporlanan ölüm hızları payı, ölüm belgelerinden gelmektedir. Ölüm belgesine ırksal durumu kaydeden cenaze işlerinden sorumlu ve diğer görevliler kendilerini Amerikan yerlisi olarak niteleyenlerin %26'sı ve Asya/Pasi-

fik adaları kökenlilerin %18'ini, farklı bir ırka ait olduklarını belirterek yanlış sınıflandırmaktadırlar. Çoğu Beyaz olarak yanlış sınıflandırılmaktadır (Sorlie ve ark. 1992). Siyahların ve Beyazların yanlış sınıflandırılması çok az görülmektedir, fakat İspanyol kökenlilerin %10'u İspanyol Kökenli Olmayanlar olarak yanlış sınıflandırılmaktadır. Paydaki bu düşük sayım, bu grupların ölüm hızlarını saklamakta ve Beyazların ölüm hızlarını hafifçe şişirmektedir.

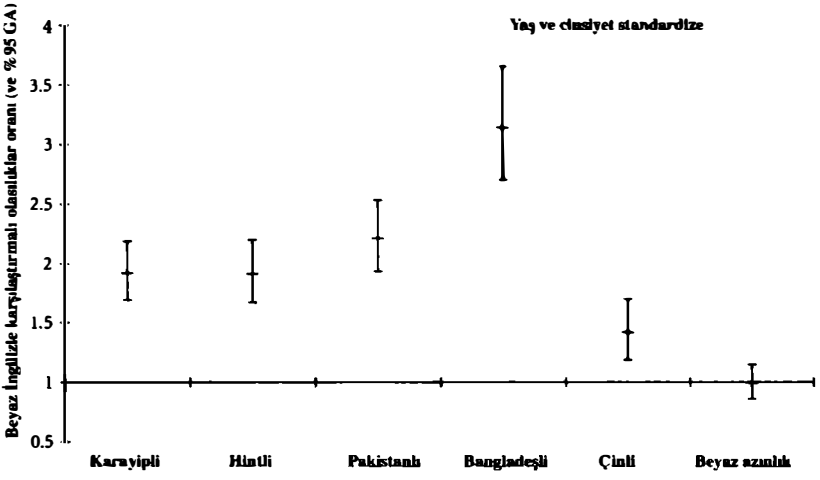
Payda sorunları ayrıca ölüm hızı istatistiklerinin kalitesini de etkileyebilir (Notes and Comments – Notlar ve Yorumlar 1994). Sayım verileri ölüm hızlarının paydalarını hesaplamak için kullanılmaktadır. Düşük sayıma sahip bir payda kullanmak, elde edilen oranı paydadaki düşük sayımın tam oranına denk gelecek kadar şişirir. Genel düşük sayım, ABD nüfusu için nispeten küçük olsa da, Beyazlara oranla Siyahlar için daha yüksektir. Bu değerlendirme demografik analize dayanır ve bu analize göre 25-64 yaş arası Siyah erkekler için 10'ar yıllık yaş gruplarının tümünün %11-13 oranında net bir sayım düşüklüğü mevcuttur (National Center for Health Statistics – Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi 1994). Böylece, bu yaş gruplarındaki Afrika Kökenli Amerikan erkeklerinin resmi olarak raporlanan hastalık ve ölüm hızlarının tümü %11–13 oranında daha yüksektir. Bazı kanıtların öne sürdüğü üzere, kendileri için ayrılmış bölgelerde ikamet eden İspanyol Kökenlilerin ve Yerlilerin düşük sayım hızları, Siyah nüfusun düşük sayımından daha da yüksektir.

Fakat ölüm hızlarındaki heterojenlik, genellikle göç, yerleşim ve sosyo-ekonomik yaşantıdaki heterojenlik ile paralellik gösterir. Bu elbette, veri toplama çabalarında grupların çeşitliliğini yansıtma gereksinimine dikkat çekmektedir, fakat aynı zamanda gruplar içindeki potansiyel etnik farklılıklardan haberdar olma ve bu farklılıklara karşı duyarlı olma gereksinimini de vurgulamaktadır (yukarıda belirtildiği üzere, tüm Pasifik Adaları Kökenlilerin veya İspanyol Kökenlilerin birbirine denk olduklarını varsayamayız). Örneğin, İspanyol Kökenli alt gruplar arasındaki farklılıklar, orta yaş, göç tarihi, coğrafi dağılım, doğurganlık ve aile örüntüleri, sağlık durumu ve ölüm hızları, gelir, eğitim seviyeleri ve mesleki dağılım olarak karşımıza çıkabilir (Sandefur ve ark. 2001).

İngiltere'de etnik gruba göre ölüm verileri mevcut değildir. Doğum yeri ölüm belgelerinde kayıtlıdır, ancak bu durum üç önemli sorunu beraberinde getirmektedir. Birinci ve en açık sorun şudur: İngiltere'de doğmuş ve yaşam tarzları epeyce farklı olabilecek etnik azınlıklardan insanların durumu yok sayılmaktadır. İkinci olarak, Britanya İmparatorluğu'nun "çöküş"ünden sonra zorunlu göç örüntüleri ve ulusal sınırların yapay inşası göz önünde bulundurulduğunda, doğum yeri gruplamalarının etnik grupları yansıtması söz konusu olmamaktadır (örn: Güney Asya ve Hindistan'da doğmuş olanların heterojenliği, Karayipler'den Britanya'ya göç etmiş geniş Güney Asya nüfusu). Üçüncü olarak ise,

Britanya sömürge geçmişinin ifade ettiği anlam olarak, önemli sayıda Beyaz insan eski sömürgelerde doğmuş ve İkinci Dünya Savaşı'nın ardından tekrar Britanya'ya göç etmiştir. ABD'ye gelecek olursak, payda, bazı etnik grupların önemli ölçüde düşük sayım kanıtı kullanılarak sayım verileri üzerinden hesaplanır.

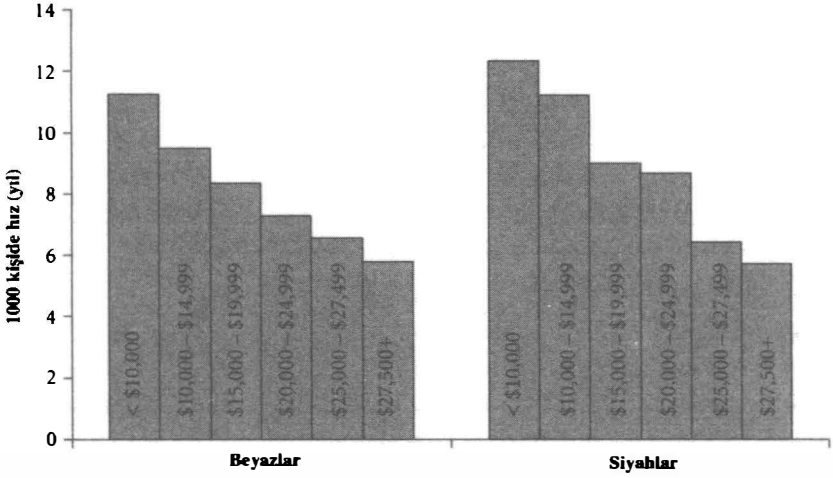
Birleşik Krallık, etnik köken bazında ölüm oranı verilerine sahip olmasa da, son on yıl içinde hastalık oranındaki etnik farklılıklara yönelik verilerde bir artış meydana gelmiştir. Şekil 12.1, İngiltere Sağlık Araştırması'ndan alınmıştır (Erens ve ark. 2001), etnik gruplar arasında kendiliğinden raporlanan sağlık durumundaki farklılıkları gösterir. Beyaz İngilizlerden oluşan bir grup ile karşılaştırmalı olarak, sağlığı iyi veya kötü şeklinde raporlamak için eşitsizlik oranlarını ve %95 güven aralıklarını çizelge ile gösterir. Etnik gruplararası eylemlerdeki heterojenlik hemen göze çarpmaktadır. En çok dikkat çeken ise Hindistan, Pakistan ve Bangladeş olmak üzere üç Güney Asya grubunun geniş çeşitliliğidir. Bu gruplar İngiliz verilerinde tipik olarak tek ve aynı etnik grup olarak gösterilmektedir (McKeigue ve ark. 1988; Gupta ve ark. 1995). Yine aynı şekilde, İngiltere'deki etnik azınlık grupları arasında sağlık koşullarındaki çeşitlilik, daha önce de belirtildiği gibi göç geçmişi, İngiltere'de yerleşim tarzları ve ekonomik koşullar arasındaki farklılıklarla paralellik göstermektedir.



Şekil. 12.1 İngiltere'de raporlanan iyi veya kötü genel sağlıktaki etnik farklılıklar. Kaynak: İngiltere Sağlık Araştırması 1999; bkz Erens ve ark. 2001.

12.5 Etnik gruplar içinde ve arasında sağlığın sosyo-ekonomik örüntülenişi

Şu anda çok açık bir şekilde görülmektedir ki, sanayileşmiş ülkelerdeki etnik gruplar içinde sağlığın sosyo-ekonomik örüntülenişi mevcuttur. Şekil 12.2, ABD MRFIT çalışmasının 16 yıllık izleme döneminde tüm nedenlere bağlı ölüm hızlarını göstermektedir. Bu çalışma deneklerin ikamet alanlarındaki ortalama gelire göre katmanlaştırılmıştır (Davey Smith ve ark. 1998). Şekil, Beyazlar ve Siyahlar için çok açık bir değişimi gözler önüne serer ki, bu değişim her iki grup için de benzerlik gösterir. Sağlık alanındaki sosyo-ekonomik eşitsizlik derecesi hem Siyahlar hem de Beyazlar için azami ve asgari gelir grupları arasındaki ölüm hızlarının çift taraflı farklılığıyla gösterilir. Tablo 12.6 morbidite, kendiliğinden raporlanan iyi veya kötü sağlık durumunu ve Siyah, İspanyol Kökenli ve Beyaz erkek ve kadınların gelir düzeyi için bir belirteci göstermektedir. Yine, tüm gruplar için benzer olan açık bir değişim söz konusudur.



Şekil 12.2 Yaşanılan yerdeki ortanca aile gelirine göre ABD'deki ölüm hızı.
Kaynak: MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial – Çoklu Risk Faktörlü Müdahale Denemesi Verileri.)

Tablo 12.6 Irk veya gelir bazında, iyi veya kötü sağlık koşullarını rapor eden erkek ve kadınların yüzdesi, ABD, 1995

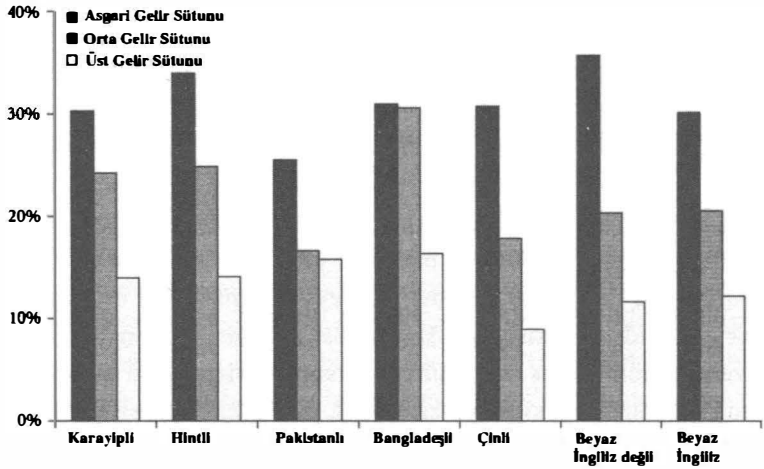
Hanehalkı geliri	Erkekler			Kadınlar		
	Beyazlar	Siyahlar	İspanyol Kökenliler	Beyazlar	Siyahlar	İspanyol Kökenliler
Yoksul	30,5	37,4	26,9	30,2	38,2	30,4
Yoksulluğa yakın	21,3	22,6	19,2	17,9	26,1	24,3
Orta gelirli	9,3	13,1	11,9	9,2	14,6	13,5
Yüksek gelirli	4,2	5,0	4,8	5,8	9,2	7.0

Yoksul = federal yoksulluk seviyesinin altında; yoksulluğa yakın = yoksulluk seviyesinin iki katından daha az; orta gelirli = yoksulluk seviyesinin iki katından fazla fakat 50.000 dolardan daha az, yüksek gelirli = 50.000 dolar veya daha fazla

Kaynak: Pamuk ve ark. 1998.

Şekil 12.3 İngiltere Sağlık Araştırması'ndan veriler içermektedir ve bu veriler gelire göre toplumsal sınıflara ayrılmış etnik grupların her biri ile etnik kökene göre iyi veya kötü sağlık koşullarını raporlama hızlarını göstermektedir (eşitlenmiş sütunlar) (Nazroo 2003). ABD verilerine gelince, Şekil 12.3 raporlanan genel sağlık ve her bir etnik grubun ekonomik durumu arasındaki açık ilişkiyi göstermektedir. Burada önemli olan hem ABD hem de İngiltere'nin verilerinin geniş etnik gruplar içindeki heterojenliğe dikkat çekiyor olmalarıdır. Örneğin Siyah Amerikalıların sağlık açısından homojen bir biçimde dezavantajlı olduklarını, daha iyi sosyo-ekonomik koşullarda yaşayanların daha sağlıklı olduklarını düşünmek yanıltıcı olabilir. Siyah Amerikalı, Bangladeşli vs. olmak ve daha yüksek hastalık ve ölüm riski taşımak arasında kaçınılmaz veya kendiliğinden var olan bir bağlantı yoktur.

Ancak şekiller aynı zamanda sosyo-ekonomik etkilerin sağlık alanındaki etnik eşitsizlikleri açıklama olasılığını arttırmaktadır. Örneğin Şekil 12.3 azami ve asgari gelirli gruplarını göstermektedir. Bangladeş grubundakilerin iyi ya da kötü sağlık durumunu rapor etmesi, Beyaz İngiliz grubundakilerden daha olasıdır. Aynı durum Şekil 12.2'deki gelir gruplarının çoğu için Siyah ve Beyaz kişiler arasındaki farklılıklar için de geçerlidir ve Tablo 12.6'daki özellikle Siyah ve Beyaz kadınlar ve İspanyol Kökenli kadınların azami ve orta düzeyde gelir grupları için de belirgindir. Bu, sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık alanında eşitsizliklere yol açmadığını ileri sürse de, gruplar, özellikle de etnik gruplar arasında kar-



Şekil 12.3 İngiltere'de etnik grup ve gelir üçlüğüne göre iyi veya kötü sağlık durumu bildirimi.

şılaştırmalar yaparken sosyo-ekonomik konumu standartlaştırma işleminin ilk bakışta görülebileceği kadar basit olmadığının farkına varmak önemlidir.

Kaufman ve ark. (1997, 1998) şu noktaya dikkat çekmiştir: Standartlaştırma işlemi, kesitsel nüfus çalışmalarında kullanılan rastgele olmayan örnek niteliğiyle ilgilenmek üzere yapılan etkili bir girişimdir. Bu çalışmalar, ilgili tüm 'dıştan gelen' açıklayıcı faktörlerin rastgele sıralama *görünüşünü* sunmasını denetler. Fakat 'kontroller' ekleyerek kesitsel çalışmaları rastgele sıralamaya kalkma girişimi beraberinde birtakım sorunlar da getirmektedir. Bu sorunlar Kaufman ve ark. tarafından şu şekilde özetlenmiştir:

Sosyo-ekonomik maruziyetleri dikkate aldığımız ve ırksal/etnik gruplar arasında karşılaştırmalar yaptığımızda, çeşitli sosyo-ekonomik ve ırksal/etnik grupların maddi, davranışsal ve psikolojik koşulları birbirinden o kadar farklıdır ki, hiçbir gerçekçi ayarlama makul bir biçimde rastgele sıralamanın benzetimini yapamaz (Kaufman ve ark. 1998, s. 147).

Table 12.7 İngiltere'deki mesleki sınıflar dahilinde gelirlerdeki etnik çeşitlilikler

Nüfus Müdürlüğü'nün sınıfları bazında ortalama gelir*	Beyazlar	Hintli veya Afrikalı Asyalı	Pakistanlı veya Bangladeşli	Karayipli
I/II	250	210	125	210
IIINM	185	135	95	145
HIM	160	120	70	145
IV/V	130	110	65	120

* Eşitlenmiş ortalama hanehalkı gelirine dayanır. Bu hesaplamayı yapmak için en yakın 5'e yuvarlanarak her grubun ortalama noktası kullanılmıştır.

İngiltere'deki Dördüncü Ulusal Etnik Azınlıklar Araştırması'nın bulguları da bu noktayı açıkça göstermektedir. Tablo 12.7'nin ilk bölümü etnik gruba göre belirli sınıflar içindeki bireyler için eşitlenmiş ortalama hanehalkı gelirini göstermektedir. Her bir etnik grup mesleki sınıfa göre beklenen gelir değişimini gösterir. Fakat karşılaştırmalar etnik gruplar arasında yapıldığında, tablonun gösterdiği üzere her bir mesleki sınıf içinde, Karayipli, Hindistanlı veya Afrikalı ve Asyalı insanların benzer yerlerde oldukları görülmektedir. Oysa Beyazlar onlardan daha iyi, Pakistanlı veya Bangladeşli insanlar ise daha kötü yaşam koşullarına sahiptir. Aslında Beyaz ve Pakistanlı veya Bangladeşli grupları karşılaştırmak şunu göstermektedir ki, her bir mesleki sınıf içinde, Pakistanlı veya Bangladeşli gruba ait olanlar Beyazların gelirinin ortalama yarısına sahiptirler ve 1. veya 2. sınıf Pakistanlı ya da Bangladeşli insanlar 4. veya 5. sınıf Beyaz insanların gelirine denk bir gelir elde etmektedirler. Bu da göstermektedir ki, sosyo-ekonomik konumu düzeltmek için Nüfus Müdürlüğü'nün sınıfı gibi bir ölçüt kullanmak, bu gösterge etnik gruplar içindeki sosyo-ekonomik farklılıkları yansıtıyor olsa bile, etnik gruplar arasında karşılaştırmalar yapmak için yeterli değildir.

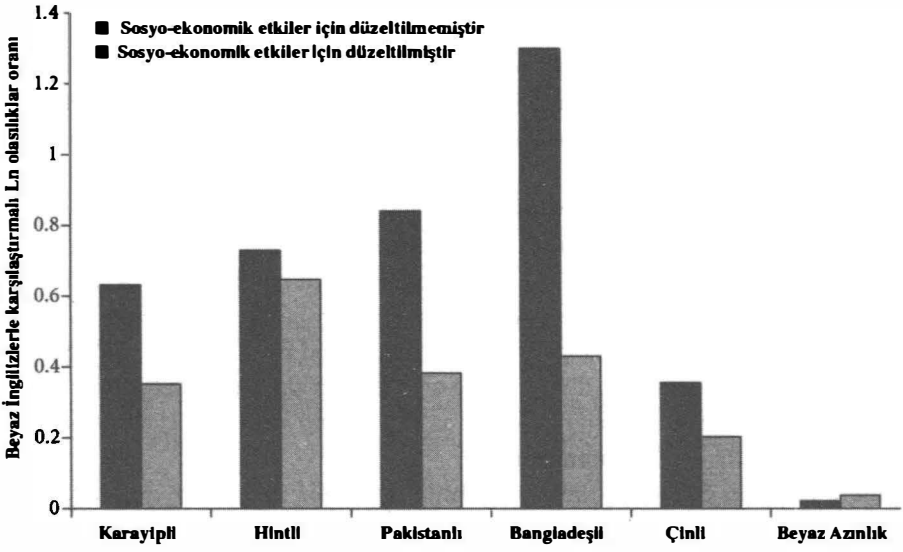
Benzer bulgular ABD'de de rapor edilmiştir (Lillie-Blanton ve Laveist 1994; Williams ve ark. 1994). Örneğin, eğitim kalitesinde, belirli bir eğitim veya mesleki konum için gelir beyannamelerinde, belirli seviyedeki gelirle ilişkili refah ya da mal varlığında, gelirin satın alma gücünde, istihdam istikrarında ve mesleki konumla ilişkili sağlık risklerinde ırksal farklılıklar mevcuttur (Williams ve Collins 1995). Buna benzer olarak Oliver ve Shapiro'nun (1995) raporuna göre mesleki gruplar içinde, Beyazlar Siyahlardan daha fazla gelire sahiptirler. Yoksulluk seviyesinin altında olanlar arasında ise, Siyahların yaşamlarını bu şekilde sürdürme olasılıkları Beyazlara göre daha yüksektir ve gelir sınıfı içinde, Siyahlar Beyazlarınkinden çok daha düşük bir refah düzeyine sahiptir ve ev sahibi olabilmeleri pek ihtimal dahilinde değildir. ABD'de anne eğitimi bazında bebek ölümlerine dair verileri gösteren Tablo 12.1'deki benzerlikler çarpıcıdır.

O zaman genel sonuç olarak şunu söyleyebiliriz ki, sosyo-ekonomik konumun tek ya da basit göstergelerini kullanmak, "sosyo-ekonomik olmayan" etnik/ırk etkisinin derecesini açıklama girişiminde bulunulduğunda, sosyo-ekonomik konumun etkisini "kontrol etme" konusunda pek yararlı olmaz. Belirli bir sosyo-ekonomik gösterge seviyesi içinde, Birleşik Krallık ve ABD'deki etnik azınlıkların içinde bulundukları sosyal koşullar, Beyazların sahip olduğu koşullar kadar iyi değildir. Bunun sonucunda, etnik gruplar arasında karşılaştırmalar yaparken sosyo-ekonomik etkileri düzeltme girişimlerinde bulunan yaklaşımlarla ilgili iki sorun ortaya çıkmaktadır. Birinci sorun şudur: Eğer sosyo-ekonomik konum, yalnız etnik köken ve sağlık arasındaki 'gerçek' ilişkiyi açıklamak üzere kontrol edilmesi gereken karışıklığa neden olacak bir etken olarak kabul edilirse, kontroller uygulandığı zaman veriler sunulacak ve yorumlanacaktır. Bunun sonucunda sosyo-ekonomik etkenlerin etkisi görünmez hale gelecek ve etnik azınlıkların sağlığını belirlemedeki açıklayıcı rolleri kaybolacaktır. İkinci sorun şudur ki, "standartlaştırılmış" verilerin sunumları Kaufman ve ark. (1997,1998) ve Nazroo (1997a, 1998) tarafından ana hatlarıyla belirtilen ve Tablo 12.7'de gösterilen buna benzer verilerle ilgili sorunların göz ardı edilmesine izin verir. Böylece geriye kalan her şeyin "etnik/ırk" etkisi, yani kültürel veya genetik olduğunu varsaymayı, hem yazara hem de okuyucuya bırakır.

Ancak yine de bu uyarılar dikkate alınırsa, sosyo-ekonomik etkileri denetleme girişimi bir takım faydalar doğurabilir. Özellikle sosyo-ekonomik etkilerin denetimi sağlık alanındaki etnik eşitsizliklerin örüntüsünü değiştirirse, kullanılan göstergelerin kısıtlamalarına rağmen en azından ortaya çıkarmış olduğumuz bazı farklılıkların sosyo-ekonomik etkinin bir sonucu olduğu çıkarımına varabiliriz.

Bu sonuçlar, 1999 İngiltere Sağlık Araştırması'ndan elde edilen verileri kullanan Şekil 12.4'te desteklenmektedir. Bunun amacı Beyaz İngilizlerle karşılaştırılan etnik azınlık grupları için iyi veya kötü sağlık koşullarını raporlama eşit-

sizliklerindeki değişiklikleri, verilerin çeşitli sosyo-ekonomik etkenler için standartlaştırılmasından önce ve sonra göstermektir. Düzeltilen ve düzeltilmeyen şekillerin karşılaştırılması çoğu etnik grup için eşitsizlik oranlarında bariz ve büyük çapta bir düşüşü gösterir (eşitsizlik değişimlerinin boyutunda tam bir görsel izlenim vermek için, Beyaz İngilizlerle karşılaştırılan eşitsizlik oranlarının doğal logaritması kullanılır). Beyaz azınlık grupları (ağırlıklı olarak İrlandalılar) ve Hintli gruplar istisnaları oluşturur. İngiltere'de yapılan Dördüncü Ulusal Araştırma'dan elde edilen verileri kullandığı gösterilerek işlem, çıktılar genelinde tekrarlanırsa bu izlenim güçlenir (Nazroo 2001, 2003).



Şekil 12.3 Sosyo-ekonomik etkilere göre ayarlandıktan sonra; Beyaz İngilizlerle kıyaslandığında iyi ya da kötü sağlık bildiriminin (Ln) olasılıklar oranında düşüşü. Kaynak: İngiltere için Sağlık Araştırması 1999; bkz. Erens ve ark. 2001.

ABD verilerine dönecek olursak, Davey Smith ve ark. (1998) şunu göstermiştir ki, ikamet yerinde ortalama hanehalkı gelirini standartlaştırma, Beyazlarla karşılaştırıldığında tüm nedenlere bağlı ölümün göreceli riskini Siyahlar için 1,47'den 1,19'a düşürür. Bunun tersine, Siyah-Beyaz mortalite farklılığını çok sayıda tıbbi risk etkeni (diyastolik kan basıncı, serum kolesterolü, sigara içme, var olan diyabet ve koroner kalp hastalığı için önceki hastane tedavisi) için düzeltmek, göreceli riski yalnızca 1,47'den 1,40'a indirir (Davey Smith ve ark. 1998). Bu da gösteriyor ki, ikamet yerinin gelirine göre endekslendiği üzere sosyo-ekonomik konum, Siyahlar ile Beyazlar arasındaki mortalite farklarında sigara içmek ve diyet gibi (diyetin serum kolesterolü ve kan basıncını etkilediği dereceye kadar) davranışsal faktörlerden ve biyolojik risk belirteçlerinden çok da-

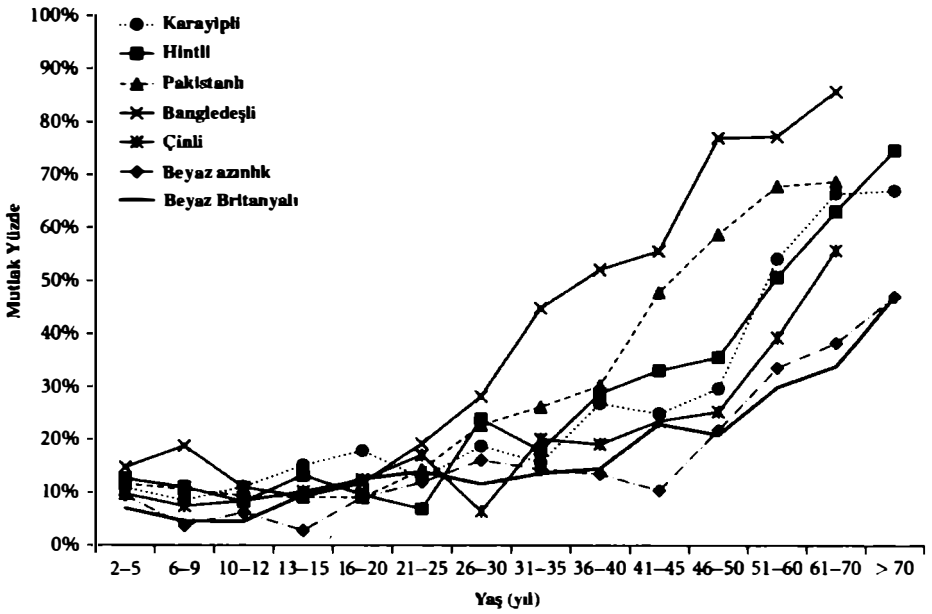
ha önemli bir belirleyicidir.

O halde, bu verilerin de ileri sürdüğü gibi, özellikle Kaufman ve ark. (1997, 1998) ve Nazroo'nun (1997a, 1998) sosyo-ekonomik konum için etkili düzeltmeler yaparken karşılaşılacak zorluklar konusundaki uyarılarını ciddiye alırsak, sosyo-ekonomik konumdaki farklılıklar sağlık alanında etnik eşitsizliklere yol açmaktadır. Ayrıca şunu da vurgulamakta fayda vardır ki, burada gösterilen analizler yalnızca mevcut sosyo-ekonomik konumu göstermektedir: Yaşam seyri ve sosyal dezavantajlara dair veriler içerilmemektedir ve nerdeyse dünyanın hiçbir yerinde var olan, sağlık alanında etnik eşitsizlikler konulu çalışmalarda mevcut değildir. Bu konulara sonra döneceğiz.

12.6 Yaş ve yaşam seyri

Yaşam seyri boyunca oluşan sosyo-ekonomik koşulların mevcut sağlığı etkileyebildiği konusunda sürekli yeni kanıtlar ortaya atılmaktadır (Kuh ve Ben-Shlomo 1997; bkz. ayrıca bu kitap içindeki 3. ve 4. Bölümler). Bu iki şekilde gerçekleşebilir. Birincisi, erken bir "maruziyet", belki doğum öncesi (Barker 1991) veya erken çocukluk döneminde, olumsuz bir biyolojik süreci tetikleyebilir. Örnek vermek gerekirse, annenin hayatı boyunca etkilendiği olumsuz maddi koşullardan kaynaklanan düşük doğum ağırlığı, yetişkinlik dönemindeki yüksek diyabet oranları, koroner kalp hastalıkları, solunum hastalıkları ve hipertansiyonla bağdaştırılabilir. Buna benzer olarak, erken yaştaki beslenmeden kaynaklanan boy kısalığı, solunum ve kalp hastalıklarından ölme riskini arttırmaktadır (Kuh ve Ben-Shlomo 1997). İkinci olarak, sosyo-ekonomik dezavantajların sağlığa etkisi yaşam seyri sırasında birikir. Bu, ABD'deki Siyah kadınların sağlığı konusunda 'aşınma' olarak bahsedilen bir süreçtir (Geronimus 1992).

Şekil 12.5, İngiltere'de raporlanan iyi veya kötü sağlık koşullarının etnik örüntülenişinin yaş gruplarına göre nasıl çeşitlilik gösterdiğini araştırmak amacıyla 1999 İngiltere Sağlık Araştırması'ndan elde edilen verileri kullanır. Daha küçük yaşlarda nispeten küçük mutlak farkların bulunduğunu öne sürer. Yirmili yaşların ortalarında görülmeye başlayan büyük farklılıklar ise 30'lu yaşların ortalarına doğru iyice belirgin hale gelir. Fakat göreceli olarak, sağlık alanındaki etnik eşitsizlikler 20'li yaşların sonundan itibaren olmasının yanı sıra daha küçük yaşlarda belirginleşir, ama gençlik yıllarında ve 20'li yaşların başlarında aşağı yukarı hiç görülmez. Daha önce de belirtildiği gibi (bkz. Tablo 12.5), yaşam seyri esnasında sağlık alanında etnik eşitsizliklerin çeşitliliği ABD verilerinde de görülmektedir, ancak bunlar yaşlılıktaki farklılıkların daralmasını ve Siyahlar ile Beyazlar arasındaki farklılıklara yönelik olası 'çapraz geçiş' etkileri hakkındaki tartışmayı gösterir (Kestenbaum 1992; Nam 1995). Bu da veri kalitesinin düşüklüğünden kaynaklanan, insan eliyle yapılmış bir şey olabilir.



Şekil 12.3 Etnik grup ve yaşa göre iyi ya da kötü sağlık. Kaynak: İngiltere için Sağlık Araştıramış 19999; bkz. Erens ve ark. 2001.

Bu gibi örüntülerin yorumlanması basit değildir, ancak etnik eşitsizliğin karmaşık örüntülenişinin açıklanmasına yönelik incelikli yaklaşımlara duyulan gereksinime işaret etmektedir. Özellikle sağlık alanındaki etnik eşitsizlikleri geniş bir sosyal bağlama oturtmaya gereksinim duyarız. Örneğin, Şekil 12.5'te gösterilen örüntü, bir arada görülen çok sayıda açıklamayı yansıtır:

- Artan yaş ile birlikte iyi veya kötü sağlık riskindeki mutlak farkların artışı, yaşam seyri boyunca risk birikimini yansıtabilir (aşınma).
- Erken ve orta yaşların sonlarındaki iyi veya kötü sağlık riskinde büyük göreceli farklılıkların varlığı, erken yaşın etkisini ve riskteki doğum öncesi farklılıklarını yansıtabilir.
- İngiltere bağlamında riskteki mutlak farkların yaş ilerledikçe artması birinci ve ikinci kuşak göçmenler arasındaki farklılıkları yansıtabilir. Bu durumda, yaşlılar göçmen olurlarken, gençler ikinci kuşak olurlar. ABD verilerinde rapor edilen yaş grupları arasındaki kesitsel farklılıklar, aynı zamanda kohort etkileri de yansıtabilir.

Yukarıdaki son nokta bize, göçle ilgili çok sayıda olası etkinin farkında olmamız gerektiğini hatırlatmaktadır. İlk olarak, bir göçmen gruba seçilmek hem sağlık sermayesi hem de ekonomik sermaye ile ilgilidir. İkinci olarak, göçmenlerin çocukken yaşadıkları ikinci kuşağın yaşadıklarından çok farklıdır. Bu yüzden, bunlar uzun dönem olumsuz sağlık sonuçlarına veya sosyal ve sağlık dezavantaj-

larının birikimine yol açtıkları sürece kuşaklar arasında sağlık alanında farklılıklar ortaya çıkması beklenebilir. Üçüncü olarak, göç etme deneyiminin kendisi sosyal ve ekonomik çalkantılar ile birlikte gerçekleşir. Böylece sağlığa doğrudan bir etkisi söz konusudur. Dördüncü olarak, geriye göç etme, verilerde bulunan örüntüye önemli ölçüde etki edebilir, çünkü geriye dönecek göç grubuna seçilmek hem sağlık sermayesi hem de ekonomik sermayeyle ilgilidir. Ve beşinci olarak, bir göçmenin ve göçmen olmayan bir kuşağın günümüzde yaşadığı sosyal ve ekonomik deneyimler çok farklı olabilir. Çünkü göçmen olmayan kuşağın ekonomik anlamda daha iyi durumda olması (Nazroo 2004) ve etnik kimliği daha az benimsemesi daha olasıdır (Nazroo ve Karlsen 2003). Diğer yandan, ırkçılık faaliyetleri kuşaklar arasında evrensel bir hale bürünmüştür ve bunların da sağlık alanındaki etnik eşitsizliklere yol açtıkları her geçen gün daha fazla kanıtlanmaktadır.

12.7 Irkçı taciz ve ayrımcılık deneyimlerinin sağlık üzerine etkisi –sosyal statünün önemi?

Irkçılık olaylarına maruziyet ve bunlara karşı bilinçlenme etnik azınlıktaki insanların yaşamlarının temel parçası olarak gözükmektedir. ABD'deki çalışmaya denek olarak katılan Siyahların yüzde sekseni hayatlarının en az bir anında ırk ayrımcılığına maruz kaldıklarını rapor etmiştir (Krieger ve Sidney 1996). İngiltere'de ırkçı taciz ve ayrımcılık eylemlerine yönelik nitel araştırmaların bulgularına göre birçok insan için kişilerarası ırkçılık eylemleri artık günlük yaşamın bir parçasıdır. Öyle ki, yaşam şekilleri ırkçı taciz korkusuyla kısıtlanmış ve farklı hissettirilmek duygusu sıradan ve beklenir bir hale gelmiş durumdadır (Virdee 1995; Chahal ve Julienne 1999).

Irkçı taciz ve ayrımcılık eylemleri İngiltere'deki Dördüncü Ulusal Araştırma'da nicel olarak enine boyuna araştırılmıştır (Virde 1997). Bu araştırmaya göre etnik azınlıktaki her sekiz insandan en az biri, geçtiğimiz yılda bir şekilde ırkçı taciz eylemine maruz kalmıştır. Bu eylemlerin çoğu ırkçı söylemlerden ibaret olsa da, deneye katılanların çoğu tekrar tekrar bu eylemlere kurban gittiklerini rapor etmiş, deneye katılan tüm etnik azınlıkların dörtte biri kadarı ise ırkçı taciz korkusu yaşadıklarını belirtmiştir. Ulusal Araştırma ayrıca şunu da göstermiştir ki, etnik azınlıktaki denekler arasında şöyle bir inanç yaygındır: İşverenler iş başvurularında etnik azınlık konumundaki adaylara karşı ayrımcılık yapmakta ve buna benzer ayrımcılık eylemleri yayılmaktadır (Modood 1997). Aslında, araştırmaya katılan Beyaz deneklere kendi ırkçı önyargıları sorulduğunda, yüzde 26'sı Güney Asyalı insanlara karşı, yüzde 20'si Karayiplilere karşı, yüzde 8'i ise Çinlilere karşı önyargılı olduklarını itiraf etmişlerdir.

Yürütülen çalışmaların çok azında, ırkçı taciz ve ayrımcılık eylemlerinin sağ-

lıkla ilgili olduğu ortaya çıkmıştır. Laboratuvar çalışmaları da ayrımcılık eylemlerinin strese neden olduğunu ve şiddetli fizyolojik etkiler oluşturduğunu açıklamaktadır. (Harrell ve ark. 2003; Clark ve ark. 1999). ABD ve başka yerlerde nüfusa dayalı çalışmalar, kendi kendine raporlanan ırkçı taciz eylemleri ile hipertansiyon, psikolojik sıkıntı, psikiyatrik bozukluklar, kendinden değerlendirmeli sağlık eksikliği ve yatakta hasta olarak geçirilen günler gibi çok çeşitli sağlık sonuçları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Krieger 2000; Williams ve Neighbors 2001; Williams ve ark. 2003). İngiltere'deki Dördüncü Ulusal Etnik Azınlıklar Araştırması ayrıca ırkçı taciz deneyimleri ile ırk ayrımcılığı algılamaları ve etnik gruplar arasındaki çeşitli sağlık sonuçları arasında bir ilişki olduğunu da gözler önüne sermiştir (Karlsen ve Nazroo 2002a,b). Bu analizlerden çıkarılan Tablo 12.8 göstermektedir ki, ırkçı taciz eylemlerini rapor etmek ve işverenlerin etnik azınlıktaki insanlara karşı ayrımcılık yaptığını anlamak iyi ya da kötü sağlık koşullarını raporlamanın olasılığıyla bağımsız olarak ilişkilidir ve bu ilişki sosyo-ekonomik etkilerden de bağımsızdır.

Tablo 12.8 Irkçı taciz, ırk ayrımcılığı ve iyi ya da kötü sağlık riski (İngiltere'deki Dördüncü Ulusal Araştırma)

	Tüm etnik azınlık grupları	
	Olasılıklar Oranı*	**%95 güven aralığı**
Irkçı taciz deneyimi Saldırı yok Sözle sataşma		
Fiziksel saldırı	1.00	-
	1.54	1.07-2.21
	2.07	1.14-3.76
Ayrımcılık algılaması		
İşverenlerin yarısından azı ayrımcılık yapıyor	1.00	
Çoğu işveren ayrımcılık yapıyor	1.39	1.10-1.76
Mesleki sınıf		
Kol gücü dışı	1.00	
Kol gücüyle	1.44	1.07-1.94
Hanehalkından tam zamanlı çalışan kimse yok	2.42	1.82-3.22

* Cinsiyete ve yaşa göre düzeltilmiş

Başka yerlerde yaşa, cinsiyete ve sınıfa göre yapılan düzenlemelerin ardından yaklaşık yüzde altmış oranında iyi veya kötü sağlık koşullarının bizzat ırkçılık korkusu tarafından arttırıldığı ortaya çıkmıştır (Karlsen ve Nazroo 2004). Bu bulguların aynı anda faaliyet gösteren sosyal ve ekonomik eşitsizliğin üç boyutunu temsil etmesi de söz konusu olabilir: Ekonomik dezavantaj (mesleki sınıfa göre ölçüldüğü gibi); düşük değerli, düşük statülü bir grubun üyesi olma hissi (İngiliz işverenlerin ayrımcılık yapması, ırkçılık korkusu); ve ırksal tacizin kurbanı veya potansiyel kurbanı olmanın yarattığı kişisel aşağılanma duygusu ve baskı.

12.8 Sosyal destek, ağlar ve katılım –etnik toplulukların önemi?

Afrika kökenli Amerikalıların sağlığı üzerine yapılan araştırmalarda dezavantajlı etnik nüfuslar içinde var olabilecek kültürel güçlendirme ve sağlık arttırıcı kaynaklara katılımın önemini vurgulayan bir paradoks yer almaktadır. Afrika Kökenli Amerikalılar fiziksel sağlığın pek çok göstergesi için Beyazlardan daha yüksek hastalık seviyelerine sahip olmaya eğilimlidirler. Aynı zamanda, Siyahlar da en az Beyazlar kadar, hatta onlardan daha iyi ruh sağlığına sahip olma eğilimi gösterirler (klinik depresyon ve yaygın görülen diğer psikiyatrik bozuklukların oranlarına göre ölçüldüğü gibi). Psikiyatrik bozukluklar hakkında ABD'de şu ana kadar yürütülen en geniş çalışma olan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışması hem mevcut hem de ömür boyu süren psikiyatrik bozuklukların oranlarında Siyahlar ile Beyazlar arasında çok az fark bulmuştur (Robins ve Regier 1991). Çarpıcı olan, uyuşturucu kullanım geçmişi ve alkol ve uyuşturucu kullanımı hakkında herhangi bir ırksal farklılığın bulunmamasıdır. Buna benzer olarak, ABD'deki psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek üzere ulusal bir olasılıklı örnek kullanan ilk çalışma olan Ulusal Eşmorbidite (Comorbidity) Araştırması, majör bozukluk sınıflarının hiçbiri için Siyahların Beyazlardan daha yüksek hastalık oranlarına sahip olmadığını saptamıştır (Kessler ve ark. 1994). Bunun yerine, Siyahların Beyazlardan daha düşük hastalık oranları, özellikle duygulanım (affektif) bozuklukları (depresyon) ve madde kullanımıyla ilgili hastalıkları (alkol ve uyuşturucu kullanımı) için telaffuz edilmektedir. Bu ruh sağlığı verileri ile tutarlı olarak, Siyahlar Beyazlara göre önemli derecede daha düşük intihar oranlarına sahiptir.

İki sosyal kurum, aile ve kilise, Siyah nüfus için büyük önem taşımaktadır. Güçlü aile bağları ve geniş aile sistemi Siyah Amerikalıların sağlığındaki olumsuz stres etkilerinin bir kısmını azaltabilecek önemli kaynaklardır. Geçmişe bakacak olursak, Siyahların kilisesi Siyah topluluğundaki en önemli sosyal kurumdur. Bu kiliseler geleneksel olarak ruhani, sosyal ve siyasi yaşamın merkezleri olmuşlardır ve zihinsel sağlığı çeşitli şekillerde etkileyebilmektedirler. İlk olarak, Afrika Kökenli Amerikalıların kiliseleri Afrika Kökenli Amerikan topluluğuna çok çeşitli sosyal ve insani hizmetler sunmaktadırlar (Lincoln ve Mamiya 1990; Williams ve ark. 1999). İkinci olarak, en azından Siyahların bazı kiliseleri, formel ruh sağlığı sistemine bir kanaldan hizmet sunmakta (Chang ve ark. 1994) ve Afrika kökenli Amerikan ruhban sınıfı, topluluğa doğrudan ruh sağlığı hizmetleri sağlamada aktif olarak görev almaktadır (Neighbors ve ark. 1998). Üçüncü olarak, Siyahların kiliselerinde cemaate dayalı arkadaşlık ağları bir çeşit geniş aile işlevi görmekte ve bireylere destekleyici sosyal ilişkiler sağlamaktadır (Taylor ve Chatters 1988). Dördüncü olarak, özel ve halka açık dini ayinlere katılmak stresin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Griffith ve ark. 1980,1984; Gilkes 1980).

İngiltere'de etnik azınlık topluluklarının belirli coğrafi bölgelerde oluşturulması, buralarda mahrumiyet seviyelerinin yüksek olmasına rağmen birtakım faydalar doğurabilir; bunu kanıtlayan veriler ortaya çıkmaktadır. Örneğin, daha önce belirtildiği gibi etnik azınlıktan insanların yaşadığı bu bölgelerdeki yüksek mahrumiyet seviyelerinin aksine, etnik azınlıktakiler Beyazların yaşadığından daha olumlu koşullarda yaşadıkları bölgelerde, hayatı kolaylaştıran şeylerin farkına varmaktadırlar (Karlsen ve ark. 2002). Bu bulgu etnik azınlıktan insanların ticari (dükkanlar gibi) ve kentsel (okullar, ibadet yerleri, halk merkezleri gibi) tesisler kurmak için yaptıkları yatırımı yansıtmaktadır ve bu da etnik azınlıktaki insanların yaşam kalitesiyle ilgilidir (Bajekal ve ark. 2004; Grewal ve ark. 2004).

Aynı zamanda, buna benzer kaynakların varlığının farkına varılması onları sanki çok çeşitli olumsuz yaşam koşullarına deva olacak ilaçlarmış gibi abartmak için kullanılmamalıdır. Örneğin, karşılıklı dayanışma ve yardımlaşma ağları hayatta kalmayı kolaylaştırırken, aynı zamanda hem stres hem de destek olanağı sağlama olasılıkları vardır. Yine benzer olarak, dini konularla meşgul olmak Siyahların stresin olumsuz fizyolojik sonuçlarından etkilenmelerini engelleyebilse de, geniş çeşitlilikteki fiziksel rahatsızlıklar üzerindeki kronik strese maruz kalmanın doğuracağı kümülatif etkileri ortadan kaldırmada yeterli olamamaktadır. Önemli olan nokta ise ikamet yerine bağlı ayrımcılıkla ve sağlık sonuçlarının birbirine karıştırılması ve belki de böyle bir ayrımcılığın beraberinde getirdiği olumlu ve olumsuz koşulları yansıtması. (Halpern 1993; Halpern ve Nazroo 2000; Karlsen ve ark. 2002; Williams ve Collins 2001).

12.9 Sonuç

Sağlık alanındaki etnik eşitsizlikleri araştırmak için gerekli mevcut veri sıkıntısı hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de İngiltere'de yaşanmaya devam etmektedir. Mevcut veriler genellikle deneye katılanların etnik kökeni konusunda yeterli ayrıntılı bilgi içermemektedir. Bu yüzden, etnik gruplar arasındaki ve kapsamlı bir biçimde tanımlanan etnik gruplar içindeki heterojenliği yansıtmamaktadır. Sosyo-ekonomik veriler ya hiç toplanmamış ya da çok yetersiz bir düzeyde toplanmış oldukları için etnik gruplar arasında karşılaştırmalar yapmak için yeterli değildir. Aynı şekilde, toplanan bu veriler yaşam seyri boyunca görülen risklerden ziyade, mevcut konumu yansıtmaktadır. Ayrıca, sosyal eşitsizliğin farklı boyutlarını da yansıtmamaktadır. Örneğin ırkçı taciz eylemleri, ayrımcılık ve coğrafi eşitsizlikler gibi konuları içermemektedir.

Ancak, tatmin edici çok sayıdaki kanıt, bugün sağlık alanındaki etnik eşitsizliklerin daha çok sosyo-ekonomik farklılıklardan kaynaklandığına dair mevcut olasılığı desteklemektedir. Bu durum, çeşitli etnik azınlık grupları ve bir dizi sonuç için geçerlidir. Ayrıca, artan sayıdaki kanıt göstermektedir ki, ırkçı taciz ey-

lemleri, ayrımcılık ve ayrımcı bir toplumda yaşama algısı sağlık alanındaki etnik eşitsizliklere yol açmaktadır. Ancak, bu bulgular daha açıklayıcı bir çerçeveye taşınmalıdır. Burada ortak kullanıma açık olmayan ama izlenebilecek iki yol vardır.

Bu bulgular, sosyal risklerin bireysel şekillenmesiyle ilişkilendirilmeleri açısından incelenebilir. Bu gibi sosyal eşitsizlik göstergeleri, psikolojik ve biyolojik stres göstergeleriyle nasıl ilişkilendirilir? Bu durum, hastalık sonuçlarını nasıl açıklar? Burada nedensel yollara dikkat çekilmektedir. Bunlar, sosyal ve ekonomik eşitsizliklere maruziyeti hastalık sonuçlarına bağlamaktadır. Söz konusu süreçler, etnik gruplara, sosyal yapıdaki mevcut farklılıklara ve olası genetik çeşitliliklere bağlı olarak önemli bir biçimde değişiklik gösterebilir. Bu yüzden, örneğin epidemiyolojik açıdan ABD'deki Siyahların ve İngiltere'deki Siyah Karayiplilerin hipertansiyon kaynaklı hastalıklara sahip olmalarının, sosyal eşitsizlikle nasıl açıklanabileceğini araştırmak faydalı olabilir. Öte yandan, yine aynı şey İngiltere'deki Pakistanlı ve Bangladeşli insanların kalp hastalıklarını da açıklar.

Ancak böyle bir yaklaşım, etnik kökene bağlı sağlık alanındaki eşitsizliklere, sosyal ve ekonomik eşitsizliklere daha temel açıklamalar getirmekten uzaktır. Burada sağlık alanındaki eşitsizlikleri açıklamak için herhangi bir girişimde, ırkçılığın merkeziliğini görmek önemlidir. Sadece kişisel ırkçılık eylemleri ve taciz sağlığı etkileme eğilimi göstermez, aynı zamanda ırkçılık sosyal bir güç olarak da etnik azınlık gruplarının karşılaştıkları sosyal ve ekonomik dezavantajları oluşturmada önemli bir rol oynar. Etnik gruplar arasındaki sosyo-ekonomik farklılıklar bir şekilde özerk olarak düşünülmelidir (ki, bu da sosyo-ekonomik aralıkların sağlık alanındaki etnik aralıkları ne dereceye kadar "açıkladığını" inceleme girişiminde bulunan yaklaşımın tehlikesinden ibarettir). Oliver ve Shapiro'nun da (1995) gösterdiği gibi, ABD'deki Siyah nüfusun karşılaştığı sosyo-ekonomik dezavantajlar, günümüzde gözlemlenen zorluk düzeylerinin ortaya çıkmasına neden olmuş uzun kurumsal ırkçılık ve ayrımcılık geçmişinin bir sonucudur. Aynı şekilde, etnik azınlıktan insanların savaş sonrası dönemde İngiltere'ye göç etmeleri kısıtlı iş olanakları nedeniyle gerçekleşmişken, İngiltere'de etnik azınlıktan göçmenlerin karşılaştıkları sosyo-ekonomik dezavantajlar, kökleri sömürge geçmişine dayanan ırkçılık tarafından şekillendirilmiştir ve şekillendirilmeye de devam etmektedir (Gilroy 1987; Miles 1982).

O halde, endişe edilen nokta şudur: Sosyal ve ekonomik dezavantajdan yetersiz sağlığa uzanan geçişe sıkı sıkıya odaklanmak etiyoloji (sebep bilgisi) anlayışımıza büyük ölçüde katkı sağlarken, sosyal eşitsizlik anlayışımıza katkı sağlamayabilir. Bu odak noktası olumsuz bir sonuç olarak *sağlık alanındaki* eşitsizlikler ve bu sonuca (etnik gruplar ve hastalık sonuçları arasında çeşitlilik gösterebilir) varmak için karmaşık geçiş yollarının nasıl anlaşılabileceği ve aşılabileceği ile ilgili özel bir endişe doğurur. Esas neden, daha geniş sosyal eşitsizlikler, göz-

den uzaklaşırlar. Bunun politik çıkarımları açıktır: Sosyal eşitsizliklere hitap edecek zorlu ve belirgin müdahalelerden kaçınılabilirse, sağlığın geliştirilmesi, geçiş yollarını anlamamızı kolaylaştırmaya ve bunların yanındaki müdahaleleri tasarlamaya odaklanabilir. Sağlık alanındaki eşitsizlikler bireysel hastalıklar ve bireysel koşullar için özellikle tasarlanmış teknik müdahaleleri gerektiren bir sorun olmakta ve sosyal rahatsızlıkların yansıtılmasından çok, bireyler için bir sorun haline bürünmektedirler. Bu bağlamda Williams ve ark.'nın görüşlerini alıntılamak yararlı olabilir:

> Müdahale çabalarının odak noktası olarak tanımlanan risk faktörlerine yoğunlaşmak için teşvik edici bir durum bulunmaktadır. Bunun aksine, biz makrososyal faktörlerin ve ırkçılığın, sağlık alanındaki ırksal farklılıkların temel sebepleri olduğunu belirtiyoruz. Risk faktörleri ve kaynaklar yüzeysel nedenler ve mevcut müdahale mekanizmalarıdır. Bunlar değişkenlik gösterebilir, fakat temel nedenler etkin kaldığı sürece tek başına yüzeysel nedenlerin değişikliği yalnızca aynı sonucu sürdürmek için yeni müdahale mekanizmalarının doğuşuna yol açacak. (Williams ve ark. 1994, s. 36).

Ancak Williams ve ark. (1994) tarafından belirtilen makrososyal faktörlerin ve uygun siyasi müdahalelerin etkinliğini anlayabilmek kesinlikle basit değildir. Etnik grupların "oluşmasında" ulusal ve tarihsel bağlamın artan önemini kavramaya, bunun ekonomik süreçler ve buradaki eşitsizliklerle nasıl ilişkilendiğini anlamaya ve bunun etnik azınlık ve göçmen nüfuslarının yaşamlarını nasıl etkilediğine dair fikir sahibi olmaya kesinlikle ihtiyaç duyulmaktadır. Burada, sanayileşen uluslar arasındaki karşılaştırmalar temeldeki sosyal ve ekonomik süreçleri anlamamıza özellikle yardım edebilir.

Kaynaklar

Anderson, M. and Feinberg, S.E. (1995) Black, white, and shades of gray (and brown and yellow). *Chance,* **8(1),** 15-18.

Bajekal, M., Blane, D., Grewal, I., Karlsen, S., and Nazroo, J. (2004) Ethnic differences in influences on quality of life at older ages: a quantitative analysis. *Ageing and Society,* **24(5),** 709-28.

Barker, D. (1991) The foetal and infant origins of inequalities in health in Britain. *Journal of Public Health Medicine,* **13,** 64-8.

Bhopal, R. (1997) Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *British Medical Journal,* **314,** 1751-6.

Bobo, L. and Zubrinsky, CM. (1996) Attitudes on residential integration: perceived status differences, mere in-group preference, or racial prejudice? *Social Forces,* **74(3),** 883-909.

Cell, J. (1982) *Hie highest stage of white supremacy: the origin of segregation in South Africa and the American South.* New York: Cambridge University Press.

Chahal, K. and Julienne, L. (1999) *We cant all be white'.: racist victimisation in the UK.* London: YPS.

Chang, P., Williams, D.R., Griffith, E., and Young, J.L. (1994) Church-agency relationships in the Black community. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly,* **23(2),** 91-105.

Clark, R., **Anderson, N.B., Clark, V.R., and Williams, D.R.** (1999) Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *American Psychologist,* **54(10),** 805-16.

Clark, W.A.V. (1992) Residential preferences and residential choices in a multiethnic context. *Demography,* **29,** 451-66.

Cole, R.E. and Deskins Jr., D.R. (1988) Racial factors in site location and employment patterns of Japanese auto firms in America. *California Management Review,* **31(1),** 9-22.

Cutler, D.M., Glaeser, EX., and Vigdor, J.L. (1997) Are ghettos good or bad? *Quarterly Journal of Economics,* **112,** 827-72.

Davey Smith, G., Neaton, J.D., Wentworth, D., Stamler, R., and Stamler, J. (1998) Mortality differences between black and white men in the USA: contribution of income and other risk factors among men screened for the MRFIT. *Lancet,* **351,** 934—9.

David, R.J. and Collins Jr., J.W. (1997) Differing birth weight among infants of US-born Blacks, African-born Blacks, and US-born Whites. *New England Journal of Medicine,* **337(17),** 1209-14.

Department of Health and Human Services (1985) *Report of the Secretary on Black and Minority Health.* Washington, DC: US Department of Health.

Erens, B., Primatesta, P., and Prior, G. (2001) *Health Survey for England 1999: the health of minority ethnic groups.* London: The Stationery Office.

Evinger, S. (1995) How shall we measure our nation's diversity? *Chance,* **8(1),** 7-14.

Fang, J., Madhavan, S., and Alderman, M.H. (1997) Nativity, race, and mortality: influence of region of birth on mortality of US-born residents of New York City. *Human Biology,* **69(4),** 53334.

Fix, M. and Struyk, R.J. (1993) *Clear and convincing evidence: measurement of discrimination in America.* Washington, DC: Urban Institute Press.

Frisbie, W.P., Cho, Y., and Hummer, R. (2001) Immigration and health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. ***American Journal of Epidemiology,*** **153,**372-80.

Fruchter, R.G., Wright, C, Habenstreit, B., Remy, J.C., Boyce, J.G., and Imperato, P.J. (1985) Screening for cervical and breast cancer among Caribbean immigrants. *Journal of Community Health,* **10(3),** 121-35.

Geronimus, A.T. (1992) The weathering hypothesis and the health of African-American women and infants: evidence and speculations. *Ethnicity and Disease,* **2,**207-21.

Gilkes, C. (1980) The Black Church as a therapeutic community: suggested areas for research into the Black religious experience. *Journal of Interdenominational Theological Center* **8,** 29-14.

Gilroy, P. (1987) *There ain't no black in the Union Jack: the cultural politics of race and nation.*London: Hutchinson.

Glaeser, EX. and Vigdor, J.L. (2001) *Racial segregation in the 2000 Census: promising news,* Survey series. Washington, DC: The Brookings Institution.

Grewal, I., Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D., and Lewis, J. (2004) Influences on quality of life: a qualitative investigation of ethnic differences among older people in England. *Journal of Ethnic and Migration Studies,* **30(4),** 737-61.

Grieco, E.M. and Cassidy, R.C. (2000) *Overview of race and Hispanic origin.* United States Census 2000, US Department of Commerce, Economics, and Statistics Administration.

Griffith, E.E.H., English, T, and Mayfield, V. (1980) Possession, prayer and testimony:

therapeutic aspects of the Wednesday night meeting in a Black church. *Psychiatry,* **43,** 120-8.

Griffith, E.E.H., Young, J., and Smith, D. (1984) An analysis of the therapeutic elements in a Black church service. *Hospital and Community Psychiatry,* **35,** 464-9.

Gupta, S., de Belder, A., and O'Hughes, L. (1995) Avoiding premature coronary deaths in Asians in Britain: spend now on prevention or pay later for treatment. *British Medical Journal,* **311,**1035-6.

Hahn, R.A. (1992) The state of federal health statistics on racial and ethnic groups. *Journal of the American Medical Association* **267(2),** 268-71.

Halpern, D. (1993) Minorities and mental health. *Social Science and Medicine,* **36,** 597-607.

Halpern, D. and Nazroo, J. (2000) The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales. *International Journal of Social Psychiatry,* **46(1),** 34-46.

Harding, S. and Maxwell, R. (1997) Differences in the mortality of migrants. In: *Health inequalities: decennial supplement Series DS no. 15* (ed. F. Drever and M. Whitehead). London: The Stationery Office.

Harrell, J., Hall, S., and Taliaferro, J. (2003) Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *American Journal of Public Health,* **93(2),** 243-8.

Hogan, H. (1993) The 1990 post-enumeration survey: operations and results. *Journal of the American Statistical Association,* **88,** 1047-57.

Hoyert, D.L., Arias, E., Smith, B.L., Murphy, S.L., and Kochanek, K.D (2001) *Deaths: final data for1999.* National Vital Statistics Reports, 49(8). National Center for Health Statistics.

Jasso, G., Massey, D.S., Rosenzweig, M.R., and Smith, J.P. (2002) *Immigrant health—selectivity and acculturation.* Paper presented at the National Academy of Science Conference on Racial and Ethnic Disparities in Aging Health, March 2002.

Jaynes, G.D. and Williams, R.M. (1989) *A common destiny: Blacks and American society.* Washington, DC: National Academy Press.

Karlsen, S. and Nazroo, J.Y. (2002a) The relationship between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health,* **92,** 624—31.

Karlsen, S. and Nazroo, J.Y. (2002&) Agency and structure: the impact of ethnic identity and racism on the health of ethnic minority people. *Sociology of Health and Illness,* **24,**1-20.

Karlsen, S. and Nazroo, J.Y. (2004) Fear of racism and health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **58,** 1017-18.

Karlsen, S., Nazroo, J.Y, and Stephenson, R. (2002) Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place. *Social Science and Medicine,* **55(9),**1647-61.

Kaufman, J.S., Cooper, R.S., and McGee, D.L. (1997) Socioeconomic status and health in Blacks and whites: the problem of residual confounding and the resiliency of race. *Epidemiology,* **8(6),** 621-8.

Kaufman, J.S., Long, A.E., Liao, Y., Cooper, R.S., and McGee, D.L. (1998) The relation between income and mortality in U.S. Blacks and Whites. *Epidemiology,* **9(2),** 147-55.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., *et al.*

(1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry,* **51,** 8-19.

Kestenbaum, B. (1992) A description of the extreme age population based on improved Medicare enrollment data. *Demography,* **29,** 565-80.

Kirschenman, J. and Neckerman, K.M. (1991) 'We'd Love to Hire Them, but...': the meaning of race for employers. In: *The urban underclass* (ed. C. Jencks and RE. Peterson), pp. 203-32. Washington, DC: The Brookings Institution.

Krieger, N. (2000) Discrimination and Health. In: *Social epidemiology* (ed. L. Berkman and I. Kawachi), pp. 36-75. Oxford: Oxford University Press.

Krieger, N. and Sidney, S. (1996) Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young Black and White adults. *American Journal of Public Health,* **86(10),** 1370-8.

Krieger, N., Rowley, D.L., Herman, A.A., Avery, B., and Philips, M.T. (1993) Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *American Journal of Preventive Medicine,* **9** (suppl), 82-122.

Kuh, D. and Ben-Shlomo, Y. (1997) *A life course approach to chronic disease epidemiology.* Oxford: Oxford University Press.

Lillie-Blanton, M. and Laveist, T. (1996) Race/ethnicity, the social environment, and health. *Social Science and Medicine,* **43(1),** pp. 83-91.

Lincoln, C.E. and Mamiya, L.H. (1990) *The Black Church in the African American experience.* Durham, North Carolina: Duke University Press.

Lin-Fu, J.S. (1993) Asian and Pacific Islander Americans: an overview of demographic characteristics and health care issues. *Asian and Pacific Islander Journal of Health,* **1,**20-36.

Marmot, M.G., Adelstein, A.M., Bulusu, L., and OPCS (1984) *Immigrant mortality in England and Wales 1970-78: causes of death by country of birth.* London: HMSO.

Massey, D.S. and Denton, N.A. (1989) Hypersegregation in U.S. metropolitan areas: Black and Hispanic segregation along five dimensions. *Demography,* **26,** 373-92.

Massey, D.S. and Denton, N.A. (1993) *American apartheid: segregation and the making of the underclass.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Mathews, T.J., MacDorman, M.F., and Menacker, F. (2002) *Infant mortality statistics from the 1999 period linked birth/infant death data set,* National Vital Statistics Reports, 50(4). National Center for Health Statistics.

McKeigue, P., Marmot, M. Syndercombe Court, Y, Cottier, D., Rahman, S., and Riermersma, R. (1988) Diabetes, hyperinsulinaemia, and coronary risk factors in Bangladeshis in East London. *British Heart Journal,* **60,** 390-6.

McLennan, W. and Madden, R. (1999) *The health and welfare of Australia's aboriginal and Torres Strait Islander peoples.* Commonwealth of Australia: Australian Bureau of Statistics.

Miles, R. (1982) *Racism and migrant labour.* Routledge and Kegan Paul.

Modood, T. (1997) Employment. In: *Ethnic minorities in Britain: diversity and disadvantage* (ed. T. Modood, R. Berthoud, J. Lakey, *et al.).* London: Policy Studies Institute.

Nam, C.B. (1995) Another look at mortality crossovers. *Social Biology,* **42,** 133-42.

National Center for Health Statistics (1994) *Vital Statistics of the United States, 1990, Vol. II, Mortality, Part A.* Washington, DC: Public Health Service.

National Center for Health Statistics (2003) *Health, United States.* Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.

Navarro, V. (1990) Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet,* **336,**1238-40.

Nazroo, J.Y. (1997a) *The health of Britain's ethnic minorities: findings from a national survey,* London: Policy Studies Institute.

Nazroo, J.Y. (1997b) *Ethnicity and mental health: findings from a national community survey.* London: Policy Studies Institute.

Nazroo, J.Y. (1998) Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness,* **20(5),** 710-30.

Nazroo, J.Y. (2001) *Ethnicity, class and health.* London: Policy Studies Institute.

Nazroo, J. (2003) The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism. *American Journal of Public Health,* **93(2),** 277-84.

Nazroo, J. (2004) Ethnic disparities in aging health: what can we learn from the United Kingdom? In: *Critical perspectives on racial and ethnic differentials in health in late life* (ed. N. Anderson, R. Bulatao, and B. Cohen), pp. 677-702. Washington, DC: National Academies Press.

Nazroo, J.Y. and Karlsen, S. (2003) Patterns of identity among ethnic minority people: diversity and commonality. *Ethnic and Racial Studies,* **26(5),** 902-30.

Neckerman, K.M. and Kirschenman, J. (1991) Hiring strategies, racial bias, and inner-city workers. *Social Problems,* **38,** 433-7.

Neighbors, H.W., Musick, M.A., and Williams, D.R. (1998) The African American minister as a source of help for serious personal crises: bridge or barrier to mental health care? *Health Education and Behavior,* **25(6),** 759-77.

Nobles, M. (2000) History counts: a comparative analysis of racial/color categorization in US and Brazilian censuses. *American Journal of Public Health,* **50(11),** 1738-45.

Norton, I.M. and Manson, S.P. (1996) Research in American Indian and Alaskan Native communities: navigating the cultural universe of values and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* **65(5),** 856-60.

Notes and Comments (1994) Census undercount and the quality of health data for racial and ethnic populations. *Ethnicity and Disease,* **4(1),** 98-100.

Office of Management and Budget (1978) *U.S. Directive No. 15: Race and Ethnic Standards for Federal Statistics and Administrative Reporting.* Washington, DC: Office of Federal Statistical Policy and Standards, U.S. Department of Commerce.

Oliver, M.L. and Shapiro, T.M. (1995) *Black wealth/white wealth: a new perspective on racial inequality.* New York: Routledge.

Orfield, G. (1996) The growth of segregation: African Americans, Latinos, and unequal education. In: *Dismantling desegregation: the quiet reversal of Brown V. Board of Education* (ed. G, Orfield and S.E. Eaton), pp. 53-71. New York: The New Press.

Owen, D. (1992). *Ethnic minorities in Great Britain: settlement patterns, national ethnic minority data archive 1991. Census statistical paper no.l.* University of Warwick: Centre for Research in Ethnic Relations.

Owen, D. (1994). Spatial variations in ethnic minority groups populations in Great Britain. *Population Trends,* **78,**23-33.

Pamuk, E., Makuc, D., Heck, K., Reuben, C, and Lochner, K. (1998) *Socioeconomic status and health chartbook. Health, United States, ¡998.* Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.

Pan American Health Organization (June 2001) *Equity in health: from an ethnic perspec-*

tive. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Polednak, A.P. (1989) *Racial and ethnic differences in disease.* New York: Oxford University Press.

Robins, L.N. and Regier, D.A. (1991) *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study.* New York: Free Press.

Rogers, R. (1992) Living and dying in the USA: sociodemographic determinants of death among blacks and whites. *Demography,* **29(2),** 287-303.

Rogot, E., Sorlie, P.D., Johnson, N.J., and Schmitt, C. (1993) *A mortality study of 1.3 million persons by demographic, social and economic factors: 1979-1985. Follow-up, US National Longitudinal Mortality Study.* Washington: NIH.

Rosenberg, H.M., Maurer, J.D., Sorlie, P.D., Johnson, N.J., MacDorman, M.F., Hoyert, D.L., *et al.* (1999) Quality of death rates by race and Hispanic origin: a summary of current research. *Vital Health Statistics,* **2(128).** National Center for Health Statistics.

Rudat, K. (1994) *Black and minority ethnic groups in England: health and lifestyles.* London: Health Education Authority.

Sampson, R.J. and Wilson, W.J. (1995) Toward a theory of race, crime, and urban inequality. In: *Crime and inequality* (ed. J. Hagan and R.D. Peterson) pp. 37-54. Stanford, CA: Stanford University Press.

Sandefur, G.D., Martin, M.A., Eggerling-Boeck, J., Mannon, S., and Meier, A. (2001) An overview of racial and ethnic demographic trends. In: *America becoming: racial trends and their consequences* (ed. N.J. Smelser, W.J. Wilson, and F. Mitchell). Washington, DC: National Academy Press.

Sheldon, T.A. and Parker, H. (1992) Race and ethnicity in health research. *Journal of Public Health Medicine,* **14(2),** 104-10.

Shihadeh, E.S. and Flynn, N. (1996) Segregation and crime: the effect of Black social isolation on the rates of Black urban violence. *Social Forces,* **74(4),** 1325-52.

Sidiropoulos, E., Jeffery, A., Mackay, S., Forgey, H., Chipps, C, and Corrigan, T. (1997) *South Africa Survey 1996/97.* Johannesburg: South African Institute of Race Relations.

Smaje, C. (1996) The ethnic patterning of health: new directions for theory and research. *Sociology of Health and Illness,* **18(2),** 139-71.

Soni Raleigh, V. and Balarajan, R. (1992) Suicide and self-burning among Indians and West Indians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry,* **161,** 365-8.

Sorlie, P.D., Backlund, E., Johnson, N.J., and Rogot, E. (1993) Mortality by Hispanic status in the United States. *Journal of the American Medical Association,* **270,** 2464-8.

Sorlie, P.D., Backlund, E., and Keller, J. (1995) U.S. mortality by economic, demographic and social characteristics: the Natioanl Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health,* **85,** 949-56.

Sorlie P., Rogot, E., Anderson, R., Johnson, N.J., and Backlund, E. (1992) Black-white mortality differences by family income. *Lancet,* **340,** 346-50.

Stewart, J.A, Dundas, R., Howard, R.A., Rudd, A.G., and Woolfe, C.D.A. (1999) Ethnic differences in incidence of stroke: prospective study with stroke register. *British Medical Journal,* **318,** 967-71.

Taylor, R.J. and Chatters, L.M. (1988) Church members as a source of informal social support. *Review of Religious Research,* **30,** 193-203.

Turner, M.A. (1993) Limits on neighborhood choice: evidence of racial and ethnic steering in urban housing markets. In: *Clear and convincing evidence: measurement of discrimi-*

nation in America, (ed. M. Fix and R.J. Struyk), pp. 117-52. Washington, DC: The Urban Institute Press.

Vega, W.A. and Amaro, H. (1994) Latino outlook: good health, uncertain prognosis. *Annual Review of Public Health,* **15,** 39-67.

Virdee, S. (1995) *Racial violence and harassment.* London: Policy Studies Institute.

Virdee, S. (1997) Racial harassment. In: *Ethnic minorities in Britain: diversity and disadvantage* (ed. T. Modood, R. Berthoud, J. Lakey, *et al).* London: Policy Studies Institute.

Wild, S. and McKeigue, P. (1997) Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales. *British Medical Journal,* **314,** 705-10.

Williams, D.R. (1997) Race and health: basic questions, emerging directions. *Annals of Epidemiology,* **7(5),** 322-33.

Williams, D.R. (1999) Race, SES, and health: the added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences,* **896,**173-88.

Williams, D.R. (2001) Racial variations in adult health status: patterns, paradoxes and prospects. In *America becoming: racial trends and their consequences* (ed. N.J. Smelser, W.J. Wilson, and F. Mitchell), Washington, DC: National Academy Press.

Williams, D.R. and Collins, C. (1995) U.S. socioeconomic and racial differences in health. *Annual Review of Sociology,* **21,** 349-86.

Williams, D.R. and Collins, C. (2001) Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports,* **116,**404-16.

Williams, D.R. and Neighbors, H.W. (2001) Racism, discrimination and hypertension: evidence and needed research. *Ethnicity & Disease,* **11,**800-16.

Williams, D.R., Griffith, E.E.H., Young, J., Collins, C, and Dodson, J. (1999) Structure and provision of services in New Haven Black churches. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology,* **5(2), 118-33.**

Williams, D.R., Lavizzo-Mourey, R., and Warren, R.C. (1994) The concept of race and health status in America. *Public Health Reports,* **109(1),** 26-41.

Williams, D.R., Neighbors, H.W., and Jackson, J.S. (2003) Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *American Journal of Public Health,* **93(2),** 200-8.

Wilson, W.J. (1987) *The truly disadvantaged.* Chicago: University of Chicago Press.

Wilson, W.J. (1996) *When work disappears: the world of the new urban poor.* New York: Alfred A. Knopf.

13. Bölüm

İLERİ YAŞLARDA SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Anne McMunn, Elizabeth Breeze, Alissa Goodman, James Nazroo ve Zoe Oldfield

13.1 Giriş

Bu bölüm, yaşlı insanlar arasındaki sağlık (hem fiziksel hem zihinsel açıdan) ve maluliyetin sosyal belirleyicileri üzerine odaklanmaktadır. Son yüzyıl boyunca azalan doğurganlık oranları ile de uyumlu şekilde yaşam beklentisindeki hızlı artış, yaşlı insanların toplumda büyüyen bir oranı oluşturduğu anlamına gelmektedir. Örneğin, 2020 yılıyla birlikte, 50 yaş üstü insanlar İngiliz nüfusunun yaklaşık %40'ını oluşturacaktır ve 2040 yılında nüfusun neredeyse %30'u 60 yaş veya üzerinde olacaktır (Government Actuaries Department – Hükümet Aktüerya Dairesi 2002). Yirminci yüzyılın ilk yarısını aşan bir süredir, beslenme ve halk sağlığı alanındaki gelişmeler infeksiyon hastalıklarının insidansını azalttığı için çocuk ve genç erişkinler arasında yaşam beklentisindeki artış dikkat çekmektedir. Yaşam beklentisi 1970'lerden beri 55 ve daha ileri yaştaki insanlar için daha da çok artmaya başladı; bunun nedeni muhtemelen tıbbi bakımdaki gelişmelerdir ya da hayatın erken evrelerinde daha sağlıklı koşullarda yaşamanın bir sonucu da olabilir (Marmot ve Nazroo 2001).

'Yaşlanan nüfus' ile ilgili bu fenomen, sağlık ve sosyal hizmetlerdeki değişen bağımlılık oranları ve artan maluliyetin potansiyel etkileri konusunda yol gösterici olmuştur. Örneğin, 2030 yılı itibariyle, İngiltere'de emeklilik yaşındaki her bir insana çalışan yaşta 2.5 insan düşecektir; bu oran 2002'de 3,4'tür. Ayrıca, nüfusun yaş yapısındaki değişikliklerin yanısıra, yaşlanmanın dinamiklerinin değiştiği de görülmektedir. Örneğin, morbidite hipotezinin (Fries 1980, 1989; Fries ve Grapo 1981) özeti, Birleşik Devletler'de morbidite seviyelerinin mortalite seviyelerinden daha hızlı bir şekilde düştüğünü göstermekte olup, bu durumun daha yaşlı ancak daha sağlıklı bir nüfus ile sonuçlanacağını belirtmektedir. Her ne kadar kesitsel değişikliklerin altında yatabilecek nedensel etkiler ve maluliyetin değişen örüntüleri hakkında uzun dönemli veriler olmadığı sürece varsayımın ötesine geçmek imkansız olsa da, bu hipotezi destekleyen kesitsel veriler mevcuttur (Bebbington 1991; Manton ve ark. 1997; Singer ve Manton 1998; Spillman 2004; Waidmann ve Manton 1998).

Birleşik Devletler'de 'başarılı yaşlanma' görüşü (Rowe ve Kahn 1998), yaş-

lanmanın kaçınılmaz hastalık ve çöküş ile ilgili olması gibi geleneksel yaşlanma klişelerine bir cevap olarak ortaya çıkmıştır. Rowe ve Kahn başarılı yaşlanmayı, hastalık veya maluliyet olmaması, bilişsel ve fiziksel fonksiyonların devam etmesi ve yaşamla bağlantılı olmak (bağlantılı olmayı hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantı olarak kullanmaktadır) olarak tanımlamaktadırlar. Buradaki ana vurgu, başarılı yaşlanmanın, bireylerin hayat tarzı seçimleri ve sağlık tutumlarının üzerinde kontrolleri olduğudur. İngiltere'de 'üçüncü yaş' teorisi geç dönemdeki yaşamı, bireylerin hayatlarını planlamak ve bu planların peşinden gitmek için maaşlı iş ve çocuk bakımı gibi sorumluluklarından kurtulduğu, potansiyel bir kendi kendine yetme dönemi olarak betimlemektedir.

Ancak başarılı yaşlanma ve üçüncü yaş, yaşlılıkta para ve sağlığa erişim varsayımını, yaşlılar arasında ekonomik eşitsizlikler veya sağlık eşitsizliklerini dikkate almadan yapmaktadır (Bury 1995). Sağlıklı ve aktif yaşlanma deneyimi, ne tamamen aynı şekilde, ne de rastgele olur. Örneğin, 1997-1999 döneminde, mesleksel açıdan 1. sosyal sınıftaki 65 yaş erkekler (17,5 yılda) için yaşam beklentisi, mesleksel açıdan 5. sosyal sınıftaki erkeklerden %30 daha uzundu (Donkin ve ark. 2002).

Yaşam beklentisindeki eşitsizliklerle birlikte, morbiditede tahmin edilen baskının bazı nüfus grupları için ortaya çıkması muhtemeldir, ancak aynı durum diğer gruplar için geçerli değildir. Melzer ve ark. (2000) 65-69 yaş grubundaki gerek kadın gerek erkekler için maluliyetteki bağımsız yaşam beklentisinin, mesleksel sınıflarla birlikte belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koydular. İngiltere hükümeti, en azından 1998 yılından beri yaşlılar arasında daha geniş bir bağımsızlık anlayışını benimsemektedir (Department of Health – Sağlık Dairesi 1998). Bu yüzden, izlenen politikanın kritik bir sorusu da, yaşlı nüfusunun hangi kısmının sağlıklı aktif bir yaşam sürdüreceği ve hangi kısmının günlük yaşam faaliyetlerinin sürdürülmesi için resmi veya resmi olmayan kaynakların desteğine bağımlı olacağının sorulmasıdır. Buna cevap vermek için, sağlıktaki eşitsizliklerin yaşlılar arasında nasıl dağıldığını ve bunların altında yatan süreçleri anlamamız gerekmektedir.

Bu bölüm öncelikle, pek çok çalışmanın ileri yaşlardaki eşitsizliği üreten mekanizmaların neler olabileceğine bakan teorileri denemekten çok, farklılıkların belgelenmesine odaklanmış oldukları sonucunu çıkararak, ileri yaşlarda sağlığın sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri araştırmalarını gözden geçirmektedir. Bölüm daha sonra, sosyo-ekonomik konum ya da sosyo-ekonomik konum ve sağlık arasında uzanan yoldaki araçlarda olduğu gibi, bu eşitsizliklerle ilişkili olabilecek birçok özgül sosyal belirleyiciyi tartışmaktadır. Yaşamın uzaması ve eşzamanlı olarak mortalitenin potansiyel baskılanmasındaki seküler değişimler daha yaşlı insanlarda sağlığın sosyal belirliyicileri konu başlığıyla ilişkiliyken, seküler değişikliklerin altında yatan etkenler bu bölümün odağı değildir.

13.2 İleri yaşlarda sağlıktaki eşitsizlikler: Avrupa ve Kuzey Amerika'dan kanıtlar

Sağlık eşitsizliklerindeki ampirik ve teorik çalışmaların büyük kısmı 'istihdam yanlılığı' olarak karakterize edilmiştir (Dahl ve Birkelund 1997). 1980 Siyah Bildiri (Black Report)'den beri (Townsend ve Davidson 1982), bu tartışma birincil olarak çalışma yaşındaki nüfus üzerine odaklanmıştır (Feinstein 1993; Fox 1989; Whitehead 1987). Yaşlılarda sağlık ve sosyo-ekonomik konum arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar, çalışma yaşındaki nüfustaki sağlık eşitsizlikleri çalışmalarından on veya yirmi yıl sonra başlamıştır (Arber ve Ginn 1993; Dahl ve Birkelund 1997). Yaşlılardaki sağlık eşitsizlikleri çalışmalarının sonuçları çalışan yaş grubu bireyleri için olan bulgulara göre biraz daha az tutarlı olup, bu durum özellikle de sosyal konumun ölçüsünü mesleki bir sınıf olarak kullanan çalışmalar için geçerlidir. Amerika'daki çalışmalar eğitim ve/veya gelir eşitsizliklerini değerlendirmekteyken, İngiliz çalışmaları temel olarak mesleksel sınıf üzerine odaklanmayı tercih etmiştir. Bu kısım çoğunun, artan yaşla birlikte farklılıkların büyüklüğünde azalmalar olmasına rağmen ileri yaşlarda sağlık ve iş durumdaki sosyo-ekonomik eşitsizliklerin devam etttiğini gösterdiği ileri yaş sağlık çalışmalarını gözden geçirmektedir.

13.2.1 Eğitim

Temel dayanaklar ve –bazı durumlarda– diğer sosyo-ekonomik belirleyicilere göre düzeltmeler yapıldıktan sonra, Amerika'daki çalışmalar arasında en tutarlı ilişki, gerek kesitsel çalışmalar (Berkman ve Gurland 1998; Longino ve ark. 1989; Ross ve Wu 1996; Smith ve Kington 1997) gerek uzamsal çalışmalarla (Guralnik ve Simonsick 1993; Harris ve ark. 1989; Hubert ve ark. 1993; Liao ve ark. 1999; Maddox ve Clark 1992; Maddox ve ark. 1994; Palmore ve ark. 1985; Strawbridge ve ark.1996), eğitime erişimin yaşlılarda fiziksel maluliyet ile ters orantılı olduğudur. Bu bulgular, daha sonra İspanya'daki iki yıllık izlem çalışmasında olduğu gibi (Beland ve Zunzunegui 1999) Finlandiya (Rautio ve ark. 2001; Sakari-Rantala ve ark. 1995) ve İtalya'daki (Amaducci ve ark. 1998) kesitsel çalışmalarının kanıtları ile de desteklenmiştir. Aslında, yalnızca İspanya'da yürütülen uzamsal bir çalışma (Beland ve Zunzunegui 1999), 65 ve üzeri yaşlardaki insanlar arasında iki yıl boyunca eğitim ve fonksiyonel çöküş arasındaki ilişkinin temelde sağlık durumu ile açıklandığını göstermiştir.

Kuzey Amerika'daki eğitim ve başarılı yaşlanma arasındaki ilişkiyi değerlendiren uzamsal çalışmalar ise tersine sonuçlar vermekteydi. Örneğin, Roos ve Havens (1991) Manitoba Uzamsal Yaşlanma Çalışması'nda (Manitoba Longitudinal Study of Ageing) kadın ve erkekler arasındaki 12 yıllık takibin ardından, te-

melde ne meslek ve eğitimin, ne de gelirin başarılı yaşlanmayı (bir kurumda olmamak, günlük yaşam aktivitelerinde bir bağımlılık göstermemek, sağlığını mükemmelle iyice arasında değerlendirmek ve iyi bir akıl sağlığına sahip olmak olarak tanımlanır) belirlediğini göstermiştir. Aksine, Honolulu Kalp Programı'nda, sırasıyla 15 ve 25 yıllık izlemlerde, 45-68 yaşındaki insanlar arasında gerek eğitim gerekse geçmiş meslek durumu, başarılı yaşlanma (hayatı tehdit eden hastalık olmaması ve fiziksel ve zihinsel fonksiyonların devam etmesi olarak tanımlanmıştır) ile ilişkilidir (Reed ve ark. 1998). Bu, sigara kullanımı, biyolojik ölçümler ve Japonya'da geçirilen yıllar göz önüne alındıktan sonra yapılmıştır. Elbette ki, bu iki çalışmanın sonuçları arasındaki farklar, başarılı yaşlanma tanımlamalarındaki farklılıklarına bağlı olabilir.

Ayrıca Avrupa ve Kanada'daki bazı kesitsel çalışmalar, fiziksel fonksiyonlar dışındaki sağlık sonuçlarının yaşlılar arasında SF-20 (Kempen ve ark. 1999) veya SF-36'nın (Regidor ve ark. 1999) belirli ölçülerinde olduğu üzere bilişsel işlevler (Rautio ve ark. 2001; Steel ve ark. 2003) ve ileri yaşta kendiliğinden bildirilen sağlık (Cairney 2000; Cairney ve Arnold 1996; Reijneveld ve Gunning-Schepers 1995; Veenstra 2000) (ancak bir çalışma yakın dönemlerde ileri yaş kohortlarında bu ilişkiyi reddetmektedir) gibi eğitsel edinimlerle ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

1.3.2.2. Mesleksel sınıf

Britanya ve kıta Avrupası'ndaki kesitsel çalışmalar mesleksel sınıf ile ileri yaşlardaki kendiliğinden bildirilen sağlık (Arber ve Ginn 1993; Damian ve ark. 1999; Falaschetti ve ark. 2002; McMunn ve ark. 2003; Rakhonen ve Takala 1998;Thorslund ve Lundberg 1994; Victor 1989, 1991), tanımlanmış fiziksel engellilik (Arber ve Ginn 1993; Blaxter 1990; Hirani ve Malbut 2002; Parker ve ark. 1994; Rakhonen ve Takala 1998; Steel ve ark. 2003), uzun süredir devam eden kısıtlayıcı hastalıklar (McMunn ve ark. 2003; Rakhonen ve Takala 1998; Victor 1989,1991) ve bir vakada ise performans ölçümüne dayalı fiziksel fonksiyonlar (Parker ve ark. 1994) arasında ilişki bulunduğunu belgelemiştir.

Swain (1993), Sağlık ve Yaşam Tarzı (SVYT) çalışmasından alınan kadın ve erkeklerin ilk mülakatlarından yedi yıl sonra izlendiği yaşlılar arasında, uzamsal incelemeyle sağlıktaki sınıf eşitsizlikleri üzerine çalışmıştır. Temelde 60 yaş ve üzerinde olan bu insanlarda, tek başlarına bakım evlerinde bulunmak, yedi yıl sonrasında başlangıçtaki sağlık durumlarının kötüye gitmesi açısından dezavantajlıdır. Çok sayıda Avrupa kesitsel çalışması, yaşlılarda sınıf ve kardiyovasküler hastalıklar arasında da bağlantı olduğunu belirtmektedir. Ancak yine de sınıf ve sağlık arasındaki ilişki tüm çalışmalarda bulunamamıştır. Taylor ve Ford (1983), Aberdeen'de 600'den fazla kadın ve erkekten oluşan bir örneklem içeri-

sinde, sonuçların kendi kendine beyan edildiği şekilde sosyal sınıf farklılıklarını incelemişler ve bildirilen kronik durumlar, akut semptomlar ve bireysel olarak bildirilen kötü sağlık durumundan, yaş ve cinsiyetin sorumlu olduğunu bulmuşlardır. Fonksiyon, kendine saygı ve moralleri üzerine tanımlanan zorluklarda herhangi bir sınıf farkı bulmamışlardır. Yaşları 65 ila 84 olan İtalyanların ulusal bir örnekleminde, çiftçiler diğer çalışanlara nazaran maluliyet ile geçen yaşam yılları (ADLler) konusunda daha fazla sınırlanma göstermeye meyillidir, ancak beden işçileri ve diğer işçiler arasında herhangi bir fark bulunmamaktadır (Amaducci ve ark. 1998). Ayrıca, bazı çalışmalar sınıf-sağlık ilişkisinde belgelenmiş cinsiyet farklılıkları göstermektedir. Norveç'te, bozuk zihinsel sağlığa, ana meslekleri beden işçiliği olan 65 yaş ve üzerindeki erkeklerin, işlerini bedenleriyle yapmayanlardan daha meyilli oldukları bulunmuşken, 65 yaş ve üzerindeki kadınlar için zihinsel sağlık ve ana meslek sınıfları arasında belirgin bir fark bulunmamıştır (Dahl ve Birkelund 1997).

Mesleksel sınıfla ilgili çoğu çalışma, gerek mutlak gerekse göreceli dönemlerde, bu ilişkilerin hem kendiliğinden bildirilen sağlık (Damian ve ark.) hem de fiziksel engellilik (Blaxter 1990; Steel ve ark. 2003) için yaş ile bir düşüş gösterdiğini de bulmuştur. Bu bağlantı, seçici mortaliteye bağlı sağkalım etkisinden dolayı ileri yaş gruplarında düşüş gösterebilir. Buna ilaveten, yaş ile birlikte, sınıf ve sağlık arasındaki azalan ilişki, ileri yaş grubunda mesleğe dayanan sosyal konum ölçümlerinin kullanımı konusundaki soruları arttırmaktadır; bu durum uzun süredir, kadınların işgücüne düşük katılım oranı ve doğum sonrasında kalıcı mesleksel mevkii indiriminden dolayı kadınlar arasındaki (örneğin, bkz. Kreiger ve ark. 1999; Macran ve ark. 1994; Martikainen 1995) sağlık eşitsizliklerini araştırmada metodolojik bir problem olarak tanımlanmaktadır. İleri yaş çalışmalarının çoğu, bireylerin en son veya ana mesleksel sınıflarını ya da hanehalkı reisi veya evli kadınlar için eşlerini kullanarak bu durumun üstesinden gelmeye çalışmışlardır.

Çalışma yaşı sonrasında, sosyo-ekonomik durumun meslek tabanlı ölçümlerinin kullanımının problem oluşuna bir örnek olarak, birinci Whitehall İngiliz devlet memurları çalışması (ilk çalışmada 40-69 yaş arasında olan erkekler) verilebilir. Çalışma, mortalite tahmininde mesleksel sınıfın gücünün emeklilik sonrasında çarpıcı bir biçimde azaldığını gösterirken, bir araba sahibi olabilmenin gücünün emeklilik sonrasında çok daha az düştüğünü göstermiştir (Marmot ve Shipley 1996). Bu durum, emeklilik öncesi mortalite (gerek mesleksel hiyerarşideki konumun özgül etkileri gerekse daha genel sosyo-ekonomik etkenler) için sosyo-ekonomik konum farkının, çalışma konumunun özgül etkilerinin muhtemelen azaldığı ancak sosyo-ekonomik durumla bağlantılı diğer etkilerin önemli kaldığı emeklilik sonrası mortalite için olduğundan daha önemli olduğunu gös-

termektedir. Yine de, ilk Whitehall kohortu üzerindeki ileri çalışmalar mesleksel seviyenin yaşlılardaki işlevselliğin tahminini güçlü bir şekilde gösterdiğini ortaya koymuştur (Breeze ve ark. 2001).

13.2.2 Gelir ve zenginlik

Amerika'daki birçok çalışma özellikle gelir olmak üzere maddi durumla, sağlık veya ileri yaştaki insanların işlevselliği arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Britanya'da maddi durum göz önünde bulundurulduğunda, çalışmalar birkaç istisna dışında, gelirdense ev sahibi olma üzerine odaklanmaya eğilimlidir. Genel Hanehalkı Araştırması'na (General Household Survey – GHS) katılan 65 yaş ve üzerindeki insanlara bakıldığında, Arber ve Ginn (1993) diğer sosyo-ekonomik faktörler düzeltildikten sonra, o günkü hanehalkı gelirinin hem kendiliğinden bildirilen kötü sağlık hem de işlevsellikle ters orantılı olduğunu bulmuşlardır. Kendi evinde oturmaktansa kirada olunması ve hanede araba bulunmuyor olmasının her ikisi de sağlığın bozulması konusunda büyük birer risk etkenidir. İşlevselliğin bozulması, kadınlar için kirada oturmakla, erkekler içinse arabası olmamaları ile ilişkilidir.

Britanya'da yaşlı insanlar arasında maddi durum ve sağlık konusundaki uzamsal bir çalışma İngiliz Hanehalkı Panel Araştırması (British Household Panel Survey – BHPS) kullanılarak yürütülmüştür (Salas 2002). 1991'deki referans noktasına göre, 60 yaş ve üzeri bu insanlar arasında, diğer sosyo-ekonomik faktörler düzeltildikten sonra, dört yıl sonunda, erkekler arasında gelir ve kadınlar arasında ise araba sahibi olmak kişisel sağlık konusunda tahmin yaptırmıştır. Düzenlemelerin ardından geçen dört yılın sonunda ev sahibi olmanın kişisel sağlığı etkilemediği görülmüştür. Uzamsal çalışmanın analizi göstermiştir ki, orta yaş ve erken ileri yaşta ev ve araba sahibi olmak 20 yıl sonra kalıcı bir hastalığa sahip olma durumunu sınırlamaktadır (Breeze ve ark. 1999). Her ne kadar bir Fin çalışması sağlık durumu ve yaşam düzenlemelerinin diğer göstergeleri düzeltildikten sonra gelirin hareketlilikle belirgin bir ilişkisinin olmadığını gösterse de (Sakari-Rantala ve ark. 1995) diğer Avrupa ülkelerinde, düşük gelir düzeyinin ileri yaşta genel olarak daha kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Beland ve Zunzunegui 1999; Dahl ve Birkelund 1997; Martelin 1994; Rautio ve ark. 2001).

Kuzey Amerika'daki pek çok kesitsel çalışma, çok sayıdaki etken dışarıda bırakıldıktan sonra, hanehalkı gelirinin işlevsellikle (iki çalışmada kişisel sağlık ve bir çalışmada hayat tatmininde olduğu gibi) olumlu bir ilişki içinde olduğunu göstermiştir (Berkman ve Gurlund 1998; Cairney 2000; Forbes ve ark. 1991; Newacheck ve ark. 1980; Smith ve Kington 1997; Usui ve ark. 1985; Veenstra 2000). Ayrıca bazı çalışmalarda sonuçlar karışık verilmiş olsa dahi, birçok Ame-

rikan uzamsal çalışması gelir ve hayatın geç dönemlerindeki işlevsellik arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Guralnik ve Kaplan 1989; Guralnik ve Simonsick 1993; Strawbridge ve ark. 1996). Örneğin Palmore ve meslektaşları (1985) temelde 70'li yaşlarının başında veya daha yaşlı insanlar, 10 yıldan uzun bir dönem incelendiğinde, gelirin fiziksel işlevsellikte değil ancak bilişsel işlevsellikteki azalma ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Alameda County çalışmasında, temelde 50-89 yaş arasındaki insanlar arasında, yaş, cinsiyet, sosyal tecrit, sigara, kilo ve depresyon konusunda düzeltmeler yapıldıktan sonra, 10 yılın üzerindeki bir takip sonucu, düşük gelirin oluşmuş hareketlilik problemlerini etkilemiş ancak öz bakım problemlerini etkilememiş olduğu gösterilmiştir (Kaplan 1992). 1971 Birleşik Devletler Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Çalışması (NHANES)'nda 50-77 yaş insanlar arasındaki 10 yıllık izlemde, düşük aile geliri engelliliğin başlangıç zamanını (eğitim düzeyi düzeltilmiştir) etkilemiştir, ancak bu durum sadece erkekler için geçerlidir (Hubert ve ark. 1993).

Diğer çalışmalar yoksulluk ve işlevsellik arasında herhangi bir ilişki bulmamışlardır. Örneğin, Yaşlanma Uzamsal Çalışması'nda (Roger ve ark. 1992), 70 yaş ve üzerindeki insanlar arasında temelde yoksulluk, iki yıl ve üzerinde engelliliğin başlangıcı ve engellilikle ilişkili değildir. On yılın üzerindeki bir süreçte beş mülakatın yer aldığı Uzamsal Emeklilik Tarihi Çalışmasında (Longitudinal Retirement History Study), takip eden iki yıl içerisinde yoksulluk, işlevsel kaybın başlangıcını öngörmemiştir, ancak işlevsel kayıp, çalışan ve yaşları 58 ila 63 arasında değişen insanlar içinde yoksulluğun başlangıcını öngörmüştür; bu durum maddi durum ile işlevsellik arasındaki ilişkide tersine bir nedenselliği göz önüne sermektedir (Maddox ve ark. 1994).

Her ne kadar çoğu Amerikan çalışması sağlıkta gelir eşitsizlikleri üzerine odaklanmış olsa da (gelir üzerindeki sağlık etkilerinde olduğu gibi), çok daha azı da varlık üzerine odaklanmıştır. Sosyal konumun ölçümünde mesleki sınıfın kullanılması gibi, kazançları az olmakla birlikte varlıkları yüksek olup bu yüzden tüketimlerinin çok olabileceği emekliler arasında da ekonomik konumun ölçümünde, gelirin bir araç gibi kullanımı problemlidir. Daha yaşlı bireyler için, genel olarak biriktirilmiş kazanımlar, edinilen ekonomik kaynakların yanı sıra, hayat boyu ekonomik durumun belirleyicisi olarak gelirden daha kullanışlı bir göstergedir. Robert ve House (1996), likit finansal varlık ve ev sahibi olmanın 65 ila 84 yaşındaki insanlar arasında fonksiyonel sağlığın daha iyi birer belirleyicisi olduğunu ve 75 ila 84 yaşındakiler arasında da ev sahibi olmanın bir dizi kronik hastalık açısından eğitim ve gelirden (kendilerinin veya eşlerinin) daha iyi birer belirleyici olduğunu bulmuşlardır; ancak yaşlı insanlar arasında varlık, kişisel sağlığı öngörmede, eğitim ve gelirden daha iyi bir belirleyici değildir.

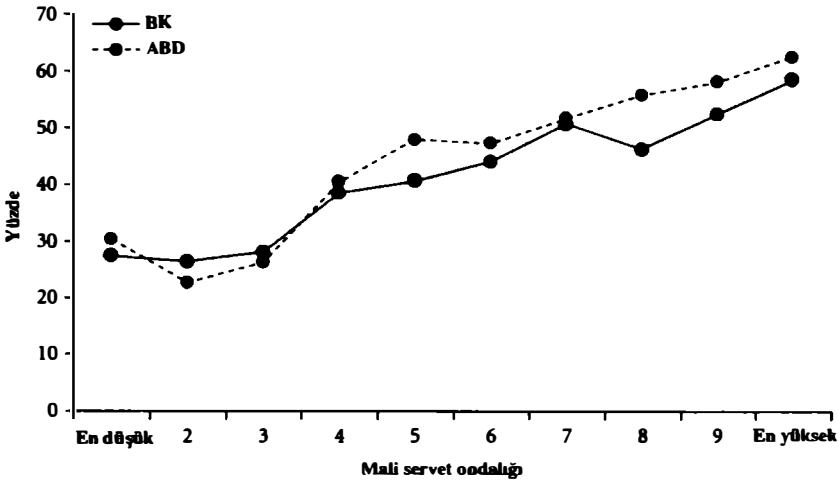
İngiltere'de sağlıktaki varlık eşitsizliklerindeki çalışmalar nadirdir; ancak ula-

şılabilir verilerin eksikliğinden dolayı değil. İngiliz Uzamsal Yaşlanma Çalışması (The English Longitudinal Study of Ageing – ELSA) (Marmot ve ark. 2003) – İngiltere'de 50 yaş ve üzeri temsili insanlardan oluşan toplu çalışma– İngiltere'de varlık, gelir ve sağlığın detaylı ölçümünü içeren ilk çalışmadır. ELSA sonuçları, 50 yaş ve üzerinde olanlar için kötü sağlık bildirimi ihtimalinde güçlü bir varlık gradyanı göstermektedir ve tüm yaşlarda iyi sağlık bildirenlerin ortalama varlığı vasat veya kötü sağlık bildirenlerinkinin yaklaşık üç katıdır (Banks ve ark. 2003).

Yine de bu ilişkiler de kesitseldir ve yalnızca ELSA'nın ileri etkilerine ulaşılabilir olunduğunda nedensel açıklamaların araştırmaları başlayabilir. Ancak diğer çalışmalar göstermiştir ki, bireylerin başlangıçtaki sağlık durumları kontrol edilirken bile, varlık dağılımında bunların konumları sonuçtaki mortalitelerin önemli bir göstergesidir (Attanasio ve Emerson 2003).

Yaşlılar arasındaki varlığın kapsamlı bir ölçümünü sağlamasının yanı sıra, ELSA'nın ortaya çıkışı, yaşlılardaki sağlık ve maddi durum arasındaki ilişkinin doğrudan karşılaştırılmasının ELSA'nın çoğunluğuna taban teşkil eden Sağlık ve Emeklilik Çalışması (HRS) kullanılarak İngiltere ve Amerika arasında yapılabileceği anlamına gelmektedir. Şekil 13.1 ELSA'nın ilk dalgasını (2002) kullanarak yayınlanmamış analizi ve HRS'nin 2000 dalgasını göstermektedir. Şekil, onda birlik finansal değerlerle mükemmel veya çok iyi sağlık sonuçları bildiren 60-74 yaş arası insanların yüzdesini göstermektedir. İyi sağlık ile finansal varlığın net, olumlu bir ilişki göstermesinin yanı sıra, belirgin orandaki farklı sağlık ve sosyal yardım sistemlerine rağmen, iki ülkedeki kişisel sağlık gradyanlarının çok benzer olduğunu da göstermektedir.

Özetle, her ne kadar farklı zamanlarda bunlar daha genç yaşlarda daha küçük



Şekil 13.1 Mali servet ondalığına göre düzenlenmiş, mükemmel veya çok iyi sağlık durumu bildiren 60-74 yaşlarındaki bireylerin yüzdesi.

olabilse de, burada gözden geçirilen çalışmaların büyük bir kısmı sağlıkta devam eden sosyo-ekonomik eşitsizlikler ile yaşlılar arasındaki işlevselliği belirtmektedir. Bu kanıt, mesleki sınıf, eğitim ve gelire dayalı yapısal eşitsizlikleri göstermekte, ancak bu eşitsizliklerin arkasındaki mekanizmaları açıklama konusunda yetersiz kalmaktadır. Bunlar, maddi durumlar, sosyal entegrasyon ve çevrenin kontrolü gibi sağlığın daha özgül sosyal belirleyicilerindeki yapısal sınırlandırmaları gösteriyor olabilir. Bu bölüm şimdi, genel olarak sağlık eşitsizliklerinin altında yatabilecek sağlığın bazı özgül sosyal belirleyicilerine dönecek ve özellikle yaşlı insanlar arasında bunların eşitsizliklerle nasıl ilişkili olduğunu tartışacaktır.

13.3 İleri yaş sağlığında yaşam seyri bakış açısı

13.3.1 İleri yaş sağlığının erken erişkinlikteki belirleyicileri

Yaşlılıkta sağlığın sosyal belirleyicileri göz önüne alındığında, akla gelen bir soru da hayatın erken dönemleri ile karşılaştırıldığında o anki durumun göreceli önemidir. Örneğin, sosyal ve çevresel stres, sağlığı biyolojik yollardan (bkz. Bölüm 2) etkiliyorsa, yaşamın hangi döneminde ve ne sürelerle bu stres en fazla etkilidir? İngiliz doğum kohortları ve Whitehall II çalışması, ileri yaş erişkinlerde erken yaşamın etkileri ve sağlık arasındaki ilişkilerin en az üç modelinin geliştirilmesine öncü olmuştur.

- Yaşam seyri hipotezi hayatın başlangıcından itibaren süregelen avantaj ve dezavantajların birikimini vurgulamaktadır (Brunner ve ark. 1999; Kuh ve ark. 1997; Power ve Hertzman 1997)
- İkinci bir model, anne karnındaki dönemi de kapsamakla birlikte, hayatın erken dönemlerinde ortaya çıkıp sağlık üzerine geç etkileri olan latent bir etkiyi tarif etmektedir (Barker 1994, 1995; Marmot ve Wadsworth 1997).
- Üçüncü bir model ise hayatın erken dönemlerindeki sosyal durumun herhangi bir doğrudan etkisi olmadığını önermekle birlikte, bu tip durumların insanın ileriki yaşamlarında kavuşacağı sosyal ve ekonomik konumu etkileyeceğini ima etmektedir ve bu faktörler, kişinin eş zamanlı olarak sağlığını da etkileyen sosyo-ekonomik konumunda görevlidir (Marmot ve ark. 2001).

Yaşamın erken dönemindeki koşullar ile ileri yaşlardaki sağlık durumu (Bölüm 3'te tartışılmıştır) arasındaki kesin ve doğru olabilecek bağlantı modelleri, bireylerin uzun dönemdeki detaylı uzamsal incelemelerinin gereğini ortaya koymaktadır. Özellikle sigorta amaçlı durumlar için, hayatın geç döneminde ileri yaş sağlık eşitsizliklerini hâlen düzeltebilecek faktörlerin olup olmadığının bilinmesi önemlidir. İngiliz doğum kohortu çalışmaları, ileri yaş morbidite ve mortalite üzerine erken ve geç yaşam etkilerinin göreceli önemi üzerine değerli bilgiler

sağlamıştır. 1946 kohort analizi çocukluktaki sosyal sınıfın 53 yaşındaki erişkinlerin obezitesi için bağımsız bir belirleyici olduğunu göstermiştir (Hardy ve ark. 2000; Langenberg ve ark. 2003). Buna alternatif olarak, aynı kohorttaki kadınların analizi, gerek çocukluktaki sosyal sınıf gerekse eğitimin, 54 yaşına gelindiğindeki kişisel sağlıkla ilişkili olmadığını; ancak bunların erişkinlerin sosyal sınıfı üzerine etkileri bulunduğunu ortaya koymuştur (McMunn 2004).

Ancak, yalnızca 1946 doğumlu kadın ve erkekler (İngiliz doğum kohortlarının en yaşlıları) bizim ilgilendiğimiz yaş grubunun başına ulaşabilenlerdi. Çoğunlukla, ileri yaşta sağlık üzerine hayat boyu etkili olan sosyal belirleyicilerin etkilerine ilişkin sorulara cevap bulabilmek üzere, bu günlerde geçerliliğini koruyan diğer verilere de bakmamız gerekir. Barker'ın in utero programının araştırmasında, Koupila ve ark., 70 yaşında ortalama boy üzerindeki erkeklerde hipertansiyon ile doğum kilosu arasında ters bir ilişki bulmuşlardır, ancak bu ilişki ortalama boyun altında olan insanlar için geçerli değildir. Yirmi bir yıllık bir takibe sahip olan Batı İskoçya İşbirliği Çalışması'ndan (West of Scotland Collaborative Study-Bölüm 4'te gözden geçirilmiştir) gelen kanıtlar, toplu bir yaşam modelini destekleyen temsili iş yeri alanlarından temelde yaşları 35-64 arasında değişen 5500 erkek işçi hakkındaki mortalite verilerine ulaşmıştır (Davey Smith ve ark. 1997). Katılımcılar babalarının iş durumu, ilk işlerindeki sosyal sınıfları ve geç erişkinlikteki sosyal sınıfları göz önünde bulundurularak numara sırasında göre sıfır ile üç arasında sınıflandırılmışlardır. Tüm nedenlere dayanan mortalite, sistolik ve diastolik kan basıncı, serum kolesterolü, boy, vücut kitle endeksi, akciğer fonksiyonları, semptomatik anjina ve kronik bronşit de dâhil olacak şekilde hepsi, toplu yaşam sosyal sınıfının bu ölçümü için uygulanan kademeli, adım adım ilerleyen model ile ilgilidir. Bir dizi sosyal ve psikolojik risk etkeninin düzenlenmesi, mortaliteye göre belli bir ölçüde bu ilişkilerin değerini azaltmıştır.

Batı İskoçya İşbirliği Çalışması'nın daha ileri analizi hayat döngüsünün çeşitli fazlarının farklı hastalıklar ve ölüm nedenleri açısından önemine göre değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur (Davey Smith ve ark. 1998). Kanser (mide haricindeki), koroner kalp hastalığı ve solunum hastalıklarına bağlı ölümlerin, davranışsal ve fizyolojik risk faktörlerinde de olduğu gibi, çocukluktaki değil, erişkinlikteki sosyal sınıf ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aksine, inme ve mide kanserine bağlı ölümler, beden kitle endeksinde de olduğu gibi, en fazla çocukluktaki sosyo-ekonomik durumlarla ilişkilidir (1946 kohortundan edinilen bulgularla uyumlu olacak şekilde).

Amerika'da, Erişkin Erkeklerin İş Gücü Piyasası Deneyimi ile ilgili Ulusal Uzamsal Çalışma (NLS) (Bölüm 4'te gözden geçirilmiştir.) –1966'da 45-59 yaş arası yaklaşık 5000 erkeği 1983'e dek takip edilen bir panel çalışma --eğitimin kontrol edilmesinin babanın mesleği ile geç dönemdeki mortalite riski arasında

görülen ilişkiyi önemli ölçüde ortadan kaldırdığını bulmuştur (Mare 1990). Ayrıca ileri çalışmalar, eğitimin geç dönemdeki mortalite üzerine etkisinin muhtemelen erişkinlikteki eğitimle edinilmiş mesleki konumdan kaynaklı zenginlikle işlediğini öne sürmektedir; bu da erken dönemdeki olayların etkilerinin genel olarak sonraki deneyimler yoluyla aktarıldığını göstermektedir. Bir Norveç çalışması, çocukluktaki ekonomik zorlukların kendi erişkin sosyal sınıflarındaki düzenlemeler yapıldıktan sonra erkeklerde, ileri yaştaki birçok ciddi hastalığın birer belirleyicisi olduğunu bulmuştur (Dahl ve Birkelund 1997). Ayrıca, İsveç'teki Yaşama Düzeyi Çalışması (Level of Living Survey) 1968'den 1991 yılına kadar 500'ün üzerinde erkek ve kadını izlemiş ve izlemde eğitimin, 76 yaş ve daha yaşlılar üzerindeki kişisel fiziki işlevselliği öngörmekte olduğunu bulmuştur (Parker ve ark. 1994). Eğitim aynı zamanda, kadınlarda değil ancak erkeklerde, fizik performans testlerinin sonuçlarını da öngörmektedir.

Bu çalışmalar birlikte ele alındığında, muhtemelen izleyen sosyal ve ekonomik kurulum sürecinde ve aynı zamanda da sağlıklı davranışlarla, hastalık ve stresle başa çıkmadaki seçeneklerin (aynı zamanda seçeneklerin farkında olunulması da) artırılması yoluyla, eğitimin, geç dönemdeki sağlığın önemli bir potansiyel belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Geçtiğimiz yarım yüzyılda İngiltere'de eğitime erişebilirlikte kritik bir artış olduğu ortadadır. Ardarda birbirini izleyen İngiliz doğum kohortlarının analizi, bunların eğitim alanında özellikle anneleri olmak üzere, anne babalarından daha iyi eğitim olanakları ile karşılaştıklarını göstermiştir. Örneğin, 1958 kohortlarının %26'sı ve 1970 kohortlarının %36'sı bir diploma, derece veya mesleksel yeterlilik almışken bu değer 1946 kohortlarına bakıldığında %16'dır (Makepeace ve ark. 2003). Başlangıç olarak, eğitime erişilebilirlikteki bu seküler artış, eğitimde çarpıcı cinsiyet ayrımları göstermektedir. Ancak İngiltere'deki kadınların eğitime erişimi 1970'ler sonrasında ve özellikle de 1980'lerde çarpıcı şekilde artmıştır; bu nedenle 1980'lerin sonu itibariyle kadınlar erkekleri yakalayarak insanlar arasındaki cinsiyet farklılıklarını azaltmıştır (Corti ve ark. 1995; Crompton 1993; Dale ve Egerton 1995; Joshi ve ark. 1999). İngiliz doğum kohortlarının yaşında olduğu gibi, seküler artışlar ve eğitime erişimde cinsiyet farklarındaki azalmanın, morbidite ve fonksiyonel yetersizlik seviyelerindeki cinsiyet farklılaşmalarının azalması ile, küçük ancak belirgin şekilde dezavantajlı eğitim erişimli bir grup bırakıp bırakmayacağı veya kohortlarla bu eşitsizliklere neden olan mekanizmaların değişip değişmeyeceğini görmek ilginç olacaktır. 1958 ve 1970 kohortları arasında eğitime erişimdeki değişiklikleri değerlendiren son çalışmalar (Machin ve Vignoles 2004), bu iki kohort arasında eğitime katılımdaki artışın, gelir ve sınıf açısından daha avantajlı özgeçmişe sahip olanlar arasında orantısız şekilde yoğunlaştığını göstermektedir; bu yüzden azalan bir eşitsizliktense, eşitsizlikte artış görülmektedir.

13.3.2 İleri yaşta anahtar bir geçiş dönemi olarak emeklilik

İleri yaşlarda sağlığın sosyal belirleyicileri düşünüldüğünde, eğitime ek olarak emeklilik de bu geçişte anahtar bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Emekliliğin niteliği giderek daha da belirsizleşmektedir, çünkü emeklilik yaşı çok değişken hale gelmiştir. Birçok OECD (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü) ülkesi, yaşlılar, özellikle de erkek işçiler arasındaki erken işgücü piyasasına karşı bir eğilim deneyimlemektedirler. Bu eğilim, erkeklerin büyük çoğunluğu için 'zorunlu' emeklilik yaşının artık pek çok emeklilik kararında etkili olmaması noktasında çarpıcıdır. Örneğin, ELSA'nın ilk dalgasının kesitsel analizi, devlet emekliliği yaşından beş yaşa kadar daha genç olan insanların büyük kısmının ücretli bir işte olmadığını ve işgücüne katılım oranlarının zenginlik spektrumunun her iki ucunda da en düşük seviyede olduğunu göstermiştir; hem en varlıklı bireyler için hem de en az varlıklı olanlar için inaktivitede yüksek oranlar bulunmuştur (Banks ve Casanova 2003).

Kişinin işgücü pazarından çıkışının doğasının, sonraki sağlık durumları ile bağlantılı olduğu görülmektedir. İsveç'te işsiz kalanların, önceki hastane yatışları ve iş sırasındaki sağlık durumları da göz önünde bulundurulduktan sonra, ileriki dönemlerde daha fazla hastane yatışı yaptıkları görülmüştür (Hyde ve ark. 2004b). Aksine, Whitehall II'de yer alan katılımcıların içerisinde, gönüllü olarak yedeğe alınan veya gönüllü şekilde emekli olan insanların sağlık durumlarının daha iyi olması, ilki için emekli olmadan önceki sağlık durumu ve ikincisi için mesleksel seviye ile açıklanmaktadır (Hyde ve ark. 2004a). İngiltere'deki yaşlıların sağlık, varlık ve yaşam tarzları üzerine ulusu temsil eden uzamsal verileri, sonuçtaki sağlık için işgücü piyasası çıktılarının nitelik ve zamanlamasının ne kadar önemli olduğunu anlamada büyük yarar sağlayacaktır.

13.3.3 İleri yaşlardaki sosyal belirleyiciler ve sağlık: yön sorusu

Yaşam seyri bakış açısı aynı zamanda ilişkilerin yönüne ilişkin soruların da tamamlayıcısıdır. Nedensel bağlantılar, genç yaşlarda daha sağlıklı olanların daha yüksek seviyede eğitim, meslek ve gelir edinme olanaklarına katılım ve sahip olmalarıyla her iki yoldan işleyebilir. İlişkilerin yönünü doğru anlamaya çalışmanın bir yolu, sosyo-ekonomik konum ve geç sağlık durumuyla ilgili uzamsal veriler arasındaki ilişkiyi değerlendirirken, önceki sağlık durumlarını istatistiksel olarak ayarlamaktır. Camacho ve ark. (1993) önceki yirmi yılda sağlık sorunları göz önüne alınıp ayarlandığında, işlevsellikteki sosyo-ekonomik etkilerin devam ettiğini göstermişlerdir. Benzer şekilde, Swain (1993) 1984/5 HALS'ta 60 yaş ve üzerindeki erkek ve kadınlar arasında göstermiştir ki, temelde kişisel sağlık açısından konumlandırıldıktan sonra, beden işçileri sınıfında olanların, muhtemelen iyi veya kötü sağlık durumlarını, beden işçileri olmayan benzerlerinden yedi yıl

daha sonra belirtmektedirler. Sundquist ve Johansson (1997), geniş bir popülasyona dayanan izlem çalışmasında, temel kişisel sağlık ve evlilik durumu göz önüne alındıktan sonra, mortalite oranlarındaki eğitim farklılıklarının devam ettiğini gösterirken, Rogers ve ark. (1992) göstermiştir ki, eğitim izlemde iki senenin üzerinde özürlülüğün başlangıcı ile ilişkilidir. Melzer ve ark. (2001) özürlülükteki eğitimsel farklılıkların, tekrar dönemlerinde süreklilik dönemlerinden veya özürlülük olduğundaki mortalite oranlarından daha çok arttığını göstermektedir. Ancak, yaşlılıkta sosyo-ekonomik durumdaki geçişlere ve sonuçtaki işlevsellik veya sağlığa yönelen tek çalışma (Maddox ve ark. 1994) bu ilişkilerin her yoldan çalıştığını bulmuştur. Ayrıca, Amerika'da yaşlı insanlar için endojen sağlık etkileri bulunmuştur. HRS ve AHEAD çalışmalarından verileri kullanarak, Smith (1999) kötü sağlığın yeni dönemlerinin mal varlığı birikimini azalmasına neden olduğunu göstermiştir.

Elbette ki, ileri yaşta sosyo-ekonomik durumdaki değişimleri ve bu değişimlerin sağlıktaki değişikliklerle nasıl ilişkili olduğunu anlamak, ileri yaşta sağlığın sosyal belirleyicilerini anlamanın çok önemli bir kriteridir.

13.4 Emeklilik sonrası sosyal çevredeki risk faktörleri

Bu bölümün ilk kısmı ileri yaşlarda sağlıktaki sınıf farklılarını araştıran çalışmaları gözden geçirmiş ve ne sosyal konumun anlamının ne de sosyal konumun hangi yönlerinin sağlık için önemli olabileceğinin iyi bir biçimde ele alındığını kaydetmiştir. Yirminci yüzyılın sonuna doğru, hem İngiltere'de hem de Amerika'daki uzmanlar doğrudan teoriden türemiş olan sosyo-ekonomik durum ölçümlerinin kullanılmasının gereğine dikkat çekmişlerdir (Bartley ve ark. 1999; Krieger ve ark. 1997; Sacker ve ark. 2001). Maddi durumlar, çalışma koşulları ve sosyal konum veya prestij gibi sosyal sınıf ölçümleri ile elde edilmiş olabilen pek çok sosyal ve ekonomik kurgu bulunmaktadır (Bartley ve ark. 1999; Krieger ve ark. 1997; Sacker ve ark. 2001).

13.4.1 Kontrol

Çalışma koşulları ile ilgili olarak pek çok çalışma, işteki kontrolün sağlıktaki sosyal eşitsizliklerde önemli bir etken olması gibi psikososyal faktörleri tanımlamıştır (bkz. Bölüm 6; Hallqvist ve ark. 1998; Hemingway ve Marmot 1998; Karesek ve ark. 1981; Marmot ve ark. 1991). Eğer işteki kontrol çalışanlar için önemli ise, ileri yaşta sağlıktaki eşitsizlik çalışmaları için bir soru, emeklileri de kapsayacak şekilde çalışmayanlar için, genelde yaşam üzerindeki kontrolün bir ilişkisinin olup olmadığıdır. Evdeki kontrol üzerine Whitehall II'deki çalışmalardan elde edilen kanıtlar, bunun kadınlar için daha ilişkili olduğunu göstermiştir, ancak bu çalışma emekli bireyler için kanıt sağlamamıştır (Chandola ve ark.

2004). Bu soruya cevap bulmak için, ELSA'nın ilk dalgası hem iş hem de ev ortamı ile ilişkili sorular istemiş ve kontrol etmiştir. ELSA'nın sonuçları, hem erkek hem de kadınların yaklaşık yüzde beşinin işte zayıf kontrolü olduğuna kıyasla, kadın ve erkeklerin yalnızca %9'unun evde kontrolünün zayıf olduğunu göstermektedir (McMunn ve ark. 2003). Evde kontrolü düşük olanlarda göze çarpan herhangi bir yaş veya cinsiyet farkı gözlenmemiştir.

13.4.2 Algılanan sosyal statü

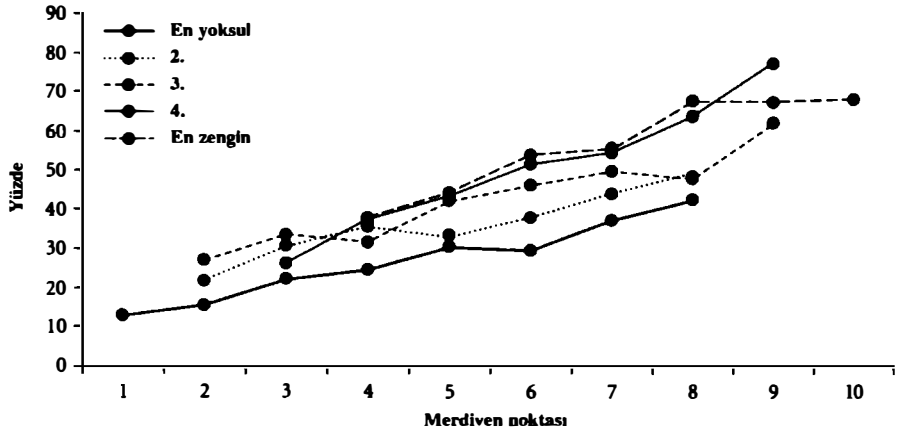
Kontrole ek olarak, Amerika'daki çalışmalarda da olduğu üzere (Adler ve ark. 2000; Ostrove ve ark. 2000) Whitehall II çalışması (Singh Manoux ve ark. 2003) ve ELSA, algılanan sosyal statünün, sosyal konumun diğer ölçümlerinden ayrı olarak, sağlıktaki eşitsizlikleri açıklayan önemli bir etken olan 'merdiven konumu'[1] ile elde edildiğini belirtmişlerdir. Şekil 13.2'de gösterilen ELSA verilerinin ilk analizi, toplamda emekli olmadan var olan varlık dahi göz önünde bulundurulup ayarlandıktan sonra, iyi sağlık bildirme ihtimalinin fark edilen sosyal durum ile birlikte arttığını belirtmektedir (Banks ve ark. 2003). Sonuçlar belirtilen işlevsel sınırlamalara (ADL'ler kullanılarak) ve yaş için ileri ayarlamalara benzerdir. Her ne kadar güncel analizler ELSA katılımcıları arasında ortalama merdiven konumunun yaş ile birlikte düştüğünü göstermekte ise de, emeklilik öncesi ve sonrasındaki insanlar için algılanan sosyal statünün öneminin değişip değişmediği, ELSA'nın bize yol göstereceği deneysel bir sorudur (Banks ve ark. 2003).

13.4.3 Sosyal destek

Bölüm 8 sosyal ilişkilerin yararlı sağlık etkilerini gösteren önemli miktarda kanıtı gözden geçirmektedir. İleri yaşlardaki sağlık söz konusu olduğunda, sosyal destek morbiditenin ve yaşla birlikte daha belirgin hale gelen işlevsellikte azalmanın belirleyicisidir ve ayrıca eş ölümü veya kronik bir hastalığın başlangıcı gibi ileriki yaşlarda ortaya çıkması daha muhtemel olan önemli yaşam olaylarında tampona benzer bir rol üstlenir.

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki doğrudan etkilerinden söz edildiğinde, ça-

[1] 'Merdiven', algılanan sosyal statüyü ölçmeye yarayan, 10 basamaklı ve kendini destekleyen resimli bir ölçektir. Katılımcılara şu sorulmuştur: 'bu merdiveni toplumumuzda insanların bulunduğu konumu belirtir gibi düşünün. Merdivenin en üstünde en iyi olan – en çok parası olan, en iyi eğitime ve ise sahip – insanlar bulunmaktadır. Merdivenin en altında insanların en kötü durumluları – en az para ve en az eğitime sahip, en kötü işte olan veya işi olmayanlar – bulunmaktadır. Bu merdivende ne kadar yüksekte iseniz en üstteki insanlara o kadar yakınsınız ve ne kadar altında iseniz de en aşağıdaki insanlara o kadar yakınsınız. Lütfen merdivende yerleşmek isteyeceğiniz basamağa bir işaret koyunuz.'



Şekil 13.2 Servetin beşlik dilimleri içerisinde farkında olunan sosyal konumla, mükemmel/çok iyi/ iyi sağlık belirten 50+ yaştaki ELSA katılımcıların oranları.

lışmalar bir olaya cevaben ortaya çıkan hipertansiyonun kişinin destek için birilerini arayabileceklerine inanıp inanmamalarına göre değişebileceği ve sosyal bağlılığın ileri yaşlarda bilişsel işlevleri devam ettirmede doğrudan etkisinin olduğunu göstermiştir (Berkman ve Glass 2000). Bu durumun hastalıklardan korunmadaki koruyucu etkisine ek olarak, bölüm 8, sosyal desteğin kronik hastalıklardaki stres ile başa çıkma konusunda yardımcı olduğunu gösteren bir çok çalışmayı gözden geçirmektedir (Berkman ve ark. 1992; Cameron 1996; Fitzpatrick ve ark. 1991; Frasure-Smith ve Prince 1985; Kiecolt-Glaser ve Glaser 1995; Lesperance ve ark. 1996; Ruberman ve ark. 1984; Williams ve ark. 1992). Sosyal destek hastalık başlangıcının etkisini yumuşattığı gibi, ekonomik konum ve sağlık arasındaki ilişkiyi de ayarlayabilir. Örneğin, sağlık sorunu olan evli insanlar formel sağlık hizmetlerine daha az bağımlı olurlar, kaynaklarını dışarıdan bakım hizmeti almak için harcamaya daha az ihtiyaçları vardır ve bu yüzden ekonomik konumlarını koruyabilme konusunda daha iyidirler.

Aynı şekilde, sınıf da sosyal ilişkileri sınırlayabilir veya besleyebilir. Örneğin, bir çalışma, yüksek gelirin ve eğitimin daha geniş sosyal ağ, iletişimde olunan insanlarla daha fazla görüşme ve daha çok gönüllü ilişkilerle alakalı olduğunu göstermiştir (Fischer 1982). Ayrıca, hem bir Kanada çalışması hem de Whitehall II, daha yüksek gelir ve eğitimin daha geniş sosyal ağlar, ağ içindekilerle daha fazla ilişki ve daha gönüllü birlikteliklerle ilişkili olduğunu göstermiştir (Stansfeld ve ark. 1998; Turner ve Marino 1994). Elbette desteğin şekli ve niteliği de önemlidir. Örneğin yakın ilişkilerin olumlu yönleri olabileceği gibi, olumsuz olanları da olabilir (bkz. Bölüm 8).

ELSA çalışması, İngiltere'de yaşlı insanlar arasındaki sosyal destekle ilgili bilgilerimize hatırı sayılır bir katkıda bulunmuştur (Janevic ve ark. 2003). Yaşlı insanların yarısından çoğunun çocuklarını haftada en az bir kez gördüğü düşünülürse, erişkin evlatların onların sosyal iletişim ağında merkezi bir rol oynadığı söylenebilir. Ayrıca, muhtemelen kendi kendilerine yaşadıkları için yalıtlanma, özellikle 70 ve 80'lerindeki kadınlar için bir sorunken, ELSA'daki yaşlılar tarafından belirtildiği gibi, olumlu ve olumsuz sosyal desteğin ölçümünün yansımasından, sosyal ilişkilerin kalitesinin yaşla ilerledikçe iyileştiğini gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Ancak kesitsel çalışmalarda, bu durumun yaşı mı yoksa kohort etkisini mi temsil ettiğini tanımlamak mümkün değildir. Burada, aynı zamanda cinsiyet farklılıklarının yaşlı insanların dünyasında önemli olduğu görülmektedir; yaşlı kadınlar sosyal sermaye ve yerel tesislere erişim konusunda yaşlı erkeklerden daha dezavantajlı iken, sosyal iletişim konusunda daha avantajlıdırlar. ELSA örneğinde kadınlar yüz yüze, telefonla veya yazılı olarak erkeklerden daha fazla iletişim içerisindedirler.

13.4.4 Bakım

Kişinin kendi çocuğuna bakmasını bir yana bırakırsak, bakım rolünü üstelenen bireylerin büyük çoğunluğu bu işi muhtemelen orta yaşlı veya daha yaşlıyken yapar (Hirst 2002). Bakıcı olmanın, özellikle ücretli bir işe girebilme yeteneğinde olduğu gibi zihinsel ve fiziksel sağlık ve sosyal etkinliklere katılımı üzerinde güçlü bir etkisi olduğu görülmüştür. Bakımı sunmakla ilişkili stres, özellikle de bakım alan kişi bilişsel olarak yetersiz olduğunda, yüksek düzeyde psikolojik bozukluklar (Schulz ve ark.1998), immün, nöroendokrin ve kardiyovasküler işlevlerde olumsuz etkiler (Vitaliano ve ark. 1997) ve artmış mortalite (Schultz ve Beach 1999) ile sonuçlanabilir. ELSA katılımcılarında bakımın kişisel sağlık üzerine etkileri, bakımı alana ve bakıcının yaşına bağlıdır. 75 yaş öncesinde, bir eş veya birlikte yaşanan kişiye bakımda harcanan saatler ne kadar fazla ise, ankete yanıt verenlerin iyi veya kötü sağlık bildirimleri o kadar yüksektir. Yine de bu model farklı bakım şekilleri üzerinde geniş kapsamlı bir genel geçerlilik göstermez (Hyde ve Janevic 2003). Ayrıca torunlarına veya anne babalarına bakan 60-75 yaş arası kadınlar dâhil edilmediği takdirde, ELSA'da bakıcılık yapanlar, bakıcılık yapmayanlara göre ekonomik olarak çok daha inaktif bulunmuşlardır (Hyde ve Janevic).

Son birkaç on yıldır, kadınların işgücüne katılımında dev bir artış görülmesine rağmen, bakım konusuna gelindiğinde, kadınların bakım görevini üstlenmeye daha meyilli olmaları gibi, ev içindeki iş bölümündeki sorumluluk açısından önemli bir cinsiyet ayrımı devam etmektedir (Martin ve Campbell 1995). Ayrıca bakım vermenin doğasında niteliksel bir cinsiyet farkı var gibi görünmektedir.

Bunun nedeni, kadınların erkeklerden daha kişisel ve yaptıkları işi sahiplenerek bakım sağlamaları, aynı zamanda bakıcı olarak daha az psikolojik rahatsızlık sergilemeleridir -bu cinsiyet farklılığı eş bakımında daha az belirgin olsa da. ELSA genelinde, kadınlar 70 yaşından önce, erkekler ise 70 yaşından sonra buna daha yatkın olmakla birlikte, kadın ve erkekler eş bakımı sağlamada neredeyse eşit bir tablo sergilemektedir. Diğer taraftan kadınlar çocuklara, torunlara, anne babaya ve eşin ailesine bakmaya daha meyillidir (Hyde ve Janevic 2003). Bakım sorumluklarındaki cinsiyet dengesizlikleri gerek işgücü katılımı gerekse sosyal yaşamda yer alma konusundaki cinsiyet farklılıklarını açıklamada bir faktör olabilir.

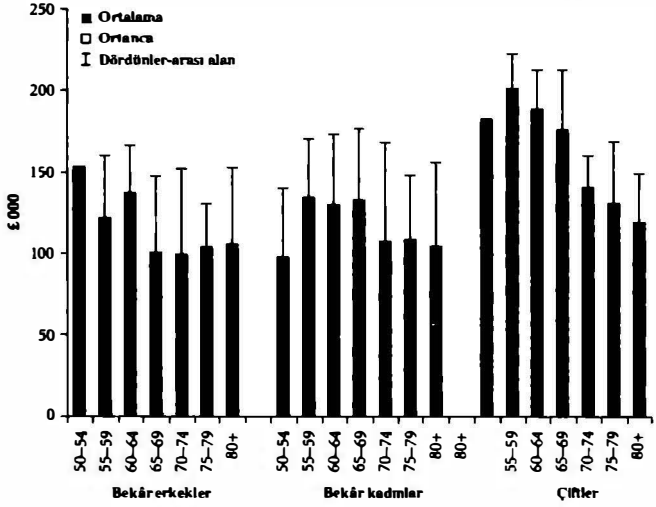
13.5 Maddi risk faktörleri ve ileri yaşta sağlık

Maddi durum ve sağlık arasındaki kesin ilişki uzun süredir tartışılmaktadır. Kaynak eksikliği pek çok yolla kötü sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasına neden olabilir: Bazıları doğrudan sağlığı geliştirici malları (örn. yüksek kaliteli sağlık hizmeti veya besleyici gıda, yüksek kalitede barınma, iyi çevre şartları) ödeme kabiliyeti ile ilişkilidir, bazıları da ekonomik kaynaklara ulaşımın getirdiği güvenlik ve kontrol anlayışına bağlıdır. Elbette bu bölümün ilk kısmında tanımlanan sağlık eşitsizliklerini açıklamak üzere, diğer yolların nedenselliğine (sağlıktan maddi kaynaklara) kıyasla bu nedensellik (maddi kaynaklardan sağlığa) yolunun önemini anlamayı amaçlayan daha kapsamlı uzun süredir devam eden ampirik bulmacalar vardır. Bununla ilgili daha kapsamlı bir çalışma, bu nedensel mekanizmaların, bu bölümde tartışılmış olan mesleksel sınıf ve eğitim gibi diğer sosyo-ekonomik durum belirteçleri ile ne kadar örtüştüğünü anlamak çevresinde şekillenmektedir.

Bir yandan maddi durum ve diğer sosyo-ekonomik yapılar henüz çözülmekte iken, öte yandan yaşlılıkla ilgili maddi durum da değişebilmektedir. İleri yaş geleneksel olarak fiziksel ve zihinsel düşüş olarak algılandığı gibi, ekonomik olarak da bir düşüş olarak algılanmaktadır. Bu kalıplaşmış düşünce, yaşlıların günümüzdeki ekonomik durumlarının kesin bir tablosu mudur ve bu durumlar ne ölçüde değişmektedir? Her ne kadar gelir, emeklilik sırasında düşüş gösterse de (Banks ve ark. 1998) zamanla emekli geliri yükselmektedir, çünkü peşi sıra gelen kohortlar daha yüksek bir yaşam boyu gelir ile emekliye ayrılmaktadırlar ve emekli maaşı gelirine ulaşmaktadırlar. Son yıllarda emekli yoksulluğu, büyük ölçüde ihtiyaca dayalı yardımlardaki cömert artışa bağlı olarak düşmüştür (Goodman ve ark. 2003). Ancak bu yaş eğilimlerinin ardında, gelir dağılımında büyük eşitsizlikler vardır; ihtiyaca dayalı yardımlara bağımlı hale gelmiş büyük bir emekli nüfusu oluşmuştur, maluliyet veya ehliyetsizlik yardımı talep eden 50-64 yaş arası erkeklerin sayısı 1980'den bu yana ikiye katlanmıştır ve yardım isteyen 50-59 yaşındaki kadınların sayısı da dördün üzerinde bir faktörle artış göstermiştir (Banks ve ark. 2002). Düşük gelirli yaşlı insanlar için yoksulluk, geçici olmaktansa kalıcıdır, çünkü görece-

li olarak az bir kısmı gelirlerini arttırmak üzere emek piyasasına başvururlar (Department for Work and Pensions – İş ve Emeklilik Bakanlığı 2004).

Bu gelir örüntüleri bilgilendirici olsa da, özellikle kazanılan para miktarının az oluşu ve mal varlığının çok küçük bir kısmının tipik olarak maaşlarla edinilmesi nedeniyle, yaşlı insanlar için servetin, gelirden daha iyi bir gösterge olduğu tartışılabilir. Gelirle karşılaştırıldığında, servet finansal tüketimden elde edileceğinden, kaynaklara ulaşımın daha iyi bir ölçüsüdür ve aynı zamanda geçmişteki birikim ve alınanların toplam birikimi üzerine daha iyi bilgi sağladığı için yaşamboyu hayat standartının iyi bir ölçümünü sağlamaktadır. Şu ana kadar, yaşlı popülasyonun servetlerini tutmalarıyla ilgili örüntüler hakkında görece az bilgimiz bulunmaktadır. Emekli maaşıyla kazanılmayan servetin seviyeleri ve özel emekli maaşlarının elde edilmesi üzerine ELSA'dan edinilen kanıtlar şimdiye kadar çok anlamlıdır; gelecekteki çalışmalar, araştırılacaklar içerisindeki özel ve devletten alınan emekli maaş oranlarının hesaplanması çevresinde şekillenecektir.



Şekil 13.3 Elsa katılımcıları arasında ortalama, ortanca ve dördünler-arası toplam (emekli aylığı hariç) servet, 2002.

ELSA verilerinin kullanarak, Şekil 13.3 kesitte göstermektedir ki, yaşlı bireylerin genellikle kendilerinden daha genç olanlardan daha az emekli maaşından kaynaklanmayan servetleri (ev, finansal ve maddi varlıklar) bulunmaktadır (Banks ve ark. 2003), ancak bu durum kohortlar karşısında var olan farklılıklara bağlı olarak zamanla azalan bir servet olarak açıklanamaz. Şekil 13.3'te gösterilen eşit olarak ayrılmış değerler, yaşlı popülasyon içerisindeki zenginlik eşitsizliklerinin çok belirgin olduğunu göstermektedir. Örneğin, 55-59 yaşları arasındaki tek erkekler içinde toplam ortalama (maaştan olmayan) varlık 122.000£ civa-

rındadır, ancak bu erkeklerin yaklaşık dörtte birindeki servet 160.000£'in üzerindedir ve diğer bir dörtte birinin serveti ise neredeyse sıfırdır. Tüm ELSA örnekleri içerisinde, 40.000£'dan fazla olan ortalama finansal varlığa rağmen, 50 yaş ve üzerindeki popülasyonun yarısının 12.000£'dan az varlığı bulunmaktadır ve dörtte birinde ise finansal olarak 1.500£ ve altında mal varlığı bulunmaktadır; bu durum bize ortalama servetin çok varlıklı küçük bir grup insan (özellikle de bekar insanlar) tarafından oluşturulduğunun derecesini göstermektedir.

Bireylerin ellerinde tuttuğu parasal varlıkların değerini ölçmek zor olsa da, emeklilik servetlerinin iki kaynak ile yükseldiğini düşünmek yardımcı olacaktır – özel emeklilik maaşları ve resmi emeklilik ödeneklerine hak kazanmak. Zamanla mesleki emekli maaşlarına erişim artarken, ayrıca 50 ve 60'larındaki bireylerin büyük kısmı belli zamanlarda özel emeklilik maaşlarına katkıda bulunmuşken, ELSA'dan edinilen kanıtlar servetin ana oluşumlarının – ev sahibi olma, maaşlar ve finansal varlıklar– ev sahibi veya finansal servet sahibi olmayanların aynı zamanda özel bir maaş sahibi olma ihtimallerinin de çok düşük olması bağlamında, olumlu bir bağlantı içinde olduğunu göstermiştir.

13.6 Sağlık davranışı ve ileri yaşta sağlık

Rowe ve Kahn'a göre (1998), sağlıklı davranışlar başarılı yaşlanmaya giden yoldur. Kişinin nasıl yaşlanacağı genetik olarak değil, bireylerin yaşam tarzı seçimleriyle belirlenmiştir. Yine de, sağlıklı tutumların sosyal konum, kültür (Elstad 1998) ve finansal sınırlamalardan (Stitt ve ark. 1995) etkilendiği bilinmektedir – en azından orta yaşta. Sosyal konum ve sağlıklı davranışlar arasındaki ilişki daha az açıktır.

Yüksek risk taşıyanlar yaşlılığa ulaşmadan ölebilir ve yaşla ya da kabulle ilgili kohort değişiklikler (sigara içmedeki kohort farklılıkları gibi) nedeniyle, alışkanlıkları değişebilir. Örneğin, sigara içenlerin prevelansı kısmen ağır içicilerin seçici mortalitesine bağlı olarak (Peto ve ark. 1994), yaşla birlikte azalmaktadır (Boreham ve ark. 1999; Mc Munn ve ark 2003). Ayrıca, farklı ülke ve sosyal gruplarda kültürel zorlamalar da, sigara içimine gerek başlamayı gerekse bırakmayı etkilemektedir (Schooling ve Kuh 2002). Tarihsel olarak, kadınların sigara içimi Amerika ve İngiltere'de 1920'lerde (Husten ve Malarcher 2000;Todd 1959); biraz sonrasında Kuzey Avrupa'da bir yerlerde ve daha sonra da Güney Avrupa'da– örneğin, 1960'ların ortalarında İspanya'nın bazı bölgelerinde (Borras ve ark. 2000) ve İtalya'da (La Vecchia ve ark. 1995) başlamıştır. Kadınların sigara kullanımı 40 yıl sonra en üst düzeye ulaşmıştır; böylece oranlar kuzey Avrupa ve Amerika'da düşmektedir, ancak henüz güney Avrupa'da durum böyle değildir (Graham 1996; Husten ve Malarcher 2000). Erkeklerdeki sigara kullanımı daha erken başlamış, yüksek seviyelere varmış ve en üst düzeye daha önce

ulaşmıştır. Sigara kullanımındaki düşüş kadınlarda erkeklerde olduğu kadar belirgin olmamıştır, bu yüzden erkek ve kadınlar için olan prevelans oranları birbirine yaklaşmaktadır (Husten ve Malarcher 2000; Rayner ve Petersen 2000).

Yaşlı insanlarda sigara kullanımı, fiziksel etkinlik ve alkol kullanımında da sosyo-ekonomik farklar belirmektedir (McMunn ve ark. 2003). ELSA'da, her ne kadar sınıf ve sigara kullanımı arasındaki ilişki yaşla birlikte çarpıcı bir şekilde azalsa de, rutin veya beden gücü gerektiren işlerde çalışanların, özellikle halihazırdaki sigara içenler olması mümkündür (McMunn ve ark. 2003). Boş zamanlardaki etkinliklere bakıldığı zaman (işle ilişkili fiziksel etkinlikler hariç), rutin veya beden gücü gerektiren işlerde çalışanlar, yüksek seviyede fiziksel etkinliğe sahip olma olasılığı en az olanlardır ve sedanter yaşam biçimlerine kadınlar erkeklerden daha eğilimlidir (Mc Munn ve ark. 2003). Ayrıca, rutin veya beden gücü gerektiren mesleklerde çalışanlar, alkol alımından kaçınması en muhtemel gruptur veya yalnızca özel durumlarda alkol alırlar.

Aksine, profesyonel veya yönetici mesleklerden olan insanlar, günümüzde kronik hastalıklara karşı koruyucu olacağı düşünülen bir model ile uyumlu olacak şekilde, makul düzeyde içki içerler (McMunn ve ark. 2003). Cairney (2000) ELSA'dakilere benzer ilişkiler bulmuştur: 55 yaş ve üzerindekiler içinde, hem düşük gelir hem de eğitim şunlarla ilişkilendirilmiştir: Sigara içmek, alkol kullanmamak ve sedanter yaşam tarzına sahip olmak. İspanya'da Lasheras ve ark. düşük eğitim düzeyli kadınların sigaraya daha eğilimli olduğunu bulmuş iken, İtalya'da Amaducci ve ark. (1998) bunun tersini tespit etmişlerdir.

İleri yaşta sağlık davranışının, sağlıksal sonuçlarla da ilşkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, işlevsellikte azalma üzerine risk etkenlerinin sistemik derlemesi sigara kullanımı, düşük fiziksel etkinlik ve hiç alkol tüketmemeyi en önemli etkenler arasında tanımlamıştır (Stuck ve ark. 1999). Bazı istisnalar (Barrett-Connor ve ark. 1984; Branch 1985; Branch ve Jette 1984; Korten ve ark. 1999) olmasına rağmen, birçok çalışma ileri yaşlarda sigara içmek ile kardiyovasküler hastalıklar ve kanser mortalitesi arasındaki ilişkileri (Benfante ve ark.1991; Davis ve ark. 1994; LaCroix ve ark. 1993; Paffenbarger ve ark. 1993) göstermiştir. Fiziksel etkinliğin bir çok kronik fiziksel ve zihinsel hastalık üzerinde koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (Pate ve ark. 1995). EPESE çalışmasında, orta derecede etkin bir yürüyüşün 65 yaş ve üzerindeki insanlar arasında mortaliteye karşı koruyucu olduğu ortaya konmuştur (Simonsick ve ark. 1993).

Sağlık davranışının ileri yaşlarda sağlık ve sosyal konum ile ilişkili olduğunu belirten bazı kanıtlar olduğu doğrudur, ancak bu durum ileri yaşlarda sağlığı etkileyen sosyal belirleyicilerin geçtiği yolların sadece bir setini sunar. Öte yandan ileri yaştaki sağlık eşitsizlikleri üzerine çok az sayıda İngiliz çalışması sağlık davranışını hesaba katmakta iken (bazı istisnalar Breeze ve ark 2004 ve Shahtah-

masebi ve ark. 1992'dir), birkaç Kuzey Amerika ve Avrupa çalışması (Amaducci ve ark. 1998; Cairney 2000; Cairney ve Arnold 1996; Damian ve ark. 1999; House ve ark. 1990; Parker ve ark. 1996) hem sosyo-ekonomik, hem de davranışsal etkenleri içermektedir.

13.7 İleri yaşlardaki sağlık eşitsizlikleriyle ilgili politika – İngiliz örneği

İngiliz hükümeti, yaşlanan bir nüfusun ihtiyaçlarının öneminin farkına varmıştır. Yüzyılın sonunda, 65 yaş ve üzerindeki insanlar genel ve acil hastane yataklarının neredeyse üçte ikisini kullanmışlardı ve uzun dönem bakım için 10.5 milyar sterlin ödenmişti (Department of Health – Sağlık Bakanlığı 2000). Maaşlı işleri bıraktıktan sonra yaşam birkaç onyıl devam edebilir; bu durum yalnızca uzayan yaşamla değil, aynı zamanda erkeklerin yaklaşık dörtte, kadınların ise üçte birinin 50-64/59 yaşları arasında ekonomik olarak aktif olmaması ile de açıklanabilir. İleri yaşı finanse etmek bu nedenle büyük bir mücadeledir. Sir Derek Wanless tarafından hazırlanan bir raporda gösterildiği üzere, yaşlanan nüfus sağlık hizmet ihtiyacındaki artışın ana nedenidir (Wanless 2002). Devlet de sağlık eşitsizlikleri ile uğraşmaya ciddi bir öncelik vermektedir (HM Treasury 2002). Bir çok ülkede olduğu gibi, bu sorunların yaşlı insanlar arasındaki varlığı, çalışma yaşlarındakilerde olduğundan çok daha uzun zaman sonra anlaşılmıştır. Acheson Raporu (1998) yaşlıları olabildiğince dikkate alan ilk rapordur.

Yukarıda bahsedilen kanıtlar göstermektedir ki, devletin eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin yanısıra yaygın bir sosyal sigorta siteminin varlığına rağmen, sosyo-ekonomik gruplar, cinsiyetler ve etnik gruplar arasındaki sağlık farkları varlığını sürdürmektedir. Enlemesine Derleme (HM Treasury 2002) (The Cross Cutting Review) stratejisi ve ardından gelen faaliyet programı, eşitsizliklerin çok yönlü doğasını tanıyacak şekilde genişti. Yaşlılardan özel olarak bahsedilmekle birlikte, yöntem, cinsiyet ve sosyo-ekonomik farklılıkların yaş grupları arasında açıkça belirtilmesi noktasında açık değildi.

Özellikle en yoksul yaşlılara hizmet etmeyi hedefleyen politiklar 1999'da sunulan ve 2003'de Emekli Maaş Kredileri olarak değiştirilen, Asgari Gelir Garantisi ve Yakıt Yoksulluğu Projesi'ni kapsar. Sıcak Cephe (The Warm Front) projesi savunmasız insanları soğuk evlerin sağlık risklerine karşı korumak üzere tasarlanmıştır, ancak tam da buna en çok ihtiyacı olanlara yardım edememiştir (National Audit Office-Ulusal Denetim Ofisi 2004). İhtiyacın tesbiti ve yardımların karmaşıklığı, ihtiyaç sahiplerine ulaşımı engellemiş (McConaghy ve ark. 2003) ve kaynaklardaki eşitsizliği azaltmaya yönelik çalışmalar bu amacı, en iyimser ifadeyle, kısmen gerçekleştirebilmiştir. Ulusal Hizmet Çerçevesi'nde (Sağlık Bakan-

lığı 2001) duyurulduğu üzere, Tek Değerlendirme Yöntemi (The Single Assessment Process) farklı sağlık ve sosyal hizmet desteklerinin eşgüdümünü kolaylaştırmak ve insanların ihtiyaçlarına göre dağıtımdaki etkinliği geliştirmek üzere tasarlanmıştır. Her ne kadar bu süreç potansiyel olarak, ihtiyaç duydukları kaynakları en az kontol edip yönetebilenler için müthiş bir yarar sağlayabilse de, bu durum ancak ilgili çeşitli hizmetlerin ciddi taahhütleri ile başarılabilir ve sağlık eşitsizlikleri bağlamında bunun değerini yargılamak için çok erkendir.

Genel olarak, sağlık eşitsizlikleri ile uğraşan politikalar yerel sağlık ve idari otoritelere, yetki kullanmaları için ciddi sorumluluklar atfederler. Yerel düzeyde, Camden Yaşam Kalitesi Startejisi'nin London Borough'su, öncelikli olarak en yalıtılmış ve azınlık etnik gruplarında yaşayanları önceleyerek, yaşlı insanların katılımı ve bağımsızlaşması için örnek almış bir inisiyatiftir. Üstün şekilde izole ve küçük etnik gruplara ulaşarak yaşlıların bağımsızlığını ve katılımını geliştirmek üzere bir başlangıç örneğidir (Camden Council 2002).

Wanless (2002) halkın, sağlığın geşitirilmesini sağlama konusunda etkin olduğu ve sağlık hizmeti inisiyatiflerine yanıt vermede çabuk davrandığı 'tam taahhüt' senaryosunu tanımlamıştır. Eğer bu bakış açısı gerçeklemiş olsaydı, 2022 itibariyle yaşlılar arasında yaşam beklentisinde ciddi bir artış, daha sağlıklı bir yaşam şekline kayma ve sağlığı bozuk olanlarda %10 azalma olurdu. Wanless'in önerileri arasında bilgi sağlamak da vardır (Wanless 2004) ancak, insanlar uygulamayı beceremez ve kullanamazlarsa, bilginin çok küçük bir kullanım alanı olacaktır. (The National Audit Office – Ulusal Denetleme Ofisi 2002) yaygın tanıtım kampanyalarından sonra bile, çok düşük gelirli emeklinin Asgari Gelir Garantisi'nden hâlen haberinin olmadığına dikkat çekmiştir. Wanless'in insanların kendi sağlıkları için daha fazla sorumluluk alma yeteneğiyle ilgili olan varsayımları kahramanca olarak nitelendirilmiştir (Hunter 2003). Ancak taahhüte girme konusunda farklılıklar olduğu takdirde 'tam taahhüt' girişimleri sağlık eşitsizliklerini arttırabilir.

Ulusal seviyedeki kaynak kısıtlamaları sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını sınırlandırabilir. Yaşlanan bir nüfus, devleti emeklilik yaşı beklentisini yükseltmeye doğru iterse ve devlet özel birikimlere daha fazla güvenirse, bu durum ileride sağlık nedenleri ile veya iş bulamadığı için 60 yaşından önce emekli olmuş kişilerin ekonomik beklentileri ve sağlıklarında göreceli bir çöküntüye neden olabilir. İngiliz Yönetimi özel birikimleri yüreklendirmektedir, ancak emekliliği için birikim yapamamış olanlara da bir güvenlik ağı yaratacaktır (Department of Social Security – Sosyal Güvenlik Bakanlığı 1998). Ancak yaşlılıkta bir gelir sağlamak için birikim yapmak arasındaki ilişki dümdüz değildir. Gelir dağılımının düşük seviyeli yarısında yer alan 50'li yaşlarındaki insanlar arasında yapılan bir çalışma, bu insanların emekliliklerinde alacakları geliri tam anlamıyla ögöre-

mediğini ve evde bakım ücreti için son derece az bir miktara güçlerinin yeteceğini tahmin etmiştir (Deming ve Keen 2002). Asgari Gelir Garantisi'ne rağmen bu çalışmada emeklilerin %40'ı gelirlerini her hafta tüketmektedirler. İngiltere'de, (The Pensions Commission – Emekliler Komisyonu 2004) kolay seçenekler olmadığını ve gönüllü birikimler için büyük engeller bulunduğunu fark etmiştir. Sağlık ve sosyal hizmetler için bir problem, var olan hastalık, özürlülük ve bakım ihtiyaçlarının idare edilmesinin yanı sıra, koruyucu işler yapmak için de kaynak bulmaktır.

13.8 Sonuç

Artan genç emek gücü piyasasında olduğu gibi artan yaşam süresi, azalan doğurganlık, doğurganlık yaşındakilerin yaşlanması gibi varlıklı ülkelerde değişen sosyodemografik özellikler, ileri yaşı merkezi bir politika ve araştırma konusu haline getirmiştir. Amerika'da başarılı yaşlanma ve İngiltere'deki üçüncü yaş kavramları, ileri yaş dönemi algısını kişinin hastalıklı, yetersiz ve düşmüş biri olmasından, aktif ve kendi kendine yeterli bir insan olmasına dönüştürmüş ve bu dönemin çalışma ve çocuk bakımı konusundaki kısıtlardan uzak bir dönem olarak değişmesini sağlamıştır.

Sağlık eşitsizlikleri üzerine araştırmaların çoğu çalışma yaşındaki erişkin nüfusa odaklıyken, ileri yaşta sağlıktaki sosyo-ekonomik eşitsizlikler üzerinde yeni yapılmaya başlayan çalışmalar son dönem teorilerinin çizdiği sağlıklı, aktif yaşlanmayla ilgili pembe tablonun hiçbir şekilde evrensel olamadığını ileri sürmektedir. Kanıtların artan bir kısmı, çalışmaların hangi sosyo-ekonomik durum ölçümüyle yapıldığını göz ardı ederek, sağlık eşitsizliklerinin yaşlılıkta da devam ettiğini ileri sürmektedir. Sağlık eşitsizliklerinin en yaşlı yaş grubunda az çok azaldığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır, ancak bu kanıtlar işgücü piyasasında artık bulunmayan insanlar için sosyo-ekonomik durumun en iyi ölçümünü vermeyecek şekilde, mesleksel sınıfın kullanıldığı çalışmalara dayanmaktadır. Yaşla birlikte sağlığın sosyal gradyandaki bu düşüş, seçici mortalitenin de bir sonucu olabilir.

Bu bölüm, ilerideki araştırmaların gerektirdiği bir dizi alana ve uzamsal toplumsal veriler için hangi araştırma sorularının ulaşılabilir hale geldiğine ışık tutmaktadır. Örneğin, emekliliğe giden yollar artarak daha da çeşitlilik göstermektedir. Uzamsal veriler bizim, zamanlama ve işgücü piyasasının doğasındaki endojen sağlık etkilerinin yaygınlığında olduğu üzere, ileri yaşta bu değişikliklerin sağlık çıktılarını etkileyip etkilemeyeceğini ve etkilerse de nasıl etkileyeceğini anlamamıza olanak verecektir. Ayrıca, İngiliz doğum kohortlarının yaşlanması, yaşlılıkta sağlık çıktıları üzerine erken ve geç yaşamdaki sosyo-ekonomik durumların göreceli önemlerini göz önüne seren soruları daha iyi cevaplamaları için

araştırıcılara yardımcı olacaktır. Son dönemde ulaşılan kanıtlar erken yaşamdaki sosyo-ekonomik durumların, yaşlılıktaki belirli bazı hastalıklar için – diğerleri için geçerli değildir – erişkinlikteki sosyo-ekonomik durumdan daha önemli olduğunu göstermektedir.

Yaşlılıktaki sağlık eşitsizlikleri çalışmalarında, daha ileri uzamsal odak ihtiyacına ek olarak, yaşlıların sosyal çevresindeki risk etkenleriyle ilgili daha kapsamlı çalışmalarının da gerekli olduğu görülmüştür. Çalışmalar, çalışma yaşındaki insanlar arasında kontrol ve öznel sosyal konumun, sağlıktaki sosyo-ekonomik eşitsizliğin önemli bileşenleri olacağını göstermektedir. Çalışmaların, kontrol kaynakları ve algılanan statünün emeklilik sonrası çevrede nasıl değişeceğini araştırması gerekmektedir. Var olan kanıtlardan bilmekteyiz ki, sosyal destek sağlık üzerine bağımsız bir etki yapmaya ve ileri yaşlardaki yaşamsal olayların aracısı olarak önemli bir rol oynamaya devam etmektedir. Ayrıca, bir dizi yaşlı insanın bakım rolünü üstlendiği ve bakımın, aylıklı bir işte çalışmak ve diğer sosyal etkinlikler kadar sağlığı etkilediği de bilinmektedir.

Sosyal çevredeki risk etkenlerinde olduğu gibi, maddi koşulların da yaşlılıktaki sağlığın önemli bir belirleyicisi olması muhtemeldir. Maddi koşullar ile sağlık arasındaki ilişki üzerine mevcut kanıtlar temelde çalışan sınıftaki insanlar içerisindeki gelir eşitsizliklerine odaklanmaktadır. Servet, ileri yaşlardaki maddi durumu ölçmek üzere daha uygundur ve İngiltere'deki yaşlılar arasında, bu insanların varlıkları üzerine detaylı veriler ancak oluşturulmaya başlanmıştır.

Sonuçta, başarılı yaşlanma modeli, sosyal ve ekonomik risk etkenlerinin yanında sağlıklı tutumların önemine dikkat çekmektedir; ileri yaşta sağlık eşitsizlikleri üzerine olan çalışmaların büyük çoğunluğu henüz sağlıklı tutumları hesaba katmamışlardır. Açıkça, bizim ileri yaşlardaki sağlığın sosyal belirleyicilerini anlayışımız henüz olgunlaşmamıştır. Neyse ki, bunlara ve bu konuyla ilgili daha birçok soruya cevap vermemize olanak sağlayacak veriler ulaşılır hale gelmektedir.

Bu bölüm ileri yaştaki sağlık eşitsizliklerini belgelemektedir, ancak yaşlanan bir nüfusun neden olabileceği gelişmeler konusunda kötümser bir mesaj vermemektedir. Ulusal Hizmet Çerçevesi'nden aktarımla: 'insanların daha uzun yaşaması kutlanması gereken' bir şeydir (Sağlık Bakanlığı 2001, s.2). Sağlık eşitsizliklerini azaltmada yapılacak çok iş olmasına rağmen, sağlık durumlarını mükemmel veya çok iyi olarak bildiren yaşlı insanların yüksek yüzdeleri (McMunn ve ark. 2003) ve farklılıkların varlığı, yaşlılıkla ilgili birçok sorunun sadece yaştan kaynaklanan kaçınılmaz sorunlar olmadığını göstermektedir. Şüphesiz ki, sosyal bakım maliyeti bir endişe yaratmaktadır, ancak maliyet sağlık durumu düzeldikçe azalacaktır. Hassasiyet analizleri (Sufherland 1999), uzun yaşam süresi, özürlülük prevelansı, hizmet masrafları, resmi olmayan bakım sağlanmasına bağlı olarak 25 yıl sonrası için kapsamlı uzun dönem bakımındaki kesin ve gö-

receli değişiklikleri belirtmiştir. Sağlık hizmeti harcamaları kronolojik yaştan ziyade, ölüme yakınlıktan daha çok etkilenmektedir (Seshamani ve Gray 2004) ve düşük doğum hızı çocuk yetiştirmenin ek harcamalarını düşürmektedir. Ayrıca, yaşlı insanların kendi kaynakları da küçük görülmemelidir. Örneğin, belli bir yerde uzun bir dönem yaşamış olanlar, planlayıcılara çevre ile ilgili bilgi sağlayabilir, yaşlı insanlar fiziksel etkinlik ve diğer programlarda eşdeğer liderler olabilirler ve çocuk bakımının ana tedarikçisidirler.

Teşekkür

Yazarlar 'Yaşlanan bir nüfusta sağlık eşitsizlikleri: örüntüler, nedenler ve sonuçlar' (RES-000-23-0590) projesi için verdiği fonla, bu bölümdeki çalışmayı desteklemiş olan ESRC'ye minnettardır.

Kaynaklar

Acheson, D. (1998) *Independent inquiry into inequalities in health: report.* London: The Stationery Office.

Adler, N.E., Epel, E.S., Castellazzo, G., and Ickovics, J.R. (2000) Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychol.* **19**:586-592.

Amaducci, L., Maggi, S., Langlois, J., **Minicuci, N., Baldereschi, M., Di Carlo, A.,** *et al.* (1998) Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: the Italian Longitudinal Study on Aging./. *Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.* **53**:M484-M490.

Arber, S. and Ginn, J. (1993) Gender inequalities in health in later life. *Soc. Sci. Med.* **36**:33-46.

Attanasio, O. and Emmerson, C, (2003) Mortality, health status and wealth. /. *Eur. Econ. Assoc.* **1**:821-50.

Banks, J. and Casanova, M. (2003) Work and retirement. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, *et al).* London: Institute for Fiscal Studies.

Banks, J., Blundell, R., Disney, R., and Emmerson, C. (2002) *Retirement, pensions and the adequacy of savings: a guide to the debate.* London: Institute for Fiscal Studies briefing note no. 29.

Banks, J., Blundell, R., and Tanner, S. (1998) Is there a retirement-savings puzzle? *Am. Econ. Rev.* **88**:769 88.

Banks, J., Karlsen, S., and Oldfield, Z. (2003) Socio-economic position. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, *et al).* London: Institute for Fiscal Studies.

Barker, D.J.R (1994) *Mothers, babies and disease in later life.* London: British Medical Journal Publishing.

Barker, D.J. (1995) Fetal origins of coronary heart disease. *BMJ* **311**:171—4.

Barrett-Connor, E., Suarez, L., Khaw, K., Criqui, M.H., and Wingard, D.L. (1984)

Ischemic heart disease risk factors after age 50. /. *Chronic Dis.* **37**:903-8.

Bartley, M., Sacker, A., Firth, D., and Fitzpatrick, R. (1999) Understanding social variation in cardiovascular risk factors in women and men: the advantage of theoretically based measures. *Soc.Sci. Med.* **49**:831-45.

Bebbington, A. (1991) The expectation of life without disability in England and Wales. *Pop. Trends* **66**:26-9.

Beland, F. and Zunzunegui, M.V. (1999) Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing* **28:1**53-9.

Benfante, R., Reed, D., and Frank, J. (1991) Does cigarette smoking have an independent effect on coronary heart disease incidence in the elderly? *Am. J. Public Health* **81**:897-9.

Berkman, C.S. and Gurland, B.J. (1998) The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. /. *Aging Health* **10**:81-98.

Berkman, L.F. and Glass, T.A. (2000) Social integration, social networks, social support and health. In: *Social epidemiology* (ed. L.F. Berkman and I. Kawachi), pp. 137-73. Oxford: Oxford University Press.

Berkman, L.F., Leo-Summers, S., and Horwitz, R.I. (1992) Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. Ann. *Int. Med.* **117**:1003-9.

Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles.* London: Tavistock/Routledge.

Boreham, R., Erens, B., Falaschetti, E., Hirani, V., and Primatesta, P. (1999) Risk factors for cardiovascular disease. In: *Health survey for England 1998: cardiovascular disease* (ed. B. Erens and P. Primatesta). London: The Stationery Office.

Borras, J.M., Fernandez, E., Schiaffino, A., **Borrell, C, and La Vecchia, C.** (2000) Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948-1992. *Am. J. Public Health* **90**:1459-62.

Branch, L.G. (1985) Health practices and incident disability among the elderly. *Am. J. Public Health* **75**:1436-9.

Branch, L.G. and Jette, A.M. (1984) Personal health practices and mortality among the elderly. *Am. J. Public Health* **74**:1126-9.

Breeze, E., Fletcher, A.E., Leon, D.A., Marmot, M.G., Clarke, R.J., and Shipley, M.J. (2001) Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall study.Am. /. *PublicHealth* 91:277-83.

Breeze, E., Jones, D.A., Wilkinson, P., Latif, A.M., Bulpitt, C.J., and Fletcher, A.E. (2004) Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: baseline data from a randomized controlled trial. /. *Epidemiol. Community Health* **58**:667-73.

Breeze, E., Sloggett, A., and Fletcher, A.E. (1999) Socioeconomic status and transitions in status in old age in relation to limiting long-term illness measured at the 1991 Census: results from the UK Longitudinal Study. *Eur. J. PublicHealth* **9**:265-70.

Brown, R.G., Davidson, L.A.G., McKeown, T., and Whitfield, A.G.W. (1957) Coronary-artery disease. Influences affecting its incidence in males in the seventh decade. *Lancet* (1957): 1073-7.

Brunner, E.J., Shipley, M.J., Blane, D., Davey Smith, G., and Marmot, M.G. (1999) When does cardiovascular risk start? Past and present socioeconomic circumstances and risk factors in adulthood. /. *Epidemiol. Community Health* **53**:757-64.

Bury, M. (1995) Ageing, gender and sociological theory. In: *Connecting Gender and Ageing*

(ed. S. Arber and J. Ginn). Buckingham: Open University Press.

Cairney, J. (2000) Socio-economic status and self-rated health among older Canadians. *Can. J. Aging* **19**:456-78.

Cairney, J. and Arnold, R. (1996) Social class, health and aging: socioeconomic determinants of self-reported morbidity among the noninstitutionalized elderly in Canada. *Can. J. Public Health* **87**:199-203.

Camacho, T., Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., and Kaplan, G.A. (1993) Functional ability in the oldest old. Cumulative impact of risk factors from the previous two decades. /. *Aging Health* **5**:439-54.

Camden Council (2002) *The quality of life strategy for Camden's older citizens.* Camden Council.

Cameron, O. (1996) Depression increases post-MI mortality: how? *Psychosom. Med.* **58**:111-12.

Chandola, T., Kuper, H., Singh-Manoux, A., **Bartley, M., and Marmot, M.** (2004) The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Soc. Sci. Med.* **58**:1501-9.

Corti, L., Laurie, H., and Dex, S. (1995) *Highly qualified women.* Employment Department Research Series No. 50.

Crompton, R. (1993) *Class and stratification.* Cambridge: Polity.

Dahl, E. and Birkelund, G.E. (1997) Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Soc. Sci. Med.* **44**:871-81.

Dale, A. and Egerton, M. (1995) *Highly educated women: evidence from the National Child Development Study.* Report to the Employment Department.

Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., and Martin-Moreno, J.M. (1999) Determinants of self assessed health among Spanish older people living in at home. *J. Epidemiol. Community Health* **53**:412-16.

Davey Smith, G., Hart, C.L., Blane, D,, Gillis, C, **and Hawthorne, V.M.** (1997) Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *BMJ* **314**:547-52.

Davey Smith, G., Hart, C., Blane, D., and Hole, D. (1998) Adverse socioeconomic conditions in childhood can cause specific adult mortality: prospective observational study. *BMJ* **316**:1631-5.

Davis, M.A., Neuhaus, J.M., Moritz, D.J., Lein, D., Barclay, J.D., and Murphy, S.R (1994) Health behaviors and survivial among middle-aged and older men and women in the NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. *Prev. Med.* **23**:369-76.

Deeming, C. and Keen, J. (2002) Paying for old age: can people on lower incomes afford domiciliary care costs? *Soc. Pol. Admin.* **36**:465-81.

Department of Health (1998) *Modernising social services. Promoting independence; improving protection; raising standards. Cm* 4169. London: The Stationery Office.

Department of Health (2000) *The NHS plan: the Government's response to the Royal Commission on Long- Term Care.* CM4818-II. London: The Stationery Office.

Department of Health (2001) *The National Service Framework for older people.* London: Department of Health.

Department of Health (2003) *Tackling health inequalities. A programme for action.* London: Department of Health.

Department of Social Security (1998) *A new contract for welfare: partnership inpensions.* London: Department of Social Security. Department for Work and Pensions. Households

Below Average Income 1994/95 *2002/02.* Leeds:

Corporate Document Services, (2004). Dex, Shirley. Women's Occupational Mobility: A Lifetime Perspective. London: Macmillan, 1987.

Donkin, Angela, Peter Goldblatt, and Kevin Lynch. "Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999." *Health Statistics Quarterly,* 15 (2002): 5-15.

Elstad, J.I. (1998) The psycho-social perspective on social inequalities in health. In: *The sociology of health inequalities* (ed. M. Bartley, D. Blane, and G. Davey Smith), pp. 39-58. Oxford: Blackwell Publishers.

Falaschetti, E., Malbut, K., and Primatesta, P. (2002) The general health of older people and their use of health services. In: *Health survey for England 2000* (ed. G. Prior and P. Primatesta). London: The Stationery Office.

Feinstein, J.S. (1993) The relationship between socioeconomic status and health—a review of the literature. *Milbank Quart.* **71**:279-322.

Fischer, C.S. (1982) *To dwell among friends.* Chicago: University of Chicago Press. Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., and Shipley, M. (1991) Social support, disability and depression: a longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Soc. Sci. Med.* **33**:605-11.

Forbes, W.F., Hayward, L.M., and Agwani, N. (1991) Factors associated with the prevalence of various self-reported impairments among older people residing in the community. *Can.}. Public Health* **82**:240-4. Fox, J. (ed.) (1989) *Health inequalities in European countries.* Aldershot: Gower.

Frasure-Smith, N. and Prince, R. (1985) The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact and mortality. *Psychosom. Med.* **47**:431-15.

Fries, J.F. (1980) Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New Eng. J. Med.* **303**:130-5.

Fries, J.F. (1989) The compression of morbidity: near or far? *Milbank Quart.* **67**:208-32.

Fries, J.F. and Grapo, L.M. (1981) *Vitality and aging.* San Francisco: Freeman.

Goodman, A., Myck, M., and Shephard, A. (2003) *Sharing in the nation s prosperity? Pensioner poverty in Britain.* Commentary no. 93. London: Institute for Fiscal Studies.

Government Actuaries Department (2002) *Population projections: population of Great Britain in five-year age bands*

Graham, H. (1996) Smoking prevalence among women in the European Community 1950-90. *Soc. Sci. Med.* **43**:243-54.

Guralnik, J.M. and Kaplan, G.A. (1989) Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am. J. Public Health* **79**:703-8.

Gviralnik, J.M. and Simonsick, E.M. (1993) Physical disability in older Americans. /. *Gerontol.* **48:** 3-10.

Hallqvist, J., Diderichsen, F., Theorell, X, Reuterwall, C, Ahlbon, A., and the SHEEP study (1998) Is the effect of job strain on myocardial infarction due to interaction between high psychological demands and low decision latitude. Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Soc. Sci. Med.* **46**:1405-15.

Hardy, R., Wadsworth, M., and Kuh, D. (2000) The influence of childhood weight and socioeconomic status on change in adult body mass index in a British national birth cohort. *Intern. J. Obesity* **24**:725-34.

Harris, T., Kovar, M.G., Suzman, R., Kleinman, J.C., and Feldman, J.J. (1989) Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. Am. /. *Public Health* **79**:698-702.

Hemingway, H. and Marmot, M. (1998) Psychosocial factors in the primary and secondary

prevention of coronary heart disease: a systematic review. In: *Evidence based cardiology* (ed. S. Yusuf, J. Cairns, J. Camm, *et al),* pp. 269-85. London: BMJ Publishing Group.

Hirani, V. and Malbut, K. (2002) Disability among older people. In: *Health survey for England 2000* (ed. G. Prior and P. Primatesta). London: The Stationery Office.

Hirst, M. (2002) Transitions to informal care in Great Britain during the 1990s. /. *Epidemiol.Community Health* **56**:579-87.

HM Treasury, Department of Health (2002) *Tackling health inequalities: 2002 crosscutting review.* London: The Stationery Office.

House, J.S., Kessler, R.C., and Herzog, A.R. (1990) Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quart.* **68**:383-411.

Hubert, H.B., Bloch, D.A., and Fries, J.F. (1993) Risk factors for physical disability in an aging cohort: the NHANESI epidemiologic follow-up study. /. *Rheumatol.* **20**:480-8.

Hunter, D. (2003) The Wanless Report and public health. *BMJ* **327**:573-4.

Husten, R.F. and Malarcher, A.M. (2000) Cigarette smoking: trends, determinants, and health effects. In: *Women and health* (ed. M.B. Goldman and M.C. Hatch). San Diego, CA: Academic Press.

Hyde, M. and Janevic, M. (2003) Social activity. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, *et al.)* London: Institute for Fiscal Studies.

Hyde, M., Ferrie, J., Higgs, P., Mein, G., and Nazroo, J. (2004a) The effects of pre-retirement factors and retirement route on circumstances in retirement: findings from the Whitehall II study. *Ageing Soc.* **24**:279-96.

Hyde, M., Hagberg, J., Oxenstierna, G., Theorell, T., and Westerlund, H. (2004b) Bridges, pathways and valleys: labour market position and risk of hospitalization in a Swedish sample aged 55-63. *Scand. J. Public Health* **32**:1-6.

Janevic, M., Gjonca, E., and Hyde, M. (2003) Physical and social environment. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, *et al.)* London: Institute for Fiscal Studies.

Joshi, H., Paci, P., and Waldvogel, J. (1999) The wages of motherhood: better or worse? *Cambridge J. Econ.* **23**:543-64.

Kaplan, G.A. (1992) Maintenance of functioning in the elderly. An. *Epidemiol.* **2**:823-34.

Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlhorn, A., and Theorell, T. (1981) Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *Am. J. Public. Health* **71**:694-705.

Kempen, G.I., Brilman, E.I., Ranchor, A.V., and Ormel, J. (1999) Morbidity and quality of life and the moderating effects of level of education in the elderly. *Soc. Sei. Med.* **49:**143-9.

Kiecolt-Glaser, J. and Glaser, R. (1995) Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosom. Med.* **57**:269-74.

Korton, A.E., Jorm, A.F., Jiao, Z., Letenneur, L., Jacomb, P.A., Henderson, A.S., *et al.* (1999) Health, cognitive, and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *Epidemiol. Community Health* **53**:83-8.

Koupilova, I., Leon, D.A., Lithell, H.O., and Berglund, L. (1997) Size at birth and hypertension in longitudinally followed 50-70-year-old men. *Blood Press.* 6:223-8.

Krieger, N., Chen, J.T., and Selby, J.V. (1999) Comparing individual-based and household-

based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women./. *Epidemiol. Community Health* **53**:612-23.

Krieger, N., Williams, D.R., and Moss, N.E. (1997) Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. Ann. *Rev. Public Health* **18**:341-78.

Kuh, D., Power, C, Blane, D., and Bartley, M. (1997) Social pathways between childhood and adult health. In: *A lifecourse approach to chronic disease epidemiology* (ed. D. Kuh and Y. Ben-Shlomo), pp. 169-98. New York: Oxford University Press.

LaCroix, A.Z., Guralnik, J.M., Berkman, L.F., Wallace, R.B., and Satterfield, S. (1993) Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *Am.]. Epidemiol.* **137**:858-69.

Langenberg, C, Hardy, R., Kuh, D., Brunner, E., and Wadsworth, M. (2003) Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. /. *Epidemiol. Community Health* **57**:816-22.

Lasheras, C, Patterson, A.M., Casado, C, and Fernandez, S. (2001) Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Exp. Aging Res.* **27**:257-70.

Laslett, P. (1989) *Afresh map of life.* London: Weidenfield and Nicholson.

La Vecchia, C, Decarli, A., and Pagano, R. (1995) Patterns of smoking initiation in Italian males and females from 1955 to 1985. *Prev. Med.* **24:** 293-6.

Lesperance, F., Frasure-Smifh, N., and Talajic, M. (1996) Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom. Med.* **58**:99-110.

Liao, Y., McGee, D.L., Kaufman, J.S., Cao, G., and Cooper, R.S. (1999) Socioeconomic status and morbidity in the last years of life. *Am. J. Public Health* **89**:569-72.

Longino Jr., C.F., *etal.* (1989) Class, aging and health. In: *Aging and health: perspectives on gender, race, ethnicity, and class* (ed. K.S. Markides). London: Sage.

Machin, S. and Vignoles, A. (2004) Education inequality: the widening socio-economic gap. *Fiscal Studies* **25**:107-28.

Macran, S., Clarke, L., Sloggett, A., and Bethune, A. (1994) Women's socio-economic status and self-assessed health: identifying some disadvantaged groups. *Sociol. Health Illn.* **16**:182-208.

Maddox, G.L. and Clark. D.O. (1992) Trajectories of functional impairment in later life./. *Health Soc. Behav.* **33:** 114-25.

Maddox, G.L., Clark, D.O., and Steinhauser, K. (1994) Dynamics of functional impairment in late adulthood. *Soc. Sci. Med.* **38**:925-36.

Makepeace, G., Dolton, P., Woods, L., Joshi, H., and Galinda-Rueda, F. (2003) From school to the labour market. In: *Changing Britain, changing lives* (ed. E. Ferri, **J.** Bynner, and M. Wadsworth). London: Institute of Education.

Manton, K.G., Corder, L., and Stallard, E. (1997) Chronic disability trends in elderly United States populations: 1928-1994. *Pro. Nat. Acad. Sci. Med. Sci.* **94**:2593-8.

Mare, R.D. (1990) Socioeconomic careers and differential mortality among older men in the United States. In: *Measurement and analysis of mortality: new approaches* (ed. **J.** Vallin, S. D'Souza, and A. Palloni), pp. 362-87. Oxford: Clarendon Press.

Marmot, M.G. and Nazroo, J.Y. (2001) Social inequalities in health in an ageing population. *Eur. Rev.* **9**:445-60.

Marmot, M.G. and Shipley, M. (1996) Do socioeconomic differences in mortality persist

after retirement? 25-year follow-up of civil servants from the Whitehall Study. *BMJ* **313:** 117-80.

Marmot, M.G. and Wadsworth, M.E.J, (ed.) Fetal and early childhood environment: long-term health implications. *Br. Med. Bull.* **53(1).**

Marmot, M., Banks, J., Blundell, R., Lessof, C, and Nazroo, J. (eds) (2003) *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing.* London: Institute for Fiscal Studies.

Marmot, M.G., Davey Smith, G., Stansfeld, S.A., *et al.* (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* **337**:1387-93.

Marmot, M., Shipley, M., Brunner, E., and Hemingway, H. (2001) Relative contribution of early life and adult socioeconomic factors to adult morbidity in the Whitehall II study. /. *Epidemiol.Community Health* **55**:301-7.

Martelin, T. (1994) Mortality by indicators of socioeconomic status among the Finnish elderly. *Soc. Sci. Med.* **38**:1257-78.

Martikainen, P. (1995) Socioeconomic mortality differentials in men and women according to own and spouse's characteristics in Finland. *Sociol. Health Illn.* **17**:353-75.

Martin Matthews, A. and Campbell, L.D. (1995) Gender roles, employment and informal care. In: *Connecting gender and ageing: a sociological approach* (ed. S. Arber and J. Ginn). Buckingham: Open University Press.

McConaghy, M., Hill, C, Kane, C, Lader, D., Costigan, P., and Thornby, M. (2003) *Entitled but not claiming? Pensioners, the Minimum Income Guarantee, and Pension Credit.* Leeds: Corporate Document Services, Department of Work and Pensions.

McMunn, A.M. (2004) *Social roles and women's health: need satisfaction or normative satisfaction?* Unpublished Ph.D thesis, University College London.

McMunn, A., Hyde, M., Janevic, M., and Kumari, M. (2003) Health. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, J. Banks, R. Blundell, *etal.).* London: Institute for Fiscal Studies.

Melzer, D., Izmirlian, G., Leveille, S.G., and Guralnik, J.M. (2001) Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery./. *Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* **56**:S294-301.

Melzer, D., McWilliams, B., Brayne, C, **Johnson,** X, **and Bond, J.** (2000) Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. /. *Epidemic. Community Health* **54**:286-92.

National Audit Office (2002) *Tackling pensioner poverty: encouraging take-up of entitlements. Report by the Comptroller and Auditor General.* HC37. London: The Stationery Office,.

National Audit Office (2004) *Warm front helping to combat fuel poverty.* HC 769. London: The Stationery Office.

Newacheck, P.W., Butler, L.H., Harper, A.K., Pionfkowski, D.L., and Franks, P.E. (1980) Income and illness. *Med. Care* **18**:1165-76.

Ostrove, J.M., Adler, N.E., Kuppermann, M., and Washington, A.E. (2000) Objective and subjective assessments of socioeconomic status and their relationship to self-rated health in an ethnically diverse sample of pregnant women. *Health Psychol.* **19**:613-18.

Paffenbarger Jr., R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I.M., Jung, D.L., and Kampert, J.B. (1993) The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N. Eng.J. Med.* **328**:538-45.

Palmore, E.B., Nowlin, J.B., and Wang, H.S. (1985) Predictors of function among the old-old: a 10-year follow-up. /. *Gerontol.* **40**:244-50.

Parker, M.G., Thorslund, M., and Lundberg, O. (1994) Physical function and social class among Swedish oldest old./. *Gerontol.* **49**:S196-S201.

Parker, M.G., Thorslund, M., Lundberg, O., and Kareholt, I. (1996) Predictors of physical function among the oldest old: a comparison of three outcome variables in a 24-year follow-up./. *Aging Health* **8**:444-60.

Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., *et al.* (1995) Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* **273:** 402-7.

Pensions Commission (2004) *Pensions, challenges and choices. First report.* London: The Stationery Office.

Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J., *et al.* (1994) *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000.* Oxford: Oxford University Press.

Power, C. and Hertzman, C. (1997) Social and biological pathways linking early life and adult disease. *Br. Med. Bull.* **53**:210-21.

Rakhonen, O. and Takala, P. (1998) Social class differences in health and functional disability among older men and women. *Int. J. Health Serv.* **28**:511-24.

Rautio, N., Heikkinen, E., and Heikkinin, R-L. (2001) The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch. Gerontol. Geriatr.* **33:** 163-78.

Rayner, M. and Petersen, S. (2000) *European cardiovascular disease statistics.* London: British Health Foundation.

Reed, D.M., Foley, D.J., White, L.R., Heimovitz, H., Burchfiel, CM., and Masaki, K. (1998) Predictors of healthy aging in men with high life expectancies. *Am. J. Public Health* **88:** 1463-8.

Regidor, E., G. Barrio, A. Domingo, C. Rodriguez, and J. Alonso. "Association between education level and health related quality of life in Spanish adults." /. *Epidemiol. Community Health,* **53 (1999): 75-82.**

Reijneveld, S.A. and Gunning-Schepers, L.J. (1995) Age, health and the measurement of the socioeconomic status of individuals. *Eur. J. PublicHealth* **5**:187-92.

Robert, S. and House, J.S. (1996) SES differentials in health by age and alternative indicators of SES. /. *Aging Health* **8**:359-88.

Rogers, R.G., Rogers, A., and Belanger, A. (1992) Disability-free life among elderly in the United States./. *AgingHealth* 4:19-42.

Roos, N.P. and Havens, B. (1991) Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am. J. Public Health* **81**:63-8.

Ross, C.R. and Wu, C.L. (1996) Education, age, and the cumulative advantage in health. /. *Health Soc. Behav.* **37**:104-20. Rowe, **J.**W. and Kahn, R.L. (1998) *Successful aging.* New York: Dell.

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., **and Chaudhary, B.S.** (1984) Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* **311**:552-9.

Sacker, A., Bartley, M., Firth, D., **and Fitzpatrick, R.** (2001) Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Soc. Sci. Med.* **52**:763-81.

Sakari-Rantala, R., Heikkinen, E., and Ruoppila, I. (1995) Difficulties in mobility among

elderly people and their association with socioeconomic factors, dwelling environment and use of services. *Aging (Milano)* **7**:433 10.

Salas, C. (2002) On the empirical association between poor health and low socioeconomic status at old age. *Health Econ.* **11**:207-20.

Schooling, M. and Kuh, D. (2002) A life course perspective on women's health behaviours. In: *A Life course approach to women s health* (ed, D. Kuh and R. Hardy). Oxford: Oxford University Press.

Schulz, R. and Beach, S.R. (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA* **282**:2215-9.

Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., **and Fleissner, K.** (1995) Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *Gerontologist* **35**:771-91.

Seshamani, M. and Gray, A. (2004) Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age Ageing* **33**:556-61.

Shahtahmasebi, S., Davies, R., and Wenger, G.C. (1992) A longitudinal analysis of factors related to survival in old age. *Gerontologist* **32**:404-13.

Simonsick, E.M., Lafferty, M.E., Phillips, C.L., Mendes de Leon, C.F., Kasl, S.V., Seeman, T.E., *et al.* (1993) Risk due to inactivity in physically capable older adults. *Am. J. Public Health* **83:** 1443-50.

Singer, B.H. andManton, K.G. (1998) The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States. *Pro. Nat. Acad. Sci.* **95**:15618-22.

Singh-Manoux, A., Adler, N.E., and Marmot, M.G. (2003) Subjective social status: its determinants and its associations with measures of ill-health in the Whitehall II study. *Soc. Sci. Med.* **56:** 1321-33.

Smith, J.P. (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status./. *Econ. Perspectives* **13**:145-66.

Smith, J.P. and Kington, R. (1997) Demographic and economic correlates of health in old age. *Demography* **34**:159-70.

Spillxnan, B.C. (2004) Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *Milbank Quart.* **82**:157-94.

Stansfeld, S.A., Head, J., **and Marmot, M.G.** (1998) Explaining social class differences in depression and well being. *Soc. Psych. Psych. Epidemiol.* **33**:1-9.

Steel, N., Huppert, F.A., McWilliams, B., and Melzer, D. (2003) Physical and cognitive function. In: *Health, wealth and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing* (ed. M. Marmot, **J.** Banks, R. Blundell, era/.). London: Institute for Fiscal Studies.

Stitt, S., O'Connell, C, and Grant, D. (1995) Old, poor and malnourished. *Nutr. Health* **10**:135-54.

Strawbridge, W.J., Cohen, R.D., Shema, S.J., and Kaplan, G.A. (1996) Successful aging: predictors and associated activities. *Am. J. Epidemiol.* **144**:135-41.

Stuck, A.**E., Walfhert, J.M., Nikolaus, T., Bula, CJ,, Hohmann, C, and Beck, J.C.** (1999) Risk factors for functional status decline in community-Kving elderly people: a systematic literature review. *Soc. Sci. Med.* **48**:445-69.

Sundquist, J. and Johansson, S.E. (1997) Self reported poor health and low educational level predictors for motality: a population-based follow-up study of 39,156 people in Sweden.

/. *Epidemiol. Community Health* **51**:35-40.

Sutherland, S. (1999) *With respect to old age: long-term care—rights and responsibilities. Report of the Royal Commission on Long-term Care.* CM 4192-1. London: The Stationery Office.

Swain,V.J. (1993) Changes in self-reported health. In: *The Health and Lifestyle Survey: seven years on* (ed. B.D. Cox, F.A. Huppert, and M.J. Whichelow), pp. 49-72. Aldershot: Dartmouth.

Taylor, R. and Ford, G. (1983) Inequalities in old age: an examination of age, sex and class differences in a sample of community elderly. *Ageing Society* **3:**183-208.

Thorslund, M. and Lundberg, O. (1994) Health inequalities among the oldest old. /. *Aging Health* **6:** 51-69.

Todd, G.F. (1959) *Statistics of smoking.* London: Tobacco Manufacturers Standing Committee.

Townsend, R and Davidson, N. (1982) *Inequalities in health. The Black Report.* Harmondsworfh: Penguin Books.

Turner, R.J. and Marino, F. (1994) Social support and social structure: a descriptive epidemiology of a central stress mediator. /. *Health Soc. Behav.* **35**:193-212.

Usui, W.M., Keil, T.J., and Durig, K.R. (1985) Socioeconomic comparisons and life satisfaction of elderly adults. /. *Gerontol.* **40**:110-14.

Veenstra, G. (2000) Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc. Sci. Med.* **50**:619-29.

Victor, C.R. (1989) Inequalities in health in later life. *Age Ageing* **18**:387-91.

Victor, C.R. (1991) Continuity of change: inequalities in health in later life. *Ageing Soc.* **11**:23-9.

Vitaliano, P.P., Schulz, R., Kiecolt-Glaser, J., and Grant, I. (1997) Research on physiological and physical concomitants of caregiving: where do we go from here? Ann. *Behav. Med.* **19**:117-23.

Waidmann, T.A. **and Manton, K.G.** (1998) *International evidence on disability trends among the elderly (abstract).* US Department of Health and Human Services.

Wanless, D. (2002) *Securing our future health: taking a long term view. Final report.* London: HM Treasury.

Wanless, D. (2004) *Securing good health for the whole population. Final report.* London: The Stationery Office.

Whitehead, M. (1987) *The health divide: inequalities in health in the 1980s.* London: The Health Education Council.

Williams, R.B., Barefoot, J.C, Califf, R.M., *et al.* Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* **267**:520-4.

14. Bölüm

MAHALLELER, KONUTLAR VE SAĞLIK

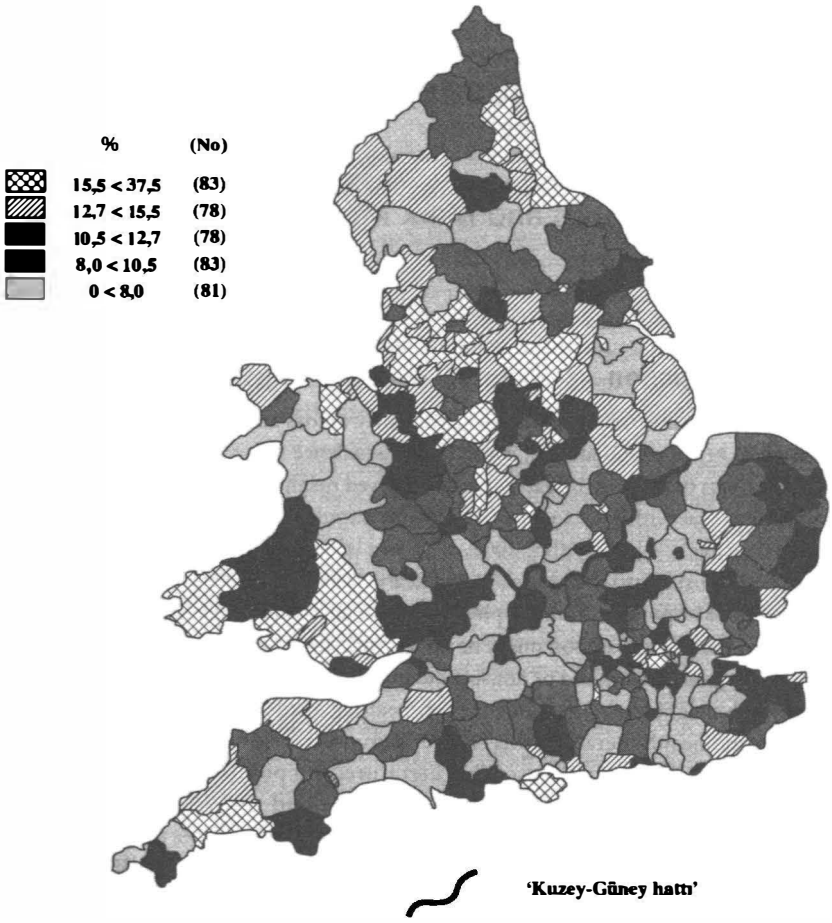
Mai Stafford ve Mark McCarthy

14.1 Giriş

Ülkelerin mortalite ve morbidite oranları arasında görülen farklar Bölüm 1'de anlatılmıştı. Daha yerel bir düzeyde, barınılan yer sağlığı etkiler mi? Birleşik Krallık'ın (BK) 'yoksun mahalleler ile ülkenin geri kalanı arasındaki uçurumu daraltmak ve böylece 10 ila 20 yıl içinde kimsenin, yaşadığı yer nedeniyle önemli bir dezavantaj yaşamamasını sağlamak' gibi resmi hedefleri vardır (Cabinet Office – Kabine Ofisi 2001, s.8). Peki mahalle ve konut kalitesinin sağlıkla ilişkili olduğunu gösteren kanıt nedir? Mahalle ve konut ortamı hem fiziksel hem zihinsel sağlık için önemli midir? Mahallenin hangi özellikleri sağlık açısından özellikle önemli olabilir? Değişen mahalle ya da konut ortamı ile sağlıktaki iyileşmenin ilişkili olduğunu gösteren kanıt var mıdır? Öncelikle sağlık üzerine mahalle etkilerinden bahsedip sonra barınma ve sağlık literatürünü gözden geçiren bu bölüm, birkaç güncel çalışmanın bulgularını özetler, bu literatürün sınırlılığına dikkat çeker ve araştırmacılar ve politika yapıcılarının bu alanı ileriye götürebilecekleri yollara işaret eder.

14.2 Mahalle ortamı ve oturanların sağlığı

Mortalite ve hastalık oranları BK ve başka gelişmiş ülkelerdeki mahalleler arasında değişkenlik göstermektedir (Humphreys ve Carr-Hill 1991; Duncan ve ark.1995; Wiggins ve ark. 1998; Krieger 1992; Diez-Roux ve ark. 1997; Martikainen ve ark. 2003). Şekil 14.1 kadınlardaki kısıtlayıcı kronik hastalıklarda ülke içinde görülen değişkenliği göstermektedir. Kısıtlayıcı kronik hastalıkların en yüksek oranlarda görüldüğü yerler kuzey, kuzeybatı ve Galler'de kümelenmektedir. Mahalleler arasındaki farklar genişliyor olabilir (Shaw ve ark. 1998). Sağlığın belli bölgelerde, diğerlerine göre daha kötü olduğu açıktır. Bu kadar açık olmayansa farkların, basitçe kişisel risk etkenleri ve sağlık arasındaki ilişki ve benzer risk profili olan kişilerin aynı bölgelerde kümelenmesi (bileşimsel bir etki) ile açıklanıp açıklanamayacağı; kişisel risk etkenlerinin ötesinde yaşanan yerin ilave etkilerine bağlı olup olmadığıdır (bağlamsal bir etki).



Şekil 14.1 İngiltere ve Galler'de 36-65 yaşları arasında kısıtlayıcı kronik hastalığı olan kadınların yüzdesi, ülke bölgelerine göre.
Kaynak: ONS Uzamsal Çalışması, Wiggins ve ark. 2002, Elsevier'nin izniyle.

Mahalle ortamı ve sağlık arasındaki ilişkiyi incelemek için birkaç tasarım kullanılmıştır: Topluluk özelliklerini topluluk sağlığıyla ilişkilendiren ekolojik çalışmalar (Bobak ve Leon 1999); yerel ortamın algılarını sağlıkla ilişkilendiren kişisel nicel ya da derinlemesine çalışmalar (Pevalin 2004, Cattell 2001) ve mahalle düzeyinde verileri kişisel sağlıkla birleştiren çok katmanlı çalışmalar (Duncan ve ark. 1995). Yalnızca son türden çalışmalar sağlıkta mahalle farklarının bağlamsal ve bileşimsel açıklamalarını incelemek için kullanılabilir. Çok tabakalı inceleme yalnızca benzer yerlerde yaşayan kişilerin değil ayrıca aynı yerde yaşayan, aynı fiziksel çevreyi, aynı ulaşım, perakende ve sağlık hizmetlerini ve aynı komşuları paylaşan kişilerin de sağlığının incelenmesine imkan tanır. Bu bölümde mahalle ortamı ve sağlık üzerine çok tabakalı araştırmalardan

elde edilen kanıtlara odaklanacağız.

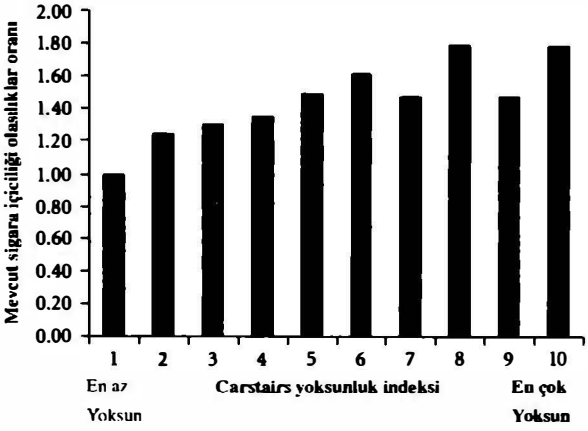
Mahallelerin incelenmesindeki zorluklardan biri hangi mahallenin çalışılacağına karar verilmesidir. Birleşik Krallık'taki ve ABD'deki nüfus sayım bölgeleri gibi idari sınırlar, nicel çalışmalarda kuramsaldan çok pratik nedenlerle sıklıkla kullanılır. Nüfus sayımının coğrafi birimleri yaşayanların çoğunun gezindiği ve aynı dükkanları, kiliseleri, barları paylaştıkları küçük bir coğrafi alanı kapsamaktadır ve bu yüzden o mekanda yaşayan topluluğun kimliği ile, birebir olmasa bile, anlamlı bir örtüşme içindedir. Campbell ve McLean'in çalışması (2002) birçok insanın yaşadıkları nüfus sayım bölgesiyle bir özdeşleşme ifade ettiğini ileri sürmektedir ve bu durum coğrafi ve psikolojik olarak tanımlanmış toplulukların bir miktar çakıştığını göstermektedir. Yine de mahalleleri tanımlamanın daha gelişmiş yolları bulunursa alan daha ilerleyecektir.

Mahallenin ekonomik, sosyo-ilişkisel, hizmet ve fiziksel yönleri sağlık açısından önemli olabilir (Macintyre ve ark. 1993). Bu özelliklerin her biriyle ilişkili çalışma örnekleri aşağıda sunulmuştur.

14.2.1 Mahallenin ekonomik özellikleri ve sağlık

Ampirik literatürde en çok ilgiyi yoğunlaşmış yoksunluk, endüstriyelleşmenin geri çevrilmesi ve işsizlik oranı gibi ekonomik etkenler görmüştür. Bunun nedeni kısmen, ekonomik etkenlere ilişkin verilerin hazırda var olmasıdır. Birleşik Krallık'ta çoklu yoksunluk göstergeleri, örneğin, özgün nüfus sayımı, işsiz erkeklerin oranı, 4. ya da 5. sosyal sınıftaki mesleklerde olan yaşayanların oranı, fazla kalabalık evlerin oranı, bir arabaya erişimi olmayan evlerin oranı ve sahiplerinin oturmadığı evlerin oranı ölçümleriyle elde edilmektedir (Carstairs ve Morris 1991; Townsend 1979). Alana dayalı yoksunluk göstergeleri başka bir yerde gözden geçirilmiş (Gordon 2003) ve ayrıca 10. Bölüm'de ele alınmıştır.

Çalışmalar çoklu-yoksun bir alanda yaşam ile bebek ve çocuk sağlığı (Morgan ve Chinn 1983; O'Campo ve ark. 1997; Roberts 1997), algılanan genel ve zihinsel sağlık (Humphreys ve Carr-Hill 1991; Duncan ve ark. 1995; Shouls ve ark. 1996; Wiggins ve ark. 1998; Sloggett ve Joshi 1998), koroner kalp hastalığı (Diez-Roux ve ark. 1997,2001), şiddet ve cinayet (Sampson ve ark. 1997; Cubbin ve ark. 2000; Shaw ve ark. 2005) ve her nedenli mortalite (Fox ve ark. 1984; Haan ve ark. 1987; Jones ve ark. 2000; Bosma ve ark. 2001; Martikainen ve ark. 2003) arasında ilişkiler bulunduğunu göstermiştir. Çalışmaların çoğu bu ilişkilerin dereceli olduğunu, düzenli olarak artan yoksunluğun morbidite ve mortalite risklerinde fazladan artışlarla ilişkili olduğunu bulmuştur. Örneğin, Şekil 14.2 yerel alanda yoksunluk arttıkça, sigara kullanımı olasılığının arttığını göstermektedir. Kişisel sosyo-ekonomik özellikleri göz önüne alındıktan sonra, en yoksun alanlarda yaşayanların sigara kullanma olasılığı en az yoksun alanlardakilerin 1.8 katıdır.



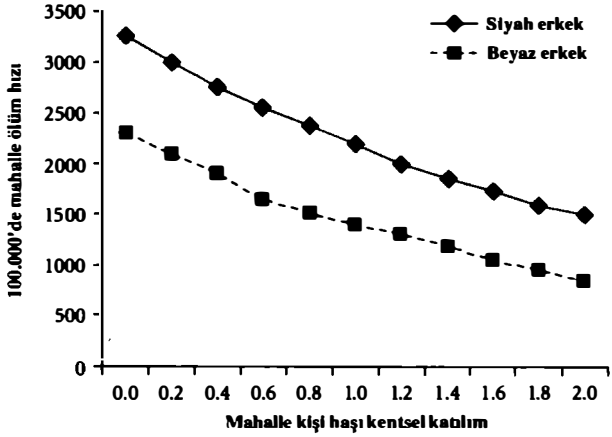
Şekil 14.2 Sigara kullanımı Carstairs yoksunluk endeksinin onluklarıyla artar; yaşa, sosyal sınıfa ve ekonomik etkinliğe göre düzeltilmiştir.
Kaynak: *İngiltere için Sağlık Araştırması* 1994-99, yalnızca erkekler.

Çok katmanlı çalışmaların güncel bir derlemesi, çoğunluğu bireysel özellikler ve sağlık arasındaki ilişkilerin boyutuna kıyasla genel olarak mütevazi kalsa da, mahalle yoksunluğu ve sağlık arasında önemli ilişkiler bulduğu sonucuna varmıştır (Pickett ve Pearl 2001).

14.2.2 Mahallenin sosyal ortamı ve sağlık

Sosyo-ilişkisel etkenler sosyal sermaye, sosyal uyum ve sosyal kontroldür. Bu kurguların tanımı ve ölçümü uzun süre tartışılmışltır ve henüz evrensel bir anlaşmaya varılamamıştır. (Örneğin *International Journal of Epidemiology* 2004, cilt 33'teki kapsamlı tartışmaya bakabilirsiniz.) Putnam'ın yaygın olarak alıntılanan yaklaşımına göre sosyal sermaye "ağlar, normlar ve güven gibi ortak çıkar için birlikte çalışma ve eylemi kolaylaştıran sosyal organizasyonların özellikleri" olarak tanımlanabilir (Putnam 1993). Bu mahallelere uygulanabilir (aynı şekilde iş yerlerine, özel ilgi gruplarına, mesleklere vb. uygulanabileceği gibi). Belli bir mahallede yaşayan kişiler arasındaki sosyal etkileşimler, bu sosyal etkileşimlerde bulunmayan ama aynı yerde yaşayan kişilerin sağlıklarını ve iyiliklerini etkileme potansiyeli bulunan dışsallıklar üretebilir. Bu mahalle düzeyinde birçok yolla kullanılmıştır. Örneğin mahalle sakinleri arasında başkalarına güvendiğini söyleyenlerin oranı, yerel birliklere katılanların oranı ve komşularının güvenilir insanlar olduklarını bildirenlerin oranı. Özgün bir tasarım şöyledir: cevaplayanların bir kısmına yerel sosyal ortamlarına dair algılarıyla ilgili sorular sormak, yanıtlarını mahalle düzeyinde birleştirmek ve birleşik skorları bireysel sağlığa dair veriler içeren farklı bir veri tabanına eklemek. Bu yolla sosyal ortama dair algılar sağlığa dair algıların dışından elde edilmiş olur.

Mahallenin sosyal ortamı doğrudan gözlemlenebilir. Bu yaklaşım kamusal kabalıkların bağımsız, eğitilmiş gözlemcilerce kaydedilmiş olduğu Chicago Mahalleler Çalışması'nda Halk Sağlığı ve Gelişiminde kullanılmıştı (Sampson 1999).



Şekil 14.3 45-64 yaşındakilerin ölüm hızı kentsel katılımla ilişkilidir; mahalle yoksunluğuna göre düzeltilmiştir.

Kaynak: Lochner ve ark. 2003, Elsevier'den izinle.

İkamet bileşimine göre düzeltme yapılan çok katmanlı çalışmalarda sosyal sermayenin mahalle göstergeleri doğum tartısı (Buka ve ark. 2003), sağlıkla ilişkili davranışlar (Weitzman ve Kawachi 2000, algılanan genel ve zihinsel sağlık (Cutrona ve ark. 2000; Wen ve ark. 2003; Stafford ve ark. 2004), cinayet ve her nedenli mortalite (Sampson ve ark. 1997; Lochner ve ark. 2003) ile ilişkilendirilmiştir.

Kentsel katılım (Chicago Mahalleler Çalışması'nda Halk Sağlığı ve Gelişimi'nde ölçülen) ve mortalite (Lochner ve ark. 2003) arasındaki ters ilişki Şekil 14.3'te gösterilmiştir. Mohan ve arkadaşları (2004) fedakar etkinliklerin ve resmi olmayan girişkenliğin mahalle düzeyinde çeşitli göstergelerinin sentezlenmiş yeni tahminlerini yaratmıştır ve bunları mortaliteyle ilişkilendirmiştir. Gönüllülük ve sosyal etkinlik mortaliteyle, bireysel yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik özelliklerin ötesinde ve dışında önemli bağlantılar göstermiştir.

Britanyalı Ev Paneli Anketi'nden alınan uzamsal bireysel düzeyde verilerin analizi, algılanan mahalle bağlığının yaygın zihinsel hastalığın izleyen başlangıcını tahmin etmemiştir (Pevalin 2004). Uzamsal bağlantının yokluğu eğer mahalle bağlılığı zihinsel sağlıkla nedensel olarak ilişkiliyse, etkinin oldukça çabuk olduğunu ve gecikme süresinin kısa olduğunu göstermektedir.

Birleşik Devletler Genel Sosyal Anketi sosyal sermayeyi devlet düzeyinde yakalayan önemli bir bilgi kaynağı (Kawachi ve ark. 1997) olsa da, mahalle düzeyindeki araştırmalarda kullanılmamıştır ve Bölüm 8 bu literatürün bir kısmını kapsasa da, bu ankete dayanan çalışmalar burada gözden geçirilmemiştir. Mahalle içindeki sosyal süreçleri ve çocuk ve ergen gelişimini ele alan çalışmalar Sampson ve arkadaşları (2002) tarafından derlenmiştir. Mahalli sosyal-ilişkisel etkenleri sağlık çıktılarına ilişkilendiren literatür, özellikle Birleşik Krallık'ta mahallenin sosyo-ekonomik özelliklerini sağlığa bağlayan güncel kanıtların gerisinde kalmaktadır.

14.2.3 Mahallenin rahatlığı ve sağlık

Hizmet ortamı, kamu ve özel sektör tarafından sağlanan sağlık hizmetleri, ulaşım ve perakende mağazaları gibi kolaylıklar ve hizmet mekanlarını kapsamaktadır. Hizmet ortamıyla ilgili çok katmanlı çalışmalar nadiren yapılmaktadır. Cummins ve arkadaşları (2005a) merkezi hükümet birimleri, yerel otoriteler, gönüllü kuruluşlar, kamu kurumları, ticari ve endüstriyel organizasyonlar gibi rutin ve sıradışı birçok kaynaktan ulaşım, sağlık, mağazalar ve mali hizmetlere dair bilgi topladı. Kadınlarda algılanan sağlık ve sağlık hizmetine ulaşım ve finansal hizmetlere erişim arasında, erkeklerde ise algılanan sağlık ve büyük marketlere erişim arasında pozitif bir ilişki bulunmuştu (Stafford ve ark. 2005). Bu ilişkilerin hizmet ortamını sağlığa doğrudan bağlayan yolakları temsil ediyor olma ihtimalleri düşüktür ve finansal hizmetlerin ve marketlerin mahallenin diğer özelliklerinin belirteçleri olması muhtemeldir. Örneğin bir alanda yeni bir süpermarketin varlığı, o alanın şehir merkezi ya da varoş olduğunun ya da yerel alım gücünün göstergesi olabilir. Alameda County çalışmasının verileri çok sayıda ticari dükkanın (eczaneler, güzellik salonları/berberler, çamaşırhaneler/kuru temizlemeciler ve süpermarketler) varlığının, ölüm riskinde artışla ilişkili olduğuna işaret etmektedir (Yen ve Kaplan 1999).

Dört farklı hizmete (köşedeki dükkan, büyük süpermarket, postane ve pratisyen hekim) erişim kolaylığını ölçen bir ölçek, İngiltere Sağlık Anketi 2000 katılımcılarının bildirimleri kullanılarak oluşturulmuştu. Yanıtlar mahalle düzeyinde birleştirilmişti. Erişim kolaylığı, bireysel sosyo-ekonomik etkenlerin ötesinde ve dışında algılanan genel ya da zihinsel sağlık, sigara kullanımı ya da obeziteyle ilişkilendirilmemişti (Boreham ve ark. 2002). Ancak erişim kolaylığında sosyal sınıf gradyanı bulunmuştu, yani hizmetlere erişimin diğer sağlık çıktılarındaki sosyal eşitsizliğe aracı olması muhtemeldir.

Alameda County çalışması katılımcılarına mahalleyle ilgili muhtemel sorunlar sorulmuştu (Balfour ve Kaplan 2002). Geceleri yetersiz aydınlatma ya da ulaşıma sınırlı erişim bildirenlerin, aydınlatma ya da ulaşımla ilgili hiçbir sorun bil-

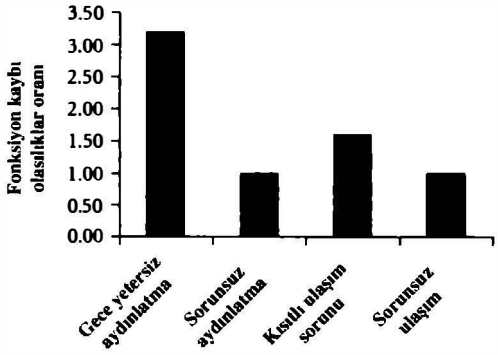
dirmeyenlere kıyasla önceki yıla göre fiziksel işlevlerinde kayıp yaşama ihtimalleri daha yüksek bulunmuştu (Fig. 14.4). Özellikle alt uzuvların işlevleri etkilenmişti. Yazarlar mahalle sorunlarının ev dışı etkinliklerin düzeyini azaltabileceğini ve böylece işlevsellikte düşüş riskini artıracağını tahmin etmektedirler.

Genel Hanehalkı Anketi 2000 katılımcılarına yerel bölgelerindeki tesislerle ilgili sorular da sorulmuştu. Sosyal olanaklar, serbest zaman olanakları, küçük çocuklar için olanaklar, gençler için olanaklar, sağlık hizmetleri, okullar, üniversiteler ve polis hizmeti ve bu olanakların hem niteliğine hem niceliğine dair birleşmiş algıları içeren maddeler vardı. Bölgelerindeki yerel olanakları daha zayıf olarak algılayan erkeklerin, daha iyi olarak algılayanlara kıyasla sağlıklarını iyiden az olarak değerlendirme ihtimalleri daha çoktu. Kadınlarda böyle bir ilişki görülmemişti (Ginn ve Arber 2004).

Bir bölgedeki hizmet ve olanakların sayısının basit toplamının orada yaşayanların günlük deneyimleri ve bu olanaklarla temaslarını yeterince yakalayamadığı açıktır. Bu olanakların niteliği de muhtemelen en az onlar kadar önemlidir ve eğer bu olanaklara erişim kolaysa, çok yakın çevrede bulunmamaları da önemli olmayabilir. Ayrıca yerel sosyal etkileşimler ve sağlık için alan kullanımındaki (ticari ve yerleşim amaçlı) dengenin, potansiyel önemi başka bir yerde vurgulanmıştır (Sampson ve ark. 2002).

14.2.4 Mahallenin fiziksel ortamı ve sağlık

Gelişmiş ülkelerde mahallenin sağlık için önemli olabilecek fiziksel özellikleri şunlardır: Kirlilik düzeyleri, endüstri ve atık imha alanlarının varlığı, kentleşme derecesi, yeşil alanlar ve kent tasarımının diğer özellikleri. İklim ve su sertliği gibi birçok fiziksel özellik göreceli olarak büyük alanlarda değişkenlik gösterir ve mahalle çalışmalarında anlamlı değildir. Çok katmanlı çalışmalar, yıkık dökük bir ortamda kişinin sağlığını daha kötü olarak algıladığını ileri sürmekte ve bireysel sosyo-ekonomik özelliklerin sağlık algısı üzerine etkisini açıklamaktadır (Cummins ve ark. 2005b). Barınma yerlerinin ağırlıklı olarak toplu konut ve ağırlıklı olarak yeni (1969 sonrası) inşa edilmiş olması kişisel etkenlerin üzerinde ve ötesinde kötü zihinsel sağlık ile ilişkilidir (Weich ve ark. 2002). Yürünebilecek hoş alanların bulunması son zamanlarda ilgi görmüştür ve yaşlı insanlarda hayatta kalımı (Takano ve ark. 2002) ve genel yetişkin nüfusta fiziksel aktiviteyi (Humpel ve ark. 2002 derlemesine bakınız) tahmin edebileceği gösterilmiştir. Fiziksel çevresel etkenler, kişisel tavırlar ve akran desteği yürümeyi desteklemekte eşit önemde görünmektedir (Giles-Corti ve Donovan 2003). Total partikül konsantrasyonu ve sülfür dioksit düzeyleri, kişinin bireysel özelliklerinin etkisi dışarıda bırakıldıktan sonra, her nedenli mortalite ile pozitif şekilde ilişkilidir (Finkelstein ve ark. 2003). Fiziksel çevre ile ilgili diğer çalışmaların



Şekil 14.4 Yaşlı erişkinlerde fiziksel fonksiyon kaybı mahalle imkânlarıyla ilişkilidir; yaş, cinsiyet ve temel fonksiyona göre düzeltilmiştir.
Kaynak: Balfour ve Kaplan 2002.

çoğunda ekolojik tasarımlar kullanılmıştır ve hava kirliliğinin, ana yollara yakınlığın ve soğuk iklimin daha kötü sağlıkla ilişkili olduğunu gösteren daha ileri kanıtlar sunulmuştur (Schwartz 1994; Maheswaran ve Elliott 2003; Blane ve ark. 2000; Mitchell ve ark. 2002).

14.2.5 Mahallenin birlikte değişen patojenik özellikleri

Mahallenin ekonomik, sosyo-ilişkisel, hizmetsel ve fiziksel özelliklerini kapsayan kanıtlar ayrı ayrı gözden geçirilebilir ama gerçek şudur ki, bunlar olasılıkla birlikte değişecektir. Ekonomik olarak daha yoksun bölgeler muhtemelen daha zengin bölgelerden farklı fiziksel ve sosyo-ilişkisel özelliklere sahip olacaktır. Mahalle yoksunluğu sosyal uyumla büyük bir ters ilişki göstermektedir (Stafford ve ark. 2004) ve Birleşik Devletler'deki çalışmalar resmi olmayan sosyal kontrol ve sosyal uyumun korunmasının mahalle zenginliğine oldukça bağımlı olduğunu ileri sürmektedir (Wen ve ark. 2003). İnşa edilmiş çevrenin fiziksel özellikleri komşulukla (Skjaeveland ve Garling 1997) ve sosyal etkileşimin diğer özellikleriyle ilişkilidir (Leyden 2003). Örneğin yarı özel alanlar (ev ve toplu alanlar arasındaki tamponlar), daha yüksek seviyelere kıyasla sokakla aynı düzeyde yaşanması ve alanın genişliği, daha iyi komşulukla ilişkilidir. Uygun buluşma yerlerinin varlığı sosyal etkileşimi kolaylaştırmaktadır (Cattell ve Herring 2002; Witten ve ark. 2001). Şekil 14.5'te gösterildiği gibi kötü kaliteli barınma Birleşik Krallık'ın daha sert iklimli bölgelerinde daha yaygındır (Blane ve ark. 2000).

Bu çevresel özelliklerin bazıları yalnızca başka risk etkenlerinin varlığında

sağlıkla ilişkili olabilir. Örneğin bireysel risk etkenlerinin ötesinde ve üzerinde, daha kötü kalitedeki barınaklarda yaşayanlar için sert iklim akciğer işlevinde azalma ve daha yüksek kan basıncı ile ilişkilidir ama bu ilişki daha kaliteli evlerde yaşayanlarda daha az belirgindir (Blane ve ark. 2000; Mitchell ve ark. 2002). Başka bir örnekte ekolojik analiz, erkeklerde akciğer kanseri oranlarının yalnızca yüksek ekonomik yoksunluk olan mahallelerdeki hava kirliliği ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir (Dayal ve ark. 1984). Mahallenin tüm bu özelliklerini doğru ölçmek, muhtemelen tek bir çalışmayla mümkün olanın ötesindedir. Bu yüzden çeşitli kaynaklardan kanıtları bir araya getirmeliyiz.

Mahalle ortamı ve sağlıkla ilgili çalışmalar, nüfusun bazı kesimlerinin diğerlerine göre yerel özelliklere daha fazla maruziyet ya da onlardan daha çok etkilenmeye açık olma olasılığı tarafından daha da karmaşıklaştırılmaktadır. Diğer bir deyişle bireysel özellikler, mahalle ortamının özellikleri ve sağlık arasında büyük olasılıkla istatistiki etkileşimler olacaktır. Mahalle ortamı ve sağlık arasındaki ilişkiler cinsiyete, sosyal konuma, istihdam durumuna ve ırka göre değişebilir (Sloggett ve Joshi 1998; Yen ve Kaplan 1999; Jones ve ark. 2000; Diez-Roux ve ark. 2001; Stafford ve Marmot 2003). Emeklilerin, çocukların ve küçük çocuğu olan anne babaların yerel olarak mevcut olanaklara daha fazla maruz kaldığı ve onlara daha bağımlı olduğunu tahmin edebiliriz.

14.3 Müdahale çalışmaları

Daha ileri bir çalışma tasarımından henüz bahsedilmedi. Mahalle ve sağlık arasındaki bağlantıyla ilgili müdahale çalışmaları, mahalle araştırmalarındaki seçim yanlılığı sorunuyla başa çıkmaktadır. Önemli bir örnek 1994'te Birleşik Devletler'deki beş şehirde başlamış olan Fırsata Taşınma (FT) programıdır (US Department of Housing and Urban Development – BD Barınma ve Şehir Gelişimi Bakanlığı 2003). Uygun nitelikte katılımcılar (sosyal barınaklarda yaşayan çok düşük gelirli ve çocuklu aileler) üç gruptan birine gelişigüzel olarak yerleştirilmiştir:

1. Düşük yoksulluk bölgelerine taşınmak için barınma desteği ve uygun konaklama bulmak için yardım alan deneysel bir grup;
2. Coğrafi olarak sınırlanmamış barınma desteği alan bir grup;
3. Bir kontrol grubu.

Başlangıçta sağlık durumu katılımcı anketine dâhil değildi, yani FT programı henüz randomizasyon grubuna göre sağlık durumundaki değişimi değerlendirememiştir. Ancak güncel bulgular deneysel gruptaki yetişkinlerin takipte, diğer iki gruba kıyasla daha az psikolojik sıkıntıları olduğuna işaret etmektedir (Leventhal ve Brooks-Gunn 2003). Genel sağlıkta, sigara kullanımında, alkol tüke-

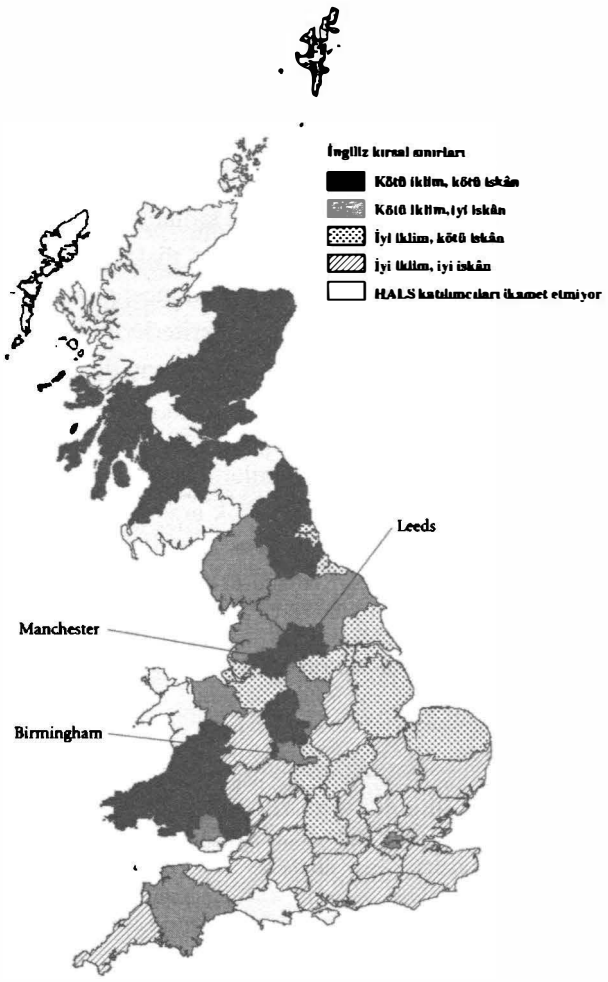
timinde ya da kan basıncında hiçbir farklılık gösterilmemiştir. Deneysel gruptaki genç erkekler ve daha genç çocukların kontrollere kıyasla daha az sıkıntı/endişe sorunları yaşıyor gibi görünmesine rağmen, çocukların sağlığıyla ilgili bulgular diğerleri kadar net değildi. Sosyal barınma müdahaleleriyle ilgili bu ve diğer kontrollü çalışmalar Anderson ve ark.'nda (2003) gözden geçirilmiştir.

İsrail'de seçili 'sıkıntılı' mahallelerin sosyal ve fiziksel yapısını iyileştirmek için tasarlanmış bir müdahale sosyo-ekonomik özelliklerine göre eşleştirilmiş mahallelerin deneysel ve kontrol gruplarının önceki ve sonraki ölçümleri karşılaştırılarak değerlendirilmişti (Carmon ve Baron 1994). Barınma koşullarını, sosyal hizmetleri ve deneysel alanlarda yaşayanların katılımını bir miktar iyileştirse de müdahale, kontrol bölgelerine kıyasla sosyo-ekonomik özellikleri yükseltmeyi başaramamıştır. Yazarlar iyileşmiş hizmetlerin yaşam koşullarındaki eşitsizlikleri azaltabileceği ama bir bölgenin sosyo-ekonomik profilini yükseltmek için belli bir derece yerleşim devri olması gerektiği sonucuna varmıştır. Bu nüfus değişimini elde etmenin bir yolunun o bölgenin soylulaştırılması olduğunu ama yeni barınak inşaasının (eski yaşayanlar yerlerinden edilmeden) da başka bir yol olduğuna işaret etmişlerdir.

14.3.1 Mahalle temelli girişimler

Son yıllarda birkaç bölgeye dayalı girişim uygulanmıştır. Sağlık Hareketi Bölgeleri, İstihdam Hareketi Bölgeleri ve postane kapatılmasını önlemek (diğer yerel dükkanların ve işlerin tutunmasına yardımcı olabilecek olan) için Yoksun Kent Posta Ofisi şeması bu girişimin örnekleridir. (88 en yoksun yerel otoritede harcamaları düzenleme ve artırmayı hedefleyen) Mahalle Yenileme Fonu gibi daha genel şemalar ve (yoksun bölgelerde ortaklığı destekleyen ve maddi kaynak sağlayan) Topluluklar için Yeni Anlaşma da bölgeye dayalı yaklaşım uygulamaktadırlar. Bu girişimlerin çoğunun ortak noktası hedef nüfusun coğrafi olarak tanımlanmış olması ve tipik olarak çoklu yoksunluk indekslerinde yüksek puan almış alanların seçilmiş olmasıdır. Örneğin Mahalle Yenileme programının ana hedefi 'ülkenin en fakir kısımlarına ekonomik refah/bolluk, güvenli topluluklar, yüksek kaliteli okullar, nezih evler, iyileşmiş fiziksel ortam ve daha iyi sağlık götürmektir' (Cabinet Office – Kabine Ofisi 2001).

Bazı girişimler proje alanlarındaki özel gruplara odaklanabilmek için fon tahsisinden yararlanırlar. Son girişim grubunun bölgeye dayalı yaklaşımı, en çok ihtiyaç içinde olan kişilerin belirlenmesi için yerel yaşam koşullarını iyileştirmek amaçlı bir stratejiye göre, daha çok kaba bir araç sayılabilir. Ancak önceki girişimler mahallenin özelliklerinin çok-araçlı bir yaklaşımla nereye kadar değiştirilebileceğini değerlendirmek için ve buna karşılık orada yaşayan nüfusun sağlığında bir değişim oluyorsa bunun belirlenmesi için değerli bir fırsat sunabilir.



Şekil 14.5 İklim-yerleşim uyumsuzluğu.
Kaynak: Blane ve ark. 2000, BMJ Yayımcılık Grubu izniyle.

Sağlığa etkisinin değerlendirilmesi programa dâhil eldilmese de, bu girişimlerin bir kısmı sağlık çıktılarına göre değerlendirilmektedir, yani değerli bilgiler kaybolabilir. Doğrusu, mahallenin gelişmesiyle ortaya çıkan muhtemel sağlık kazanımları sınırlı olabilir (Curtis ve ark. 2002). Örneğin sağlıklı yaşama mahalle düzeyindeki engellerin bir kısmıyla projeler başa çıkabilir ama daha çoğu herhangi bir girişimle çözülemeyebilir.

Sağlık için önemli olabilecek çok çeşitli bağlamsal etkenleri gözden geçirince karışık ve çok kapsamlı, uzun vadeli girişimlerin gerekli olacağı açıklık kazanmaktadır. Aksama ve değişimlerin kendileri de sağlığa olumsuz bir ek etkide bulunabilirler, en azından kısa vadede.

14.4 Nedensellik kanıtları?

Mahalle ortamını davranışsal, biyolojik ve psikososyal aracılarla çeşitli sağlık çıktılarına bağlayan çok sayıda yolak varsayılabilir. Mahalleleri sağlık çıktılarına bağlayan mevcut araştırmaların çoğunun bir sınırlaması, bu yolakların açık şekilde tasvir edilmemiş ve denenmemiş olmalarıdır. Bunun ana nedeni bu çalışmaların çoğunun varolan verilerin ikincil incelemesini kullanıyor olmasıdır. Ancak artık sağlık ve yoksunluğun özet indeksleri arasındaki ilişkilerin tasvirinden, muhtemel nedensel yolakların açıkça denenmesine ilerlenmesi gerekmektedir.

Nedenselliği belirlemek için Bradford-Hill'in kriterlerini kullanarak mahalle ortamını sağlıkla ilişkilendiren bilginin güncel durumunu değerlendirebiliriz.

Tutarlılık

Birkaç gelişmiş ülkede farklı coğrafi birimler kullanılarak, birçok farklı çıktıyı araştıran çalışmalar mahalle ortamı ve sağlık arasında istatistiki olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Literatürün genişliği muhtemelen mahallenin ekonomik yönleriyle ilgili kısımda en yüksektir. Hâlâ yerel ekonomik, sosyal ve fiziksel ortamın farklı yönlerini özellikli sağlık çıktılarına bağlayan modelleri geliştirmek, denemek ve tekrar etmek gerekmektedir.

İlişkinin kuvveti

Yayımlanan çalışmaların çoğunluğu mahalle ortamı ve sağlık arasında istatistiki olarak anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiş olsa da bu ilişkilerin kişisel sosyo-ekonomik ve demografik özellikler ve sağlık arasındaki ilişkilere kıyasla boyut olarak daha küçük olduğu düşünülmektedir (Pickett ve Pearl 2001). Bununla beraber çok sayıda kişi küçük bir çevresel riske maruz kalıyor olsa bile halk sağlığı açısından sonuçları ciddi olabilir.

Doz-yanıt ilişkisi

Sonuçta mahalle özellikleri ve olumsuz sağlık riskleri arasında dereceli ilişkiler bulunmuştur.

Zamansal dizi

Buradaki bulgular büyük oranda kesitsel verilere dayanmaktadır yani ters nedensellik elenemez. Bu muhtemelen mahallenin sosyal-ilişkisel özellikleri için daha nettir. Gerçekten de bir kişinin sağlığının gelecekteki sosyal katılımını kestirdiği bulunmuştur (Pevalin ve Rose 2003). Mahalle özelliklerindeki değişimleri sağlıktaki değişimlerle ilişkilendirmek birkaç nedene bağlı olarak zordur. Mahallelerin kendiliğinden değişmesinin bekleneceği kadar uzun bir süre, birincil veri toplanması çok maliyetli olur. Birkaç yıl boyunca toplanan rutin idari veri-

ler kullanılabilir, ancak idari mahalle sınırları genellikle zamanla değişir ve bu sorunu analitik olarak çözmek gerekir. Ayrıca içeri ve dışarı göçler de değerlendirmeye alınmalıdır.

Biyolojik olabilirlik

Çalışmaların çoğunluğu varolan veri kaynaklarının ikincil analizinden yararlanmıştır. Mevcut en iyi verinin kullanılması biyolojik olarak makul yolakları bizim deneyebileceğimiz sınırlarda kısıtlamıştır. Son yıllarda amaca göre yapılmış çalışmalarda artış olmuştur; böylece biyolojik olabilirliğin denenme kapasitesi artıyor olmalıdır.

Özgüllük

Mahalle özelliklerinin etkilerini izole etmek çok zordur. Yerler insanları, insanlar da yerleri etkileyebilir (Macintyre ve Ellaway 2003). Bireyler ve mahalleler arasında olan sağlık çeşitlenmesinin ayrımı, kişi ve yerin çok katmanlı analizi için kullanılan istatistiki bir araçtır. Bu yaklaşım, yaşanan yer bağlamının sağlık üzerindeki etkisini vurgulamakta kullanışlı olmuştur. Ancak bu ayrım yapaydır. 'İnsanlar kişisel özelliklerindeki farklılıklar gözardı edildiğinde yaşadıkları yere göre farklı sağlık durumları göstermekte midir?' sorusunu sorabilmek (bu bölge ve birey düzeyinde değişkenlerin çok katınanlı bir modelde bir arada bulunduğu zaman yapılır) yaşanan yerdeki ayrışım ve nüfusun bazı kısımlarınca yaşanan hareket seçeneği kısıtlılığı gerçeğini görmezden gelmektir. Önceki barınma politikaları ve piyasa güçleri yaşanan yerlerdeki ayrışmayla sonuçlandı, böylece daha fakirler daha ucuz ve daha az sağlıklı alanlarda yaşamak zorunda kaldı. Bu yüzden kişisel sosyo-ekonomik dezavantaj yaşam yeriyle ilgili sosyo-ekonomik dezavantaja maruziyet riskini artırmaktadır.

Daha ileri bir sorun, bir alana atfedilen etkilerin ölçülemeyen kişisel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilmesidir. Ayrıca oluşturulan yıllarda yaşanan yer alınan eğitimi, geliri ve mesleği etkileyebilmektedir (Jencks ve Mayer 1990). Yani yaşama yeri etkisini kişisel risk etkenlerinden ayrıma girişimleri biraz hipotetiktir. Mekansal bağımlılıklar daha incelikli bir yolla ele alınmalıdır (Sampson ve ark. 1999). Şu an çalışmalar her mahalleyi komşu alanlardan ayrı olarak değerlendirme eğilimindedir. Varolan veriler (ve son zamanlara kadar istatistiki yazılımlar) geribildirimi zamana ve bu mekansal karmaşaya göre modelleme becerileri açısından kısıtlıdır. Çok katınanlı modelleme tekniklerinin sınırları Subramanian ve ark. (2003) tarafından tartışılmıştır.

14.5 **Barınma kalitesi ve sağlık**

Barınma sıklıkla bir sağlık belirleyicisi olarak tanımlanır. Örneğin 2004 Birleşik Krallık Sürdürülebilir Gelişim Komisyonu şöyle der:

> Herkes artan bolluk, temiz ve güvenli bir çevre kazançlarını paylaşmalıdır. Hizmetlere erişimi iyileştirmeli, sosyal dışlanmayla başa çıkmalı ve yoksulluk, kötü barınma, işsizlik ve kirliliğin sağlığa verdiği zararları azaltmalıyız (Deparment for Environment, Food, and Rural Affairs – Çevre, Gıda ve Kırsal İşler Bakanlığı, sf. 15).

Burada barınma, gelir ve istihdama benzer şekilde bağımsız bir sosyal özellik olarak değerlendirilmektedir. Ancak barınma ayrıca kişsel sermaye artışı ve sosyo-ekonomik statü yerine de kullanılabilir -örneğin kiralık mülklerin kiralanma sürelerinin ev sahipleriyle kıyaslanması. Ancak kiralanma süresi barınma özellikleri için güçlü bir ayırıcı değildir; yeni evler, kamu ya da özel sektör olsa da genellikle eski evlere kıyasla daha yüksek standartlarla inşa edilirler. Özel ev sahiplerinin kiracılarının barınma koşulları genellikle daha kötüdür ama en azından İngiltere'de evlerin azınlığını oluştururlar.

Barınma mahallelere, hem 'bileşimsel etkenlerin' (insanlar, hanehalkları) bulunduğu yerler hem de kişilerin yaşamlarının fiziksel ortamı olduğu için bağlıdır. Diğer yandan mahalleler insanların haneler arasında paylaştığı bağlantılarda (sosyal ilişkiler) ve ayrıca kentsel ya da kırsal hizmetlerin ve çevresel etkenlerin bir karışımından oluşan bağımsız bir boyuta sahiptir. Barınmanın sağlığa katkısının değerlendirilmesinde kullanılan epidemiyolojik yaklaşımların iki örneği, ekolojik yöntemler ve doğrudan araştırmalardır. Bu bölüm ekolojik ve doğrudan çalışmalardan elde edilen bulguları anlatmakta ve ayrıca bazı girişim değerlendirmelerinden edinilen sonuçlara işaret etmektedir. Bu politika uygulamalarının göreceli yararlarının gösterilmesine yardımcı olabilir. Sağlık üzerinde barınma kalitesinin tamamen gözden geçirilmiş olması amaçlanmamıştır ama örnek için, bakınız Thomson ve ark. (2001).

14.5.1 Ekolojik çalışmalar –sıcaklık ve sağlık

Batı Avrupa'da birçok ülkede her yıl kışın daha fazla mortalite görülmekte ve bazı yıllarda aynı şey yazın da yaşanmaktadır. Bu durum basitçe sıcaklığı yansıtmaz, çünkü Doğu Avrupa ülkelerinde en düşük ve en yüksek sıcaklıklar daha uçta olsa da bu mortalite farklılıkları görülmemektedir. Kış ve yaz ölümleri için düzenlenen ölüm raporları çoğunlukla hipotermi ya da hipertermiyi değil, dolaşım ve solunum hastalıkları gibi sık görülen nedenleri işaret etmektedir. Bu yüzden mekanizma varolan yükümlülüğün ağırlaşması anlamına gelir ve fazladan ölümlerin çoğunluğu ölümleri dikkat çeker hale gelen yaşlı insanlarda olmaktadır, onların ölümleri 'görünür hale' gelir.

Kalın duvarlı buz iglolardan siyah kumaşlı barbar çadırlarına her ülkede barınak, ısı kaybını ya da kazanımını kontrol etmek ve barınanları korumak amaçlıdır. Atlantik hava sistemlerinin değişen sıcaklıklarına yanıt olarak Batı Avrupa'da evlerin yılın herhangi bir zamanında açılabilen ya da kapanabilen pencereleri varken, Doğu Avrupa ülkelerindeki kalın duvarlı evlerin pencereleri kışın açılmayacak şekilde sabitlenmiştir. Batı ülkelerinde evlerin odaları kışın daha soğuktur, ısıtma sistemleri daha az gelişmiştir ve sıcak yazlar için yetersiz havalandırmaları vardır. Bu ev farklılıkları sıcaklığın sağlık üzerine etkilerine katkıda bulunabilir. Ancak evler tek ya da mutlaka ilk mesele değildir. Batı Avrupa ülkelerinde insanlar kışın dışarıdayken daha ince giyinir ve kendilerini daha az korurken, güney Avrupa'daki 'siesta' insanların yaz sıcağında dışarı çıkmalarını sınırlar. Fazla mortalite daha sıcak ülkelerde, yüksek ortalama sıcaklık eşik değerlerinde gerçekleşir. Bu da adaptasyonu gösterir, ancak adapte olanın binalar mı yoksa insanların kendileri (ve alışkanlıkları) mi olduğu açık değildir.

Kanıtın bir kısmı epidemiyolojik çalışmalardan gelmektedir. İngiltere'de kötü durumdaki evler için daha iyi ısıtma ve izolasyon sağlama müdahalesi, 'Sıcak Cephe', ileriye dönük bir öncesi-ve-sonrası tasarımıyla değerlendirilmiştir. Müdahalenin kendisi oda sıcaklıklarını ortalama bir iki derece artırmıştır ve algılanan sağlıkta ölçülebilir bir artış, pratisyen hekim hizmetinin kullanımında ölçülebilir bir azalma olmuştur, yani ev ısınmasındaki iyileşme yarar sağlamıştır (Wilkinson, kişisel iletişimle). ABD'de 1995 Chicago ısı dalgasındaki ölümlerin geriye dönük bir vaka kontrol çalışmasında, artmış risk taşıyanların tümünün zaten hasta, yatağa bağımlı, kendilerine bakamayacak durumda olduğu ve havalandırma sistemleri olmadığı görülmüştür (Semmenza ve ark. 1995). ABD'de güncel bir ekolojik çalışma, havalandırmanın son 20 yılda yazın görülen fazla ölümlerdeki azalmaya katkıda bulunduğunu ileri sürmüştür (Janssen ve ark. 2002).

14.5.2 Doğrudan çalışmalar – evin özellikleri

Ev ve sağlığa farklı bir yaklaşım, özgül tasarım özellikleri ve onlarla ilişkili sağlık risklerini değerlendirmektir. Birleşik Krallık'taki çalışmalar hem yeni binalar hem de mevcut evleri ilgilendiren düzenlemelere yönelmiştir. 1990'da Birleşik Krallık hükümeti ev uygunluk standartlarını kabul etmiştir --evler yapısal olarak dengeli olmalıdır, ciddi tadilat eksikleri olmamalıdır, çok rutubetli olmamalıdır ve yeterli aydınlatma, ısıtma ve havalandırma, borulanmış temiz su, tatminkar bir banyo ve tuvalet, mutfak ve etkin atık sistemi bulunmalıdır. İngiliz Ev Durum Anketi'ne (The English Housing Condition Survey) 1995'te 14.000 ev katılmıştı ve bu ölçütlere göre 1.8 milyon evin standartlardan bir ya da fazlasını karşılayamadığı ve 'uygun' olmadığı hesaplanmıştı. 1997 İşçi hükümeti bu evlerin hepsini 2010'a kadar uygun hale getirmeye karar verdi. 2002 İngiliz Ev Du-

rumu anketi, 1995 sayısında gerçekten üçte biri oranında azalma olduğunu gösterdi. 2003'te hükümet 'uygun olmayan' evlerin azalmasını İngiltere'de sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için Eylem Planının bir parçası olarak tanımladı. Uygun olmayan evlerdeki ev halkının sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı durumda olma ihtimali daha yüksektir, ancak hükümet sağlıklarının daha iyi evlerle ne kadar iyileşeceği konusunda bir hesap yapmamıştır.

Yine 1990'larda, bakanlık ve üniversiteler arasında bir ortaklıkla yeni bir değerlendirme sistemi geliştirildi. Değerlendirme ölçütleri yangın güvenliği, hava kalitesi (özellikle radon), enerji etkinliği ve iç ortam düzenlenmesini (özellikle düşme riski) de içerecek şekilde genişletildi. Yeni Ev Sağlığı ve Güvenliği Notlama Sistemi epidemiyolojik çalışmalardan tehlikeleri ve Ev Kazaları İzlem Sistemi'nden (hastane acil bölümlerinden bir örneklem) alınmış düşme verilerini değerlendirir (Office of the Deputy Prime Minister – Başbakan Vekaleti 2004). Riski "savunmasız bir kişi"ye göre değerlendirir – örneğin eğer merdiven aydınlatması yetersizse yaşlı birine göre ya da alçak pencere tehlikesi varsa bir çocuğa göre. Her tehlike için hem en muhtemel çıktı (örneğin merdivenden aşağı düşüşte bilek burkma) ve risklerin yayılımı (örneğin kalçanın morarmasından kırılmasına kadar) değerlendirilir. Notlama sistemi yerel barınma durumunun izlemi ve evlerin iyileştirilmesinde destek bağışlarına karar verilmesi için yerel otoritelerce kullanılacaktır. Ancak kayıtlı ev yetersizliklerinin sağlık için zararlı olanlara bireysel olarak katkıda bulunup bulunmadığı ya da evlerin iyileştirilmesinin sağlığın düzelmesine de yol açıp açmadığını değerlendirmek için bir hazırlık yoktur henüz.

14.5.3 Çok sektörlü müdahaleler

Evsiz ya da kötü evlerde yaşayan insanlar daha az sağlıklıdır, ancak evlerin sağlığın bozulmasına ne ölçüde yol açtığı net değildir. Kötü evler ve sağlığın bozulması arasındaki ilişkinin bir kısmı yaşam boyunca seçim olabilir: Sağlıkları ortalamanın üstünde, ekonomik olarak daha başarılı insanlar genellikle sağlık düzeyleri daha iyi olan, daha zengin bölgelere taşınırken daha dezavantajlı insanlar daha yoksun evlere taşınacaktır. Müdahale çalşmaları bu karıştırıcıyı ortadan kaldırmak için muhtemel bir yöntemdir. Thomson ve ark. (2003) nın çalışması fiziksel hastalık için hem yararların hem olumsuz etkilerin bildirimlerini ama genellikle zihinsel sağlıktaki iyileşmeler için tanımlamıştır. Saegert ve ark. (2003), Fuller-Thompson ve ark. (2000) çalışmaların yaygın olarak tek çevresel maruziyete ya da özgül durumlara, en sıklıkla kurşun zehirlenmesi, yaralanma ya da astıma odaklandığı şeklindeki bulgularını tekrar doğrulamıştır. 'Tek düzeyde çalışan müdahalelere göre birkaç düzeyde değişiklik yapmak için etkinlikleri birleştiren ve birden çok sağlık çıktısını inceleyen müdahalelerin daha etkili olacağını' düşünmüşlerdir.

İngiltere'den iki güncel rapor ev iyileştirilmesinin sağlığı nasıl etkileyeceğine dair bu daha geniş görüşü araştırmayı hedeflemişlerdir.

Sheffield Sağlıklı Şehirler yoksun bir şehir bölgesininde evler ve yenilenme ile sağlığı iyileştirmeyi hedefleyen on beş yıllık pratik ve kararlı bir eylemdir (Saunders ve Price 2003). Şehir önce ev sonra daha geniş sosyo-ekonomik gelişim için hem Birleşik Krallık hem Avrupa Birliği fonlarını alabilmiştir. Fonların kullanımıyla ilgili kararlar şehirde yaşayanların katılımıyla alınmıştır. Ayrıca nüfusta ciddi bir döngü vardır ve bu durum evle ilgili değişimlerin birey sağlığıyla ilişkilendirilmesini zorlaştırmaktadır. Evler oldukça iyileştirilmiş ve bu yüzden yaşamak için daha çekici hale gelmiştir. Hem yoksunluk göstergeleri hem de mortalite oranları güncel olarak iyileşmiştir, ancak yanlış ilaç kullanımı gibi sosyal sorunlar artmıştır.

İngiltere, Manchester yakınında, Wythenshawe'da bir ekonomik yenilenme bölgesi ve bir karşılaştırma bölgesinde 2200 kişinin zihinsel sağlığı ve yaşam kalitesi öncesi-ve-sonrasında ölçülmüştü (Huxley ve ark. 2002). (Ev iyileşmesinde) en nesnel değişimin görüldüğü yerlerde, müdahale bölgesinde yaşayanların fiziksel sağlık ve yaşam durumlarından memnuniyetleri daha büyüktü. Ancak zihinsel sağlık ve onun kadar olmasa da algılanan yaşam kalitesi, müdahale bölgesinde kötüye gitmişti. 200 kişilik bir alt örneklem grubuyla niteliksel görüşmeler, altyapı ve ekonomideki iyileşmelerin yaşayanların beklentilerini karşılamadığını göstermiştir. Özellikle kötü zihinsel sağlık 'kapana kısılmışlık' hissine bağlıydı ve sosyo-ekonomik program bu durumla ilgili değildi.

Bu çalışmalar ev ve sağlık üzerine çok sektörlü müdahalelerin etkisini araştırmak için daha geniş çalışma tasarımlarına duyulan ihtiyacı yansıtmaktadır. Ayrıca çeşitli çıktı ölçekleri kullanılmakta ve değerlendirme için ekolojik ve doğrudan yaklaşımlar birleştirilmektedirler.

14.6 Ev ve mahalle kalitesi ve sosyo-ekonomik durum

Ev, sosyo-ekonomik gradyanı yaratmaktan ziyade yansıtır ve evin sağlık gradyanlarına özgül katkısı henüz gösterilmemiştir (McCarthy 2002). Bireysel ve haneye dair sosyo-ekonomik durum da kişinin nasıl bir mahallede yaşadığını belirleyebilir. Ev ve mahalle kalitesinin sosyo-ekonomik durumu sağlığa bağlayan yolakta olması mümkündür. Mahalle ve ev durumunu iyileştirme girişimlerinin sağlığa yararları olabileceğini gösteren kanıtlar bulunsa da, sosyal duruma göre barınma ayrışmasındaki artış eğilimini (Dorling ve Rees 2003) ve ev koşullarındaki genişleyen sosyal eşitsizlikleri engelleyecek politikalar bulmalıyız.

14.7 Politika önermeleri

Gördüğümüz gibi halihazırda uygulanan bölgeye dayalı birkaç girişim vardır. Bunların birçoğu, mahalle değişiminin sağlıkta iyileşmeye kanıta dayalı olarak bağlanmasına katkıda bulunacak bilgi kaynakları olarak yeterince kullanılmamaktadır. Benzer şekilde süregelen ev iyileştirme girişimleri, hem yerel hem ulusal olanlar, değerli bilgiler sağlayabilir, ancak bunların çoğu ev ve sağlık arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamakta kaçırılmış fırsatlardır.

Yaşam ortamının hem nesnel hem öznel ölçümleri, değerlendirme çalışmaları için önemlidir. Algılanan çevresel kalite ve algılanan sağlık arasındaki ilişki yan tutmayı etkileyecektir. Bununla beraber eğer müdahale edilenler nesnel değişimi faydalı bulmazsa, yukarıdaki Wythenshawe örneğinde olduğu gibi beklenen sağlık yararlarının somutlaşmaması mümkündür.

Ayrıca mahalleler ve yaşayanlarını etkileyen daha büyük sosyal ve politik süreçleri değerlendirmeye almak için mahalle çalışmalarının kapsamını genişletmeliyiz. ABD'de Massey (1996), ulusal düzeyde artan gelir eşitsizliği ve yerel düzeyde artan zenginlik ve yoksunluk yoğunlaşmaları arasındaki yakın ilişkiyi tasvir etmiştir. Zenginler daha arzulanan mahallelere taşınma seçimlerini uygulayabilirken, yoksulların taşınmaları daha zordur ve böylece zenginler ve yoksullar fiziken ayrışırlar. Artan kentleşme bu zenginlik ve yoksunluğu şehirlerde yoğunlaştırmıştır. Gelir eşitsizliği ile mahalle yoksunluğu ya da zenginliği arasındaki muhtemel bağlantı ABD dışındaki ülkelerde incelenmemiştir, ancak bölgesel yoksunluğun hem mutlak düzeyi hem de sınırları ile mortalite arasındaki ilişkiler İngiliz verileri kullanılarak gösterilmiştir (Ben-Shlomo ve ark. 1996). Sosyoekonomik duruma göre evsel ayrışma ve gelir eşitsizliklerinin ülke çapında karşılaştırmaları yapılabilir ve bunlar hükümetler ve toplumların tırmanan ayrışmayı ve artan mahalle bozulmasını engelleyebilecekleri yolların altını çizebilir.

Kaynaklar

Anderson, L.M., St Charles, J., Fullilove, M.T., Scrimshaw, S.C., Fielding, J.E., Normand, J., *et al.* (2003). Providing affordable family housing and reducing residential segregation by income. *American Journal of Preventative Medicine,* **24**(3S), 47-67.

Balfour, J.L. and Kaplan, G.A. (2002). Neighborhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology,* **155,** 507-15.

Ben-Shlomo, Y., White, I.R., Marmot, M. (1996). Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality? *British Medical Journal,* **312,** 1013-14.

Blane, D., Mitchell, R., Bartley, M. (2000). The 'inverse housing law' and respiratory health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **54,** 745-9.

Bobak, M. and Leon, D.A. (1999). Pregnancy outcomes and outdoor air pollution: an ecological study in districts of the Czech Republic 1986-8. *Occupational and Environmental*

Medicine, **56**:539-43.

Boreham, R., Stafford, M., Taylor, R. (2002). *Health Survey for England 2000: Social capital and health.* The Stationery Office, London.

Bosma, H., van de Mheen, H.D., Borsboom, GJJ.M., Mackenbach, J.P. (2001). Neighbourhood socioeconomic status and all-cause mortality. *American Journal of Epidemiology,* **153,** 363-71.

Buka, S.L., Brennan, R.T., Rich-Edwards, J.W., Raudenbush, S.W., Earls, D. (2003). Neighbourhood support and the birth weight of urban infants. *American Journal of Epidemiology,* **3,**157,1-8.

Cabinet Office (2001). A *new commitment to neighbourhood renewal: a national strategy action plan.* Cabinet Office, London. Crown Copyright.

Campbell, C. and **McLean, C.** (2002). Ethnic identities, social capital and health inequahties: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science and Medicine,* **55,** 643-57.

Carmon, N. and Baron, M. (1994). Reducing inequality by means of neighbourhood rehabilitation: an Israeli experiment and its lessons. *Urban Studies,* **31,**1465-79.

Carstairs, V. and Morris, R. (1991). *Deprivation and health in Scotland.* Aberdeen University Press, Aberdeen.

Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science and Medicine,* **52,** 1501-16.

Cattell, V. and Herring, R. (2002). Social capital, generations and health in East London. In: *Social Capital for health. Insights from qualitative research* (ed. C Swann and A Morgan). Health Development Agency, London.

Cubbin, C, LeClere, F.B., Smith, G.S. (2000). Socioeconomic status and injury mortality: individual and neighbourhood determinants. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **54,** 517-24.

Cummins, S., Macintyre, S., Davidson, S., Ellaway, A. (2005a). Measuring neighbourhood social and material context: generation and interpretation of ecological data from routine and non-routine sources. *Health and Place,* **11,**249-60.

Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M., Ellaway, A. (20056). Neighbourhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland and England. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **59,**207-13.

Curtis, S., Cave, B., Courts, A. (2002). Is urban regeneration good for health? Perceptions and theories of the health impacts of urban change. *Environment and Planning C,* **20,**517-34.

Cutrona, C.E., Russell, D.W., Hessling, R.M., Brown, P.A., Murry, V. (2000). Direct and moderating effects of community context on the psychological well-being of African American women. *Journal of Personality and Social Psychology,* **79,**1088-101.

Dayal, H., Chiu, C.Y., Sharrar, R., *etal* (1984). Ecologic correlates of cancer mortality patterns in an industrialized urban population. *Journal of the National Cancer Institute,* **73,**565-74.

Department for Environment, Food, and Rural Affairs (2004). *Achieving a better quality of life: review of progress towards sustainable development. Government Annual Report 2003.*Department for Environment, Food, and Rural Affairs, London.

Diez-Roux, A., Merkin, S.S., Arnett, D., *etal.* (2001). Neighbourhood of residence and incidence of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine,* **345,** 99-106.

Diez-Roux, A.V., Nieto, F.J., Muntaner, C, *et al.* (1997). Neighborhood environments and coronary heart disease: a multilevel analysis. *American Journal of Epidemiology,* **146,**48-63.

Dorling, D. and Rees, P. (2003). A nation still dividing: the British census and social polarisation 1971-2001. *Environment and Planning A,* **35,**1287-1313.

Duncan, C, Jones, K., Moon, G. (1993). Do places matter? A multi-level analysis of regional variations in health-related behaviour in Britain. *Social Science and Medicine,* **37,** 725-33.

Duncan, C, Jones, K., Moon, G. (1995). Psychiatric morbidity: a multilevel approach to regional variations in the UK. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **49,** 290-5.

Duncan, C, Jones, K., Moon, G. (1999). Smoking and deprivation: are there neighbourhood effects? *Social Science and Medicine,* **48,**497-505.

Finkelstein, M.M., Jerrett, M., DeLuca, P., *et al.* (2003). Relation between income, air pollution and mortality: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal,* **169,**397-402.

Fox, A.J., Jones, D.R., Goldblatt, P.O. (1984). Approaches to studying the effect of socio-economic circumstances on geographic differences in mortality in England and Wales. *British Medical Bulletin,* **40,**309-14.

Fuller-Thomson, E., Hulchanski, J.D., Hwang, S. (2000). The housing/health relationship: what do we know? *Reviews in Environmental Health,* **15,**109-33.

Giles-Corti, B. and Donovan, R.J. (2003). Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *American Journal of Public Health,* **93,**1583-9.

Ginn, J. and Arber, S. (2004). Gender and the relationship between social capital and health. In: *Social capital for health. Issues of definition, measurement and links to health* (ed. A Morgan and C Swann). Health Development Agency, London.

Gordon, D. (2003). Area-based deprivation measures—a U.K. perspective. In: *Neighbourhoods and health* (ed. I Kawachi and L Berkman). Oxford University Press, New York.

Haan, M., Kaplan, G.A., Camacho, T. (1987). Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology,* **125,** 989-98.

Humpel, N., Owen, N., Leslie, E. (2002). Environmental factors associated with adults' participation in physical activity. A review. *American Journal of Preventative Medicine,* **22,**188-99.

Humphreys, K. and Carr-Hill, R. (1991). Area variations in health outcomes: artefact or ecology. *International Journal of Epidemiology,* **20,** 251-8.

Huxley, P., Evans, S., Gately, C, Rogers, A. (2002). *Urban regeneration and mental health: evaluating an urban regeneration initiative as a mental health promotion strategy.* XXVIIth Congress of the International Academy of Law and Mental Health, Amsterdam 2002. *http://www.ialmh.org/amsterdam2002/l 1.07/mentalhealth. htm*

Janssen, N.A. *et al.* (2002). Air conditioning and source-specific particles as modifiers of the effect of PM10 on hospital admissions for heart and lung disease. *Environmental Health Perspectives,* **110,** 43-9.

Jencks, C. and Mayer, S. (1990). The social consequences of growing up in a poor neighbourhood. In: *Inner-city poverty in the United States* (ed. L Lynn Jr and M McGreary). National Academic Science Press, Washington DC.

Jones, K., Gould, M.I., Duncan C. (2000). Death and deprivation: an exploratory analysis of deaths in the Health and Lifestyle Survey. *Social Science and Medicine,* **50,**1059-79.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health,* **87,**1491-8.

Krieger, N. (1992). Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. *American Journal of Public Health,* **82,**703-10.

Leventhal, T. and Brooks-Gunn, J. (2003). Moving to opportunity: an experimental study of neighbourhood effects on mental health. *American Journal of Public Health,* **93,** 1576-82.

Leyden, K.M. (2003). Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *American Journal of Public Health,* **93**:1546-51.

Lochner, K.A., Kawachi, I., Brennan, R.T., Buka, S.L. (2003). Social capital and neighbourhood mortality rates in Chicago. *Social Science and Medicine,* **56,** 1797-805.

Macintyre, S. and Ellaway, A. (2003). Neighbourhoods and health: an overview. In: *Neighbourhoods and health* (ed. I Kawachi and L Berkman). Oxford University Press, New York.

Macintyre, S., Maciver, S., Sooman, A. (1993). Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy, 22,* 213-34.

Maheswaran, R. and Elliott, P. (2003). Stroke mortality associated with living near main roads in England and Wales. *Stroke,* **34,**2776-80.

Martikainen, P., Kauppinen, T.M., Valkonen, T. (2003). Effects of the characteristics of neighbourhoods and the characteristics of people on cause specific mortality: a register-based follow-up study of 252,000 men. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **57,**210-17.

Massey,D.S. (1996). The age of extremes: concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. *Demography,* **33,** 395-12.

McCarthy, M. (2002). Urban development and health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health,* **30** (suppl 59), 59-62.

Mitchell, R., Blane, D., Bartley, M. (2002). Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology,* **31,** 831-8.

Mohan, J., Barnard, S., Jones, K., Twigg, L. (2004). Social capital, geography and health: developing and applying small-area indicators of social capital in the explanation of health inequalities. In: *Social capital for health. Issues of definition, measurement and links to health* (ed. A Morgan and C Swann). Health Development Agency, London.

Morgan, M. and Chirm, S. (1983). ACORN group, social class, and child health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **37,**196-203.

O'Campo, P., Xue, X., Wang, M.C., O'Brien Caughy, M. (1997). Neighborhood risk factors for low birthweight in Baltimore: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health,* **87,** 1113-18.

Office of the Deputy Prime Minister (2004). *Housing Health and Safety Rating System (Version 2). Guidance.* Office of the Deputy Prime Minister, London, *http://www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_housing/documents/page/odpm_house_603508.hcsp*

Pevalin, D. (2004). Intra-household differences in neighbourhood attachment and their associations with health. In: *Social capital for health. Issues of definition, measurement and links to health* (ed. A Morgan and C Swann). Health Development Agency, London.

Pevalin, D.J. and Rose, D. (2003). *Social capital for health. Investigating the links between social capital and health using the British Household Panel Survey. Research Report of*

the Health Development Agency. Health Development Agency, London.

Pickett, K.E. and Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 55,111-22.

Putnam, R.D. (1993). The prosperous community. Social capital and public life. *The American Prospect,* Spring, 35-42.

Roberts, E.M. (1997). Neighbourhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *American Journal of Public Health,* 87, 597-603.

Saegert, S.C., Klitzman, S., Freudenberg, N., Cooperman-Mroczek, J., Nassar, S. (2003). Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States 1999-2001. *American Journal of Public Health,* 93,1472-8.

Sampson, R.J. (1999). Systematic social observation of public spaces: a new look at disorder in urban neighbourhoods. *American Journal of Sociology,* 105, 603-51.

Sampson, R.J., Morenoff, J.D., Earls, F. (1999). Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. *American Sociological Review,* 64,633-60.

Sampson, R.J., Morenoff, J.D., Gannon-Rowley, T. (2002). Assessing 'neighborhood effects': social processes and new directions in research. *Annual Review of Sociology,* 28,443-78.

Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., Earls, F. (1997). Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science, 277,*918-24.

Saunders, J. and Price, C. (2003). *Regeneration and health in West Sheffield: narrowing the health gap—15 years of tackling health inequalities in the context of a healthy city.* Paper presented at the WHO Healthy Cities Conference, Belfast, 2003. *www.healthycities-belfast2003. com/FullPaperspdfs/Sundayl 90cto berlC4lJoannaSaunders352C4.pdf*

Schwartz, J. (1994). Air pollution and daily mortality: a review and meta analysis. *Environmental Research,* 64,36-52.

Semmenza, J.C, et *al.* (1995) Heat related deaths during the July 1995 heat wave in Chicago. New *England Journal of Medicine,* 335,84—90.

Shaw, M., Dorling, M., Brimblecombe, N. (1998). Changing the map: health in Britain 1951-91. *Sociology of Health and Illness,* 5, 694-709.

Shaw, M., Tunstall, H., Dorling, D. (2005). Increasing inequalities in risk of murder in Britain: trends in the demographic and spatial distribution of murder, 1981-2000. *Health and Place,* 11,45-54

Shouls, S., Congdon, P., Curtis, S. (1996). Modelling inequality in reported long term illness in the UK: combining individual and area characteristics. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 50, 366-76.

Skjaeveland, O. and Garling, T. (1997). Effects of interactional space on neighbouring. *Journal of Environmental Psychology,* 17,181-98.

Sloggett, A. and Joshi, H. (1998) Deprivation indicators as predictors of life events, 1981-1992, based on the UK ONS longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 52,228-33.

Stafford, M. and Marmot, M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? *International Journal of Epidemiology,* 32, 357-66.

Stafford, M., Bartley, M., Boreham, R., Thomas, R., Wilkinson, R., Marmot, M. (2004). Neighbourhood social cohesion and health: investigating associations and possible mechanisms. In *Social capital for health. Issues of definition, measurement and links to health*

(ed. A Morgan and C Swann). Health Development Agency, London.

Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Marmot, M. (2005). Gender differences in the health effects of neighbourhood infrastructure and social characteristics. *Social Science and Medicine,* **60,**1681-92.

Subramanian, S.V., Jones, K., Duncan, C. (2003). Multilevel methods for public health research. In: *Neighbourhoods and health* (ed. I Kawachi and L Berkman). Oxford University Press, New York.

Takano, X, Nakamura, K., Watanabe, M. (2002). Urban residential environments and senior citizens' longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **56,** 913-18.

Thomson, H., Petticrew, M., Douglas, M. (2003). Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health,* **57,**11-16.

Thomson, H., Petticrew, M., Morrison, M. (2001). Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *British Medical Journal,* **323,**187-90.

Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom.* Penguin, Harmondsworth. US Department of Housing and Urban Development (2003). Moving to Opportunity for Fair Housing Program. US Department of Housing and Urban Development: Office of Policy Development and Research. Interim Impacts Evaluation. Available at: *http://www.huduser. org/publicationslfairhsgl mtofinal. html*

Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., Sproston, K. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *British Journal of Psychiatry;* **180,**428-33.

Weitzman, E.R. and Kawachi, I. (2000). Giving means receiving: the protective effect of social capital on binge drinking on college campuses. *American Journal of Public Health,* **90,** 1936-9.

Wen, M., Browning, C.R., Cagney, K.A. (2003). Poverty, affluence, and income inequality: neighbourhood economic structure and its implications for health. *Social Science and Medicine,* **57,** 843-60.

Wiggins, R.D., Bartley, M., Gleave, S., Joshi, H., Lynch, K. (1998). Limiting long-term illness: a question of where you live or who you are? A multilevel analysis of the 1971-1991 ONS longitudinal study. *Risk Decision and Policy,* **3,**181-98.

Wiggins, R.D., Joshi, H., Bartley, M., Gleave, S., Lynch, K., and Cullis, A. (2002). Place and personal circumstances in a multilevel account of women's long-term illness. *Social Science & Medicine,* **54,** 827-38.

Witten, K., McCreanor, X, Kearns, R., Ramasubramanian, L. (2001). The impacts of a school closure on neighbourhood social cohesion: narratives from Invercargill, New Zealand. *Health and Place,* **7,** 307-17.

Yen, I.H. and Kaplan, G.A. (1998). Poverty area residence and changes in physical activity level: evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Public Health,* **88,**1709-12.

Yen, I.H. and Kaplan, G.A. (1999). Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Epidemiology,* **28,**90-4.

15. Bölüm

SOSYAL BELİRLEYİCİLER, CİNSEL DAVRANIŞ VE CİNSEL SAĞLIK

Anne M. Johnson, Catherine H. Mercer ve Jackie A. Cassel

15.1 Giriş

Son 20 yılı aşkın bir süredir, büyük oranda İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü (Human Immuno deficiency Virus – HIV) pandemisinin etkisiyle, cinsel sağlık önemli bir halk sağlığı konusu olarak ele alınmaktadır. Bu durumun altında yatan, cinsel sağlık çıktılarıdır. Toplumun ve bireylerin değişkenlik gösteren cinsel sağlık çıktıları, insan cinsel davranışlarının farklı şekillerinin sonucudur. Küresel olarak güvenli olmayan cinsellik, yüksek kan basıncı, tütün ya da alkolün yol açtığından daha fazla bir oranda, hastalık yükünün ilk sıradaki nedenlerinden birini oluşturmaktadır. (Ezzati ve ark. 2002).

Bu bölümde, sosyal belirleyiciler, cinsel davranış ve cinsel sağlık arasındaki karmaşık ilişkiyi ele aldık. Yirminci yüzyılda değişen sosyal ve ekonomik durum ve yüzyılın son on yıllarındaki HIV'in yükselişi bağlamında, Britanya'daki cinsel sağlık ve davranış kalıplarının üzerinde durduk.

Daha sonra, özellikle Sahra Altı Afrika'da olduğu gibi, HIV yayılımının sürmesine katkı sağlayan sosyal ve ekonomik belirleyicilerin davranışsal ve biyolojik faktörlerle etkileşim içinde olduğu düşük gelirli ülkeler ile Britanya arasında, HIV ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların (CYBE) güncel etkilerinin farklılıkları ile devam edeceğiz.

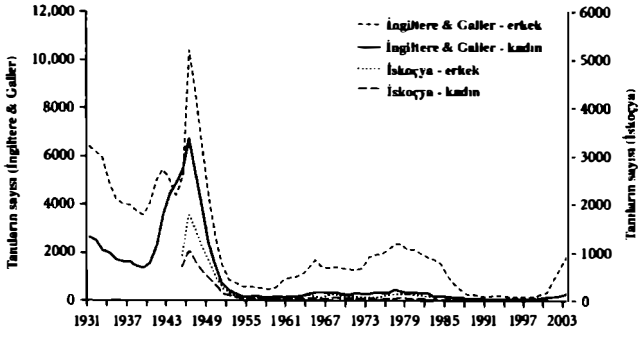
15.2 Cinsel etkinlik insan sağlığı açısından neden önemlidir?

Cinsel etkinlik insan sağlığı ve iyi olma halinin önemli bir bileşenidir; yetişkin birlikteliklerinin kalitesi için anahtar bileşendir ve doğal gebeliğin, dolayısıyla da insan türünün hayatta kalmasının ön koşuludur.

Cinsellik, birçok yetişkinin hayatı için esas parçalardan biridir. Britanya'da 2000'de yapılan çalışmada, erkekler ve kadınların %95,6'sının yirmibeşinci doğum günlerine kadar ve %90'ının son bir yıl içinde cinsel ilişkisi olduğu belirlenmiştir (Johnson ve ark. 2001). Biyomedikal literatür içinde cinsel etkinliğin olumlu yanları sınırlı bir oranda yer bulmaktadır. Literatür planlanmamış gebelik, gebeliğin istenmeyen sonuçları, CYBE, cinsel şiddet ve kısırlık gibi istenmeyen sağ-

lık sonuçlarına odaklanmıştır ve bu konuların hâkimiyetindedir. Buna karşın cinsel ilişkiler, bireylerce değeri yüksek olan insan yaşam kalitesinin önemli ve üzerinde nadiren çalışma yapılan bileşenidir.

Son yüzyıl içinde meydana gelen biyomedikal, teknolojik ve sosyo-ekonomik gelişmeler ile sağlık hizmetlerinin de ilerlemesi sonucunda, yüksek gelirli ülkelerde cinsel davranış ve üreme arasında gidererek artan bir ayrışma olduğunu görüyoruz. Bu derece çeşitliliğe sahip bileşenlerin göreceli önemlilikleri arasındaki düğümü çözmek zor olsa da, toplumsal ve demografik değişimin en önemli role sahip olduğu konusunda çok az bir şüphe bulunmaktadır. Toplumsal, biyomedikal ve yasal zorluklar arasında belki de en önemli olanı, toplum içinde kadınların rolünü etkileyenlerdir. Britanya'da yirminci yüzyıl ortalarına kadar, özellikle de kadınlar açısından, cinsel memnuniyet ve cinsel zevk sağlığın bozulması tehlikesi ve bunların toplumsal sonuçları gibi nedenler öne sürülerek göz ardı edilmiştir. Planlanmış gebeliklerin bile maternal mortalite ve morbidite ile yüksek bebek ölümü riskleri olmasına rağmen, cinsellik potansiyel olarak, evlilik dışı anneliğin toplumsal sonuçları ve tıbbi açıdan güvenli olmayan düşüğün riskleri de dâhil olmak üzere, istenmeyen gebeliklerle ilişkilendirilmiştir. Ancak, yirminci yüzyıl boyunca yaşam koşulları, beslenme, hijyen ve tıbbi bakım hizmetlerinin iyileşmesi sonucunda üreme sağlığı alanında büyük ilerlemeler meydana gelmiştir. Yüzyılın başındaki binde 80'in üzerinde olan bebek ölüm hızı, yüzyılın sonunda binde 10'a inmiştir; aynı zamanda 1980'lerde, tamamlanmış aile büyüklüğünde çocuk sayısı yaklaşık dört çocuktan ikiden az çocuğa düşmüştür (Coleman ve Salt 1992). 1940'larda penisilinin kullanıma girmesinin ardından, sifilis (daha önceden hem çocuklar hem de yetişkinler için morbidite, mortalite ve toplumsal dışlanmanın ana nedeni) son derece düşük bir seviyeye inmiştir (Adler 1980) (Şekil 15.1).



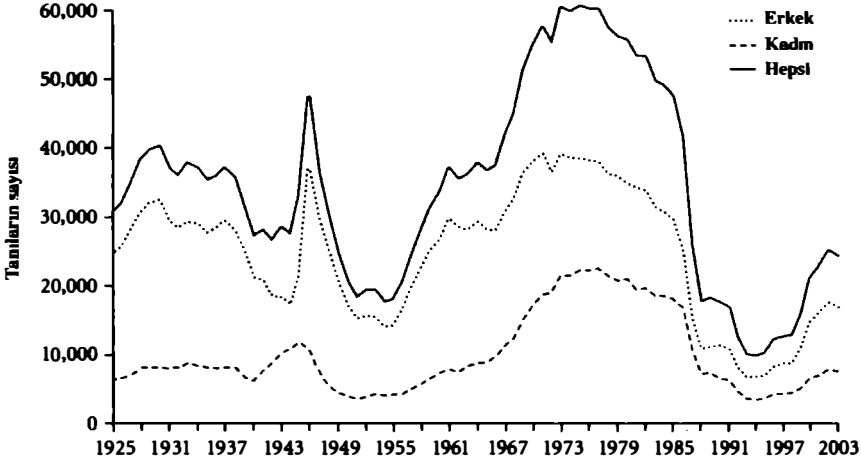
Şekil 15.1 Cinsiyet açısından sifilis tanıları (primer, sekonder ve erken latent); GUM klinikleri, İngiltere, Galler ve İskoçya[1], 1931-2003.
Kaynak: KC60 yasal raporlar ve ISD(D) 5 VERİ: Sağlık Koruma Dairesi

[1] Eşdeğer İskoç datası 1945'ten önce ve 2001, 2002 ve 2003 için mevcut değil. 1931'den 2000'e kadar Doğu İrlanda verisi eksik olduğu için, bunlar hariç tutulmuştur.

Cinsellik kadınlar için önemli ölçüde güvenli bir hale gelmiştir. Ana ve çocuk sağlığındaki ilerlemelere ek olarak gebeliğin önlenmesinde de büyük gelişmeler olmuştur. Doğurganlığın güvenilir gebelik önleyici yöntemler ile denetim altına alınabilmesi, üreme normlarının değişmesinde önemli bir katkı sağlamıştır. Gebelik önleyici yöntem bilgisinin, kullanımının ve geliştirilmesinin özendirilmesi hareketi, yirminci yüzyılın başlarında öncü kişilerle başlayıp, daha sonra kadın hareketinin liderleri ile devam etmiştir (Stopes 1923). Teknolojik gelişmeler toplumsal değişimi olanaklı kılarken, bu ilerlemenin kısmen de olsa teknolojik çözümlerin üretilmesini sağlayan toplumsal ve davranışsal değişimin öncülüğünde gerçekleştiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Böylece, örneğin tamamlanmış aile büyüklüğü, bebek ölümlerine ve bundan birkaç on yıl öncesinde güvenilir gebelik önleyici yöntemlerin yaygın kullanılabilirliğine paralel olarak azalmıştır. Doğum kontrol haplarının, 1961 yılında geliştirilmiş olmalarına rağmen 1972 yılına kadar evli olmayan kadınlar için kullanımına izin verilmiyordu ve 1968 tarihli Gebelik Sonlandırma ile ilgili Hukuk Reformu Yasası'na kadar yasal gebelik sonlandırmanın yaygın kullanımı söz konusu değildi. Yasa sonrasında yasal gebelik sonlandırma hızı yavaşça yükselerek bin kadında 17'ye ulaşmış (Office of National Statistics – Ulusal İstatistik Bürosu 2002) ve yasa dışı gebelik sonlandırmaya bağlı ölümler ve sepsis görülmez olmuştur.

Ancak, güvenlik kavramı sağlık ile ilgili kaygılarla sınırlı değildir. Sağlık çıktıları iyileştikçe, cinsel yaşam tarzlarına karşı toplumsal yaklaşımlar ve beklentiler de değişim göstermiştir. Artık evlilik dışı gebelik ve bekâr ebeveynlik, erken on yıllarda olduğu gibi damgalama ve toplumsal dışlama olmaktan çıkmıştır. 1840'tan 1940'a kadar olan 100 yıllık zaman içinde, evlilik dışı meydana gelen doğumların oranı %4-5'tir; ama 1960 sonrasında hızla artarak 1980'de %12'ye ve 2002'de %40'a ulaşmıştır (Ulusal İstatistik Bürosu 2004).

Evlilik ve doğurganlık kalıpları değişmiştir; ilk evlilik yaşı, son 30 yıl içinde belirgin şekilde artarak 2001 yılında erkekler için 30,6 yaşa ve kadınlar için 28,4 yaşa, 1950 yılında kadınların ilk doğum yaşı ortalaması 25,6'dan 2001 yılında 29,7'ye yükselmiştir. Bu demografik değişim, yalnızca doğurganlığı kontrol etmeye yönelik teknik olanaklar ile değil aynı zamanda toplumsal etkenlerden etkilenmektedir. Yirminci yüzyılın Britanya'sında, sözü edilen faktörlerin geriye doğru izi sürüldüğünde, 1928 yılında kadınlara oy hakkı tanınmasının, kadınların eğitim olanaklarından yararlanmasının artması ve özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası kadınların mali bağımsızlıklarının ve ücretli istihdamlarının artmasına yol açan büyük toplumsal ve yasal değişimlere ulaşılabilmektedir.



Şekil 15.2 Cinsiyet açısından gonore tanıları; GUM klinikleri, İngiltere ve Galler[2], 1925-2003. Kaynak: KC60 yasal raporları: Sağlık Koruma Dairesi

Britanya'daki genel eğilim cinsel sağlık ve üreme sağlığının geliştiğini gösterse de bunun yanında önemli olumsuz sonuçlar da meydana gelmiştir. En belirgin olanları; 1970'lerin CYBE epidemisi ve 1981'deki Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu (AIDS) pandemisinin ortaya çıkmasıdır. Şekil 15.2'de 1925'ten 2003'e kadar İngiltere ve Galler'de bel soğukluğu (gonore) tanısı konmuş olgulara ait eğri görülmektedir. Şekil, yüzyılın cinsel davranış tarihi hakkında bazı ipuçları da sunmaktadır. Düzenli ilişkilerin bir yandan bozulduğu bir yandan da kurulmasına engel oluşturan ve hem gündelik hem de para karşılığı cinsel ilişkinin olasılıkla yükseldiği İkinci Dünya Savaşı sırasında, bel soğukluğu olgularının tepe yaptığı gözlenmektedir (Adler 1980). Savaş sonunda değişen evlilik kalıpları ve penisilinin kullanıma girmesi, bel soğukluğu olgularının azalmaya başlamasını da beraberinde getirmiş ama bu durum kısa ömürlü olmuştur; etkin tedavi ve sağlık hizmetlerine açık ulaşım olmasına rağmen 1970'lerde büyük bir bel soğukluğu epidemisi (ve viral CYBE) meydana gelmiştir. 1981 yılında, şimdi adını koyabildiğimiz HIV pandemisi ile ABD'de eşcinsel erkeklerde bildirilen ölümcül bir hastalık olarak AIDS tanımlanmıştır. Britanya'da halk eğitimi kampanyalarını da içeren, gönüllüler ve devlet kurumlarınca desteklenen bir halk sağlığı yanıtı oluştuğundan eşcinsel ve heteroseksüel topluluklardaki bel soğukluğu tanılarında keskin bir düşüş yaşanmış ve erken 1990'larda, kayıtlara geçmiş en düşük olgu sayısı görülmüştür. Yirmi birinci yüzyıla girilmesi ile tanılarda terse dönüş ile yükselme meydana gelmiştir. Bunun üzerinde daha sonra duracağız.

[2] 1925'ten 2003'e kadar İskoç ve Doğu İrlanda verisi eksik olduğu için hariç tutulmuştur.

Bel soğukluğu tanılarında görülen dikkat çekici değişimin altında, yüzyıl boyunca cinsel davranışın toplumsal kalıplarını ve bunların sonuçlarını tanımlayan güçleri bir araya getiren demografik, toplumsal, ekonomik, biyomedikal, yasal alanlarda ve sağlık hizmetleri ve halk sağlığı alanlarında koruyucu ve geliştirici uygulamaların bir bileşimi bulunmaktadır (bkz. Tablo 15.1). Yirminci yüzyıl boyunca meydana gelen büyük cinsel davranış değişikliklerine rağmen, HIV pandemisinin farklı guruplardaki değişken ciddiyetini ve gelecekteki yayılım hızını anlamaya yönelik geniş ölçekli cinsel davranış çalışmalarının yapılması, HIV pandemisinin ve tehdidinin görülmesi ile toplumların cinsel davranışları ile ilgili bilgi kıtlığına dikkatlerin çekilmesinden önce gerçekleşmemiştir (Johnson ve ark. 1992; Bajos ve ark. 1995; Cleland ve Ferry 1995; Laumann ve ark. 1994). Cinsel davranışlar üzerine çalışma yapmanın bilimsel araştırmalar içinde tartışmalı bir alan olarak kabul edilmesiyle birlikte, Britanya' da dâhil olmak üzere birçok ülkede, güvenilir geniş ölçekli çalışmalar için kaynak edinmek çok zordur. 1990 yılında yapılan ilk Britanya Ulusal Cinsel Yaklaşım ve Yaşam Tarzı Araştırması (Natsal) için kamu kaynağı kullanılması, daha sonra başbakan olan Margaret Thatcher tarafından engellenmiş ve Wellcome Trust isimli bir yardım derneği tarafından kaynak sağlanarak çalışma yürütülebilmiştir (Johnson ve ark. 1994). Birinci çalışma Britanya'da yaşayan 16-59 yaşları arasında 19.000 yetişkinden oluşan ulusal temsil gücü olan bir örnekleme sahiptir. 2000 yılında yapılan 16-44 yaş arası 12.000 yetişkinin yer aldığı ikinci çalışma için Tıbbi Araştırma Konseyi tarafından kaynak sağlanmıştır (Johnson ve ark. 2001). Burada bu iki araştırmaya geniş olarak yer vereceğiz.

15.3 İnsanların cinselliğe verdiği değer nedir?

Cinsel sağlık ile ilgili literatürün büyük bir çoğunluğu aslında cinsel sağlığın bozulması üzerine odaklanmıştır. Bunlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelik, cinsel şiddet, düşük ve çok yakın zamandır da cinsel işlev bozuklukları konularından oluşmakta (Mercer ve ark. 2003) ve gelişmekte olan dünyada anne mortalitesi ve morbiditesini de kapsamaktadır.

Ancak bizim bakış açımız, cinselliği insan hayatının bir parçası olarak ele almaktadır. İnsan ilişkileri içinde cinsel etkinlik, onun hazzı ve gizli tehlikeleri modern popüler kültürün görünür bileşenleridir. Filmler, videolar, yazılı basın ve son olarak da internet yoluyla cinsel içerikli görüntülere, benzeri görülmemiş şekilde artmış bir maruziyet bulunmaktadır. Artık bir eşi cezbetmek kapalı sosyal ağlar içinde sınırlı kalmamış, çöpçatanlık ajanslarına, yazılı basın ilanlarına ve büyümekte olan internet pazarına kadar genişlemiştir (Elford ve ark. 2001).

Cinsellik, inkâr edilmez bir şekilde popüler kültür içinde belirgin olan bir olgudur, ancak bireyler için ne kadar önemlidir? Elbette 2000 yılı Natsal Çalışma-

Tablo 15.1 Yirminci yüzyılda Britanya'daki cinsel davranış ve bunların sonuçları üzerine etki etmiş olabilecek uygulamalar

	1900-1919	1920-1939	1940-1959	1960-1979	1980-1999
Tedavi	Sifiliz için salvarsan	Penisilinin seri üremiti			HIV için antiretrovirallerin yaygın kullanımı
Tanı	Sifiliz için Wasserman testi tanımlandı			Thayer-Martin aracı tanıtıldı	HIV izole edildi; nükleik asid amplifikasyon yöntemlerinin gelişimi
Koruma	Kraliyet komisyonu okul seks eğitimi öneriyor; I. Dünya Savaşı; kimyasal profilaksi		Kimyasal profilaksi ve kondomlar		PSE; HIV koruması için eşcinsel toplum kampanyaları; genel medya kampanyaları
Sosyal ve demografik faktörler/ mevzuat	21 yaşından büyük kadınlar için özgürleşme		II. Dünya Savaşı, Beveridge Raporu	Tahliye Kanunu Reform Yasağı; eşcinselliğin meşru kılınması; evli kadınlara hapın tanıtılması	

sı'nda görüşülen 16-44 yaş arası Britanyalı erkekler ve kadınlar, mutlu ve başarılı bir evlilik için mutlu bir cinsel ilişkiyi %96 oranında "çok önemli" ya da "önemli" olarak değerlendirmişlerdir (Natsal 2000, yayımlanmamış veri), birlikte yaşamayı da içeren, en az bir ilişkisinde ayrılığı deneyimleyen erkeklerin %10'u ve kadınların %13'ü, ilişkilerinin sonlanmasında cinsel yaşamlarındaki zorlukları da bir neden olarak belirtmişlerdir. Aslında, kadınların %93'ünün ve erkeklerin %97'sinin "her zaman" veya "çoğu zaman" seksten zevk aldıklarını belirtmeleri gibi, cinsel ilişkilerimizden zevk almaktayız (Natsal 2000, yayımlanmamış veri). Buna rağmen, cinsel yaşamlarımızda tam anlamıyla memnun değiliz. Natsal 2000'de 16-44 yaş aralığındaki kişilerle yapılan araştırmaya göre, erkeklerin %53'ü ve kadınların %40'ı normal sıklıklarına kıyasla "biraz daha sık" veya "çok daha sık" seks istediklerini bildirmişlerdir –istatistiksel olarak anlamlı olan bir cinsiyet farkı. Uzun süren ilişkilerdeki cinsel ilişki sıklığı, süreç içinde ve yaşın ilerlemesiyle azalmaktadır (Johnson ve ark. 1994). Genelikle,

yaşlanmak ve daha fazla cinsel etkinlikte bulunmak istediğini belirten cinsel etkin kadın ve erkeklerin oranının artması arasında ilişki bulunmaktadır.

Cinsel eş değişikliğindeki artış kanıtlanmış olsa bile, insanlar, göreceli olarak geleneksel uzun dönemli birliktelik isteklerini korumaktadırlar: Natsal 2000 araştırmasında görüşülen erkeklerin %83'ü ve kadınların %88'i, beş yıllık zaman diliminde, ideal yaşam tarzını "başka cinsel eş olmaksızın evlilik veya birlikte yaşama" olarak tanımlamışlardır.

15.4 Cinsel davranış, sağlık çıktıları ile nasıl ilişkilidir?

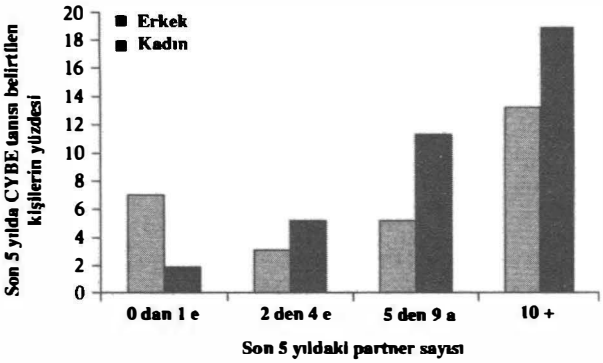
Bir dizi sosyo-ekonomik ve demografik etken davranışları etkilerken, davranış ve sağlık çıktıları arasındaki ilişki, birey ve toplum basamağında, sağlık hizmeti ve biyomedikal girişimleri de içeren bir takım etkilerle değiştirilmiş olabilir.

15.4.1 Seks ve CYBE'ler/HIV

Cinsel sağlık konusu içinde, en yoğun şekilde çalışılmış konular: HIV, CYBE'ler ve cinsel davranışlar üzerine olanlardır. Toplumlardaki CYBE geçişi, organizmaların biyolojileri arasındaki etkileşime ve toplumlardaki cinsel davranış biçimlerine bağlıdır. Özellikle eş değişikliği oranı, organizmanın enfeksiyon süresi ve ilişki başı geçiş olasılığı anahtar belirleyicilerdir (Yorke ve Hethcote 1978). Eğitsel girişimleri de içeren bir dizi sosyo-kültürel, ekonomik ve diğer etkenler davranış biçimlerini etkilerken, enfeksiyon süresi ve organizmaların geçiş olasılığı tedavi programlarıyla değiştirilebilir.

Epidemiyolojik araştırmalar, CYBE'lere yakalanma olasılığıyla cinsel eş sayısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Fenton ve ark. 2004a; Hooper ve ark. 1978). Buradan hareketle Natsal 2000'de, örneğin on ve daha fazla eşe sahip olanların %12'sine karşılık, son beş yılda tek eşli olan erkeklerin %1'inden azına CYBE tanısı konduğunu bildirmişlerdir (Fenton ve ark. 2005*a*) (Şekil 15.3).

Bununla birlikte, farklı *toplumlar* arasında, CYBE bulaş oranlarındaki farklılık ile eş bulma oranlarındaki farklılık arasındaki ilişkiyi ortaya koymak daha zordur. Toplum temelli CYBE sürveyansı ile bağlantılı farklı ülkelerden geniş, temsil yeteneğine sahip, olasılıklı örneklem yöntemi ile yapılmış araştırmalar azdır. Bunların bulunduğu yerlerde, sosyo-kültürel etkenler sosyal olarak sansür edilen davranışları belirtmekteki gönüllüğü de etkileyebilirken, yöntemler ve soru biçimleri (örneğin, "cinsel eş" tanımı bile) genellikle farklılaşmıştır.



Şekil 15.3 Son 5 yılda CYBE bildiren katılımcıların oranı ve cinsel partnerlerin sayısı. Kaynak: Natsal 2000'deki tüm katılımcılar.

Buradan hareketle, CYBE'lerin yayılımını belirleyen temel parametreler üzerinde, farklı toplumlar arasında anlamlı karşılaştırmalar yapmak çoğunlukla zordur.

Bunlara ek olarak, farklı toplumlarda eş bulma oranıyla enfeksiyon olasılığı arasındaki ilişki karmaşıktır. İlişki başına enfeksiyon riski o toplumdaki geçmiş enfeksiyon prevelans oranlarına bağlıdır; daha yüksek prevelans, daha fazla enfeksiyon riski demektir. O halde enfeksiyon prevelansının, CYBE'lerin tedavi edilebilmesi için uygun sağlık altyapısı ve ekonomik altyapıya da bağlı olması olasıdır. Ayrıca, farklı organizmalar arasında etkileşimler de olabilir; diğer CYBE'lerin varlığında HIV bulaşının biyolojik olarak kolaylaşması örneğindeki gibi.

Bununla birlikte toplumdaki bulaşma dinamiklerini, sadece eş değişikliği oranı açıklayamaz. Örneğin, daha sonra detaylandıracağımız bir nokta olan ilişki kurmanın belirli biçimleri tek başına bile önemliyken, kondom kullanımı ve sünnet oranları gibi etkenlerin bulaşıcılığı etkilemede temel bir rolü vardır. İlişki kurma biçimlerinin epidemiyolojik etkilerinde önemli olan etkenler: Farklı (yüksek ve az) etkinlik sınıfları arasında cinsel karışmanın derecesi; cinsel ağın doğası, birbirini izleyen ve eş zamanlı, uzun dönemli ve günübirlik ilişkilerin göreceli katkısı (Rothenberg ve ark. 2000). Bu konu, Afrika'da farklı HIV prevalanslarına sahip dört şehirde yapılan HIV bulaşıcılığı çalışması ile gösterilmiştir (Buve ve ark. 2001). Cinsel davranış biçimlerindeki farklılıklar, HIV prevelansındaki bu farklılıkları tek başına açıklayamaz. Davranıştaki farklılıklardan çok, erkek sünneti ve genital ülser hastalığı prevalansı, özellikle de genital Herpes Simpleks Virüs enfeksiyonu gibi etkenler daha ağır basmaktadır. Bu çalışma, duyarlı davranışlarla ilgili geçerli veri elde edebilmenin yöntemsel zorluklarına rağmen, HIV bulaşının belirlenmesinde karmaşık biyolojik ve davranışsal etkenlerin etkileşimini vurgulamaktadır.

15.4.2 Cinsel davranış çeşitliliği ve bunun cinsel sağlık çıktıları içindeki rolü

Son yıllarda, cinsel davranışlarla ilgili güvenilir veri elde edilmesi için kullanılan yöntemlerde belirgin gelişmeler olmuştur (Fenton ve ark. 2001; Wellings ve ark. 1990). Dilin uygun kullanımı, bireylerce doldurulan anket formları, bilgisayar destekli bireysel görüşme, iç ve dış tutarlılık kontrolleri, bu alandaki bilimsel araştırma verisinin niteliğini ve geçerliliğini geliştirmiştir.

Olasılıklı örneklem ve geçerliliği kabul edilmiş görüşme yöntemlerinin kullanıldığı cinsel yaşam tarzıyla ilgili son çalışmalar, tanımlanmış toplumlarda bireyler arasında ve yaşam boyunca bireylerde, davranış bakımından büyük farklılıklar olduğunu göstermektedir (Johnson ve ark. 1992; ACSF araştırmacıları 1992; Cleland ve Ferry 1995). Birim zamanda, eş sayılarının nüfus dağılımı tam olarak asimetriktir. Natsal 2000 araştırmasına göre, 16-44 yaş arası erkeklerin %1'i 15'ten fazla cinsel eş bildirirken, %50'si son beş yılda bir veya sıfır cinsel eş, %9'u on veya daha fazla cinsel eş bildirmiştir (Johnson ve ark. 2001). Bu dağılım, toplumlarda eş değişikliğinin yüksek oranlarda olduğu küçük bir kesim içinde, CYBE'ye yakalanma ve diğerlerine bulaştırma açısından yüksek risk olduğu anlamına gelmektedir (bkz. şekil 15.3) Ampirik ve matematiksel modellerden elde edilen veri, cinsel eş değişikliği dağılımının üst kuyruğundakilerin (bazen "çekirdek grup" olarak da adlandırılmaktadır) (Yorke ve Hethcote 1978), toplumlardaki CYBE bulaşıcılığına orantısız olarak katkıda bulunduğunu göstermektedir (Morris 1993).

Cinsel eş seçimlerinde çekirdek grup ve çekirdek olmayan grup arasındaki cinsel karışımın büyüklüğü, bazı CYBE'lerin göreceli olarak en yüksek etkinlik sınıflarında sınırlı kalmasını açıklamada anahtar etkendir. Çekirdek gruplar tipik olarak; seks işçileri ve müşterileri ile Kuzey Amerika'da ve Avrupa'daki yüksek cinsel eş değişikliği oranlarına sahip eşcinsel erkeklerden oluşmaktadır.

Natsal 2000 sonuçlarına göre, toplumun belirli alt gruplarında görülen bazı CYBE'lerin, orantısız toplum yükü açıktır. Bunlar, erkeklerle seks yapan erkekler arasında daha yüksek CYBE riskini ve artmış eş değişikliği oranlarını göstermektedir (Fenton ve ark. 2005a; Mercer ve ark. 2003). Natsal 2000'de son beş yılda erkeklerin sadece %2,6'sı erkek cinsel eşleri olduğunu bildirirken, sürveyansa ait şekiller bel soğukluğunun yaklaşık %20'sinin eşcinsel ilişkiyle edinildiğini göstermektedir. Dahası, CYBE'ler kontrol altına alınıp insidansı azaldıkça, bulaşıcılık, artan bir şekilde çekirdek gruplarda sınırlı kalmaya başlamaktadır. Böylece, örneğin, erkek nüfusta 100.000'de 5 civarında bir insidansa sahip olan sifilizin, nadir bir hastalık olmaya başladığı Birleşik Krallık'ta, %50'si eşcinsel yolla edinilmektedir. *Chlamydia Trachomatis*, en yaygın tedavi edilebilir CYBE'dir ve tanısı için, yakın zamanlarda yaygın test olanakları kullanılabilir

hale gelmiştir. Kıyaslandığında, hem heteroseksüel hem eşcinsel topluluklarda *Chlamydia Trachomatis* enfeksiyonu görülmeye devam etmektedir.

Seks endüstrisi (seks işçileri ve müşterileri), CYBE bulaşının farklı topluluklar arasında önemli derecede farklılaşmasında koruyucu bir rolü olan potansiyel bir çekirdek gruptur. Bu ilişki, daha detaylı şekilde bu bölümde incelenecektir.

Toplum kademesinde sanayileşmiş ülkeler arasındaki karşılaştırmalar, genel olarak benzer cinsel davranış biçimlerinin benzer CYBE/HIV sonuçlarına yol açmayabildiği gerçeğini gözler önüne sermektedir. Örneğin, Britanyalı ve Fransız cinsel davranışı arasındaki bir kıyaslama, Fransa'da bazı "risk göstergelerinin" (anal seks, seks işçileri ile seks) bir şekilde daha yüksek olduğunun bildirilmesinin dışında, iki ülke arasında cinsel davranışların sadece küçük farklılıkları olduğunu göstermiştir. Ancak, epideminin erken fazında Fransa, Britanya'dan üç kat daha yüksek AIDS insidansına sahipti (Bajos ve ark. 1995). Yazarlar, bu iki ülkede görülen epidemiler arasındaki belirgin farklılığa, Britanya'daki önleyici politikaların daha erken gelişmesi ve bununla birlikte topluma virüs girişinin zamanlaması arasındaki farklılıkların etkisi olduğu konusunda birleşmektedir. HIV epidemisindeki bu heterojenite, dünya genelinde tekrarlanmaktadır ve bu da CYBE kontrolündeki girişimler ile biyolojik ve davranışsal etkenler arasındaki karmaşık etkileşimi vurgulamaktadır.

ABD ve İngiliz araştırma verileri arasında kıyaslama yapıldığında, ABD toplumunun cinsel davranışta daha büyük çeşitliliğe, daha yüksek CYBE insidansına ve daha düşük kondom kullanımına sahip olduğu görülmektedir. Her iki araştırmada da CYBE riski ve eş sayısı arasında güçlü bir bağlantının kanıtı vardır. Buna rağmen, ABD'de cinsel eş sayısında daha dağınık bir dağılım vardır (tek eş sahibi olan insanlar daha fazladır, ancak daha yüksek bir oranda da çok eşlilik görülmektedir). ABD'de, belirli cinsel uygulamalara karşı mutlak karşıtlığın da daha yüksek bir insidansı bulunmaktadır. Halkın tavrıyla özel davranışlar arasındaki bu açık kopukluk, ABD'de kapsamlı ve etkili bir halk sağlığı hareketine ket vurmuş ve böylece, ABD'de daha yüksek CYBE oranlarının oluşmasını sağlamış olabilir (Michael ve ark. 1998).

15.4.3 Cinsel davranış ve gebelik

Bireysel cinsel davranış ve gebelik arasındaki ilişki iyi bir şekilde tanımlanamamıştır. Buna rağmen, sosyo-ekonomik gelişim ve doğurganlık kalıpları arasındaki ilişki iyi belgelenmiştir ve gelişmekte olan ülkelerde şimdilerde sergilenmekte olan bu davranış kalıpları, açık bir şekilde Britanya'da yirminci yüzyılın ilk yarısında rastlanan kalıplardır. Görünen odur ki, yaşama koşullarındaki gelişmeler, hijyen ve tıbbi bakımın bazı unsurları bebek ve anne mortalitesinde azalmaya yol açmaktadır (Coleman ve Salt 1992). Artan nüfus büyümesini, doğur-

ganlık kontrolünün artması takip eder ve önceden tanımlamış olduğumuz gibi doğum oranları düşer (bkz. bölüm 15.2)

Sanayileşme sonrası toplumlarda, bundan böyle birincil olarak anne ve bebek ölümü yönünden üreme ile ilgili olumsuz çıktıları ölçmek yerine planlanmamış gebelik, düşük ve infertilite yönünden değerlendirmeler yapılmıştır. Avrupa'daki en yüksek ergen gebeliği oranı Britanya'da görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Toplumsal Dışlanma Birimi – Department of Health Social Exclusion Unit, 1999). 16 yaş öncesi ilişkiye girme, erken annelikle güçlü bir şekilde ilişkilendirilmektedir; Natsal 2000 araştırmasında 20 yaşından önce cinsel ilişki yaşadıklarını belirten kadınların %31'i 18 yaşından önce çocuk sahibi olduklarını bildirmişlerdir; bu oran 16 yaşından sonra ilk kez cinsel ilişki yaşadığını belirten kadınlar için ise %10'dur (Wellings ve ark. 2001). Ergen gebeliğinin, önce toplumsal dezavantaj ve sonra da toplumsal dışlanma ile açık bağlantıları vardır. Natsal araştırmasından gelen kesitsel veri, erken cinsel ilişkinin (16 yaş öncesi ilk ilişki) ve ergen gebeliğin, ebeveynlerin düşük toplumsal sınıftan olması ve toplumsal dezavantaja sahip olmaları ile; ama en çok da düşük seviyede bir eğitime sahip olmaları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Wellings ve ark. 2001). Düşük seviyede bir eğitime sahip olma ve istekliliğin, gelecekteki ergen gebelikler için işaretçi olduğunu gösteren ileriye yönelik verilerin de büyüyen bir önemi vardır (Bonell ve ark. 2003).

Süren gebeliklerin sonlandırılması riski, eş sayısının artışıyla ilişkilendirilirken, toplumsal sınıfla da küçük bir ilişkisi vardır. Diğer taraftan, kısırlık ve düşük riskli cinsel eş sayısıyla ilişki göstermemektedir (Johnson ve ark. 1994).

15.4.4 Cinsel yönelim ve sağlık çıktıları

Erkeklerle seks yapan erkekler, hem eş değişikliğindeki yüksek oranlar hem de özel cinsel uygulamaların (alıcı anal seks) sonucu olarak HIV ve CYBE'lerin bulaşması açısından daha fazla risk altındadır (Darrow ve ark. 1981). 1980'lerde eşcinsel erkekler arasında yapılan bir araştırma ile yüksek derecedeki cinsel etkinliğin HIV enfeksiyonuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir ve erkeklerle seks yapan erkekler arasında yoğun cinsel ve sosyal karışma şekilleri tarif edilmiştir (Moss ve ark. 1987; Carne ve ark. 1987; Winkelstein ve ark. 1987).

Erkekler arasında cinsel ilişki Britanya'da 1967 yılına kadar ceza gerektiren bir suçtu ve ağır cezalara tabiydi. Ancak 1974 yılında, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından psikiyatrik bozukluklar listesinden çıkarıldı. Natsal 1990, erkeklerin görece küçük bir oranının erkek cinsel eşe sahip olduğunu ve erkeklerin Londra dışından eşcinselliğin daha yaygın olarak kabul gördüğü bu çevreye göç etmelerinin bir sonucu olarak, prevelansın Londra'da daha yüksek olduğunu göstermiştir (Johnson ve ark. 1994).

Eşcinsel davranış ve aslında HIV ve CYBE'ler bile, hâlen damgalanmış olarak durmaktadır. Korku, damgalama ve önyargının tümü CYBE kontrolüne eş güdümlü ve açık bir yaklaşımı engelleyen unsurlardır. Bununla birlikte 1990 yılından beri, özellikle erkek eşcinselliğine yönelik olmak üzere, genel olarak toplumsal tutumun özgürleşmesi söz konusudur. Eşcinselliğin hiç bir şekilde yanlış olmadığını belirten erkeklerin oranı 1990 yılında %21 iken 2000 yılında %35'e yükselmiş; kadınlar arasında ise %26'dan %49'a çıkmıştır. Britanya'da aynı zaman dilimi içinde, geçen beş yıl içinde eşcinsel ilişki bildiren erkeklerin oranı %1,5'tan %2,6'ya; son beş yıl içinde eşcinsel ilişki bildiren kadınların oranında olduğu gibi yükselmiştir (1990'da % 0.8'den 2000'de % 2.6'ya) (Johnson ve ark. 2001).

Eşcinselliğe karşı toplumsal tutum ve yasalardaki özgürlükçü maddeler, gizli cinsel etkinliğin azalmasına yol açmış ve epideminin erken döneminde, HIV'in önlenmesi doğrultusunda eşcinsel toplumu hareketlendirmiştir. Bununla birlikte topluluktaki risk davranışları son zamanlarda artmıştır. Yeni HIV enfeksiyonları ve artan CYBE insidansının devam edeceği konusunda endişe sürmektedir (Murphy ve ark. 2004).

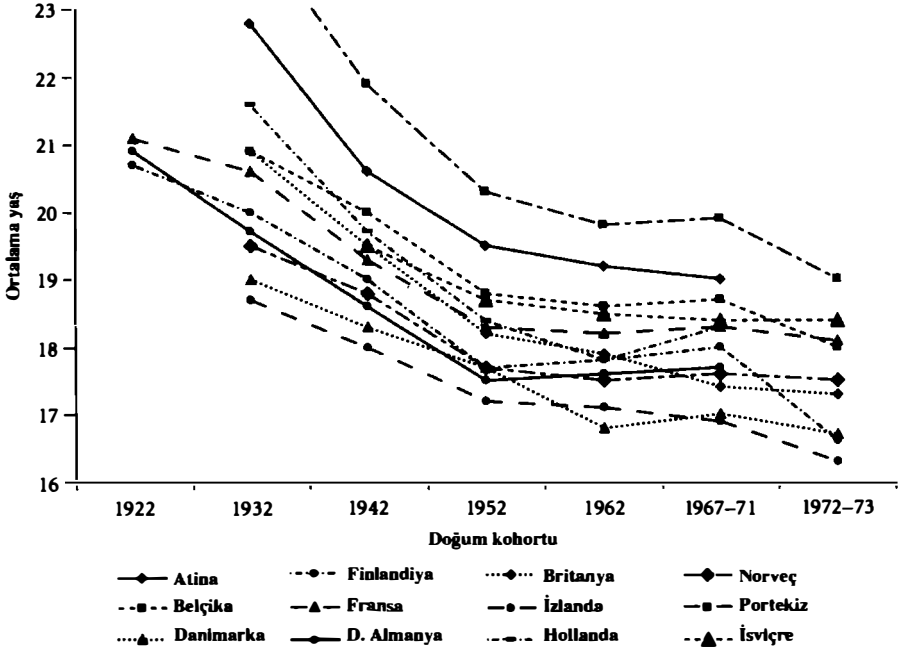
Eşcinsel yolla bulaşmanın daha az sıklıkta görünmesine ve HIV'in çoğunluğunun heteroseksüel yolla geçmesine rağmen, pek çok gelişmekte olan ülkede eşcinsel davranış ve ilişkiler ile ilgili güvenilir veri eksikliği bulunmaktadır (Cleland ve Ferry 1995).

15.5 Zamanla cinsel davranış nasıl değişti?

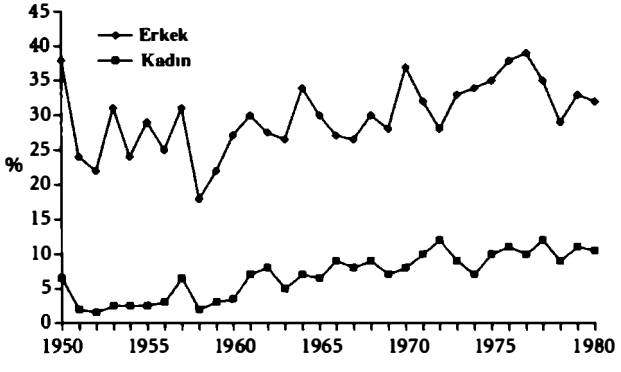
Bölüm 15.2'de, yirminci yüzyılda Britanya'da hızla değişen cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili sağlık çıktılarının değiştiğinden söz ettik. Ancak, cinsel davranış değişikliklerini belgeleyen güvenilir ve güncel kayıtlar yoktur. ABD'de gerçekleştirilmiş olan Alfred Kinsey'e ait çalışmalar, genel toplumun cinsel davranışları hakkında ilk rapor hazırlama girişimi olarak uluslararası çok satanlar listesinde yer almıştır (Kinsey ve ark. 1948, 1953). Gönüllü bireyler üzerinde yapılması ve temsiliyet eksiklikleri bulunmasından dolayı, bu çalışmaların hatalı olarak nitelendirilmesine rağmen, yine de toplumdaki cinsel konuların daha yaygın tartışılmasına kapı açarak, cinsel sağlık ve davranış araştırması tarihinde bir dönüm noktası olmuştur.

Son yüz yıl boyunca cinsel davranış konusundaki büyük değişiklikler 1990'larda sürdürülen çalışmalarla saptanmıştır. Bu çalışmalarda, Kuzey Amerika ve Avrupa'da, ilk cinsel ilişki yaşında tutarlı olarak dikkat çekici bir düşüş (Hubert ve ark. 1998) (Şekil 15.4) ve cinsel eş sayısında artış görülmektedir (Şekil 15.5). İlk cinsel ilişkinin koşulları da değişmiştir. 1950'lerde Britanya'da ilk cinsel ilişkilerini yaşayan kadınların yaklaşık yarısı, bu ilişki sırasında evlilerdi,

ancak bu oran 1980'lerde %5'ten daha az bir orana düşmüştür. Bununla birlikte, ilk cinsel ilişki yaşındaki düşüş ve evlilik öncesi cinsel ilişkide artış, doğum kontrol haplarını ve yasal gebelik sonlandırma uygulamasını hayata geçiren 1960'ların büyük teknolojik ve yasal değişikliklerinden önce de belirgindi. Bu durum, toplumsal ve davranışsal değişikliğin yasal ve teknolojik değişiklik için itici güç sağladığını göstermektedir.



Şekil 15.4 Nesillere göre ilk ilişki yaşı; Avrupalı Kadınlar. Kaynak: Hubert ve ark. 1998.



Şekil 15.5 İlk cinsel ilişki yılına göre her 10 + heteroseksüel partner bildiren katılımcıların sayısı. Kaynak: Natsal 1990/91, Johnson ve ark. 1994, Blackwell Ltd.'nin izniyle.

İlk cinsel ilişki yaşı ve ilk kez eşle birlikte yaşama yaşı arasındaki fark, geçen 50 yıl boyunca epeyce açılmıştır. Bu iki olay 1950'lerde, aslında rastlantısalken, şimdi ilk cinsel ilişki yaşı ile ilk kez bir eşle birlikte yaşama yaşı arasında – gençlerin, yüksek oranlı eş değişikliklerinin yaşandığı cinsellik pazarına adım attığı bir zaman –kadınlar için ortalama dört yıl, erkekler için ortalama altı yıl bulunmaktadır (Natsal, yayımlanmamış veri). 2000 yılında, 16-24 yaşları arasındaki erkeklerin %53'ü ve kadınların %39'u, geçen bir yıl içinde en az bir yeni cinsel eş bildirmiştir (Johnson ve ark. 2001).

Natsal 1990 araştırmasında bildirilen, eşlerin yaşam boyunca artan sayısı ile 1960 ve 1970'lerdeki bel soğukluğu epidemisi birbiriyle uyumludur. Britanya'da yapılmış araştırmadaki değişiklikler, Birleşik Krallık ve Avrupa'daki diğer çalışmalara yansımıştır (US Hubert ve ark. 1998; Laumann ve ark. 1994). Hem artan ilişkiler hem de bariyersiz doğum kontrol yöntemlerinin, özellikle de doğum kontrol haplarının yaygın kullanımı, bu değişikliklere katkıda bulunmuş olabilir. Bunun yanı sıra, Britanya'da genito-üriner sağlık merkezleri ağının genişlemesi sonucunda tanısal hizmetlere yaygın erişim de, tanı artışına ek bir katkı yapmış olabilir.

Ancak, 1980'lerde, yeni bir sağlık tehdidi olan HIV/AIDS karşısında cinsel davranış biçimleri hızla değişmeye başlamıştır. Britanya'da, öncelikle eşcinsel toplumda ve ardından HIV'in heteroseksüel yolla bulaşmasının da farkına varılmasıyla birlikte daha geniş topluluklarda halk sağlığı eğitimi kapsamında büyük kampanyalar yürütülmüştür. 1980'lerde, bel soğukluğu tanılarında, önce eşcinsel erkeklerde, ardından da genel nüfüsta dikey bir düşüş yaşanmıştır (bkz. Şekil 15.2) (Carne ve ark. 1987). Bel soğukluğu değerleri, o anki olası davranış değişiklikleri için bir gösterge niteliği taşımaktaydı ve eş zamanlı olarak eşcinsel erkeklerden elde edilen veriler ile o toplumda eş değişikliği oranında düşüş ve kondom kullanımında artış kaydedilmiştir. Heteroseksüel toplumda, geriye dönük araştırma verileri, özellikle ilk cinsel ilişkide hızla artan kondom kullanımını ve cinsel eş sayısında açık bir düşüş olduğunu kaydetmiştir (Johnson ve ark. 1994). Küçümsenmeyecek bir sağlık tehdidi karşında, en azından Britanya, dikkat çekecek derecede hızlı bir şekilde riski azaltmayı başarmış ve Avrupa'daki en düşük HIV enfeksiyonu oranlarına sahip ülke konumuna gelmiştir (UNAIDS 2004).

Ancak, riskli davranıştaki bu azalmayı sürdürmenin zor olduğu ispatlanmıştır. Britanya'da 1995 yılından beri, cinsel sağlık göstergelerinin çoğu, bel soğukluğu ve sifilis tanılarındaki terse dönüş (bkz. Şekil 15.1 ve 15.2), yüksek ergen gebeliği düzeyinin sürmesi, eşcinsel erkekler arasında artan riskli davranış ve eşcinsel erkeklerdeki yeni enfeksiyonların süre gelen insidansıyla birlikte, eğilimlerde ani bir değişiklik göstermektedir (Dodds ve ark. 2004; Murphy ve ark. 2004). Birleşik Krallık ve diğer Avrupa ülkeleri de benzer eğilimler göstermek-

tedir. 2000 yılında Britanya'da sürdürülen ikinci Natsal araştırmasından elde edilen verilerde, cinsel farklılıklara karşı hoşgörülü tutumda artışa ek olarak, 1990-2000 yılları arasında (bkz. Şekil 15.5) çoğul cinsel eşle birliktelik bildiriminde dikkat çekici bir artış görülmüştür. 1990-2000 arasında ölçülen değişikliğin bir bölümü, sosyal tutum değişikliğinin bir sonucu olarak sosyal olarak baskılanmış davranışın bildirilmesinde daha büyük bir gönüllülük oluşuna bağlı olabilir (Copas ve ark. 2002). Bununla birlikte, gözlemlenen davranışsal değişiklikler, hem CYBE tanılarındaki benzer artışlar hem de birlikte yaşayan ve bekâr kişilerin artan nüfus oranlarındaki demografik değişiklikler ile çakışmıştır.

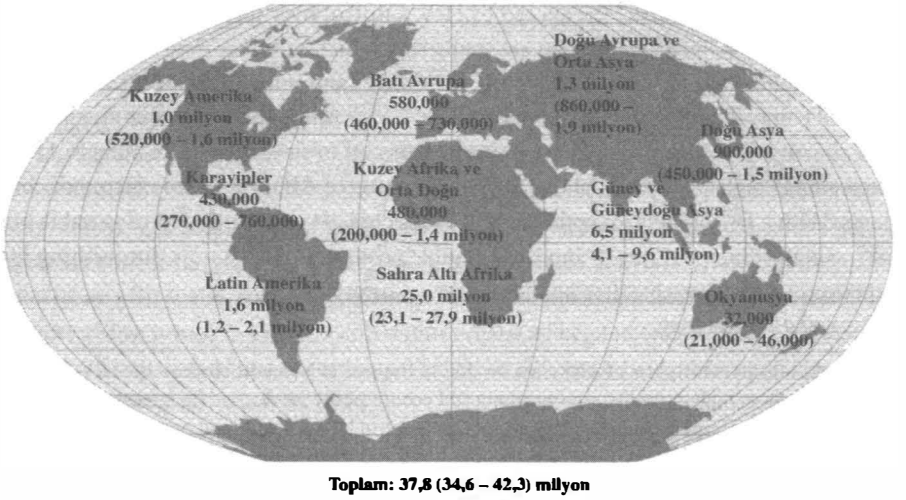
Riskli davranış oranlarının yükselmesi, kısmen anti-retroviral tedavi olanakları sonucunda algılanan AIDS tehdidindeki azalmaya ve bir o kadar da HIV tehdidiyle ilgili halk eğitiminin azalmasına dayandırılabilir. Bununla birlikte diğer birçok etkenin, değişen cinsel davranış kalıplarını etkilemesi olasıdır. Bu etkenler arasında, cinsel eşlerle tanışma olanağı sağlayan pazar ortamının hızla değişimi, medya görüntülerinde cinselliğin artması ve kadınların hem çalışma yaşamına daha fazla dâhil olması hem de devam eden geç evlenme ve çocuk doğurma eğilimleri bulunmaktadır.

Yirminci yüzyılda, sanayileşmiş ülkelerde kadınlar açısından cinsel sağlık ve üreme sağlığının gelişmesi, aile kuruluş biçimlerinin değişmesi, cinsel davranış kalıplarında daha fazla cinsiyetler arası eşitlik, yanı sıra kadınların kendi ekonomik, cinsel ve üreme kaderleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları görüldü. Cinsel sağlık tehditlerine ve son zamanlarda da HIV epidemisine karşı devlet müdahalesi çeşitlilik göstermesine rağmen, genellikle hızlı, uygun ve sürdürülebilir olmuştur. Zayıf sağlık çıktılarında yakın zamanda tersine dönüş yaşanmasına rağmen, HIV epidemisinin en sert vurduğu Sahra Altı Afrika ülkelerindeki oranların yanında çoğu sanayileşmiş ülkelerde görülen epidemi, çok küçük kalmaktadır. Küresel olarak, 2003 yılı itibariyle yaklaşık 38,7 milyon HIV/AIDS'li insanın %95'i düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktaydı (UNAIDS 2004) (Şekil 15.6).

Sanayileşmiş ülkelerin çoğu, eradike edemeseler de en azından HIV pandemisini kontrol altına almayı başarmışlardır. Bu başarı kısmen de olsa, HIV'in yayılımını sağlayan kaynağın çoğalmasını engelleyen önceki etkenlerin yanı sıra, toplum eğitimi, enjektör değiş tokuşu, CYBE kontrol programları ve son olarak anti-retroviral tedavi konusunda ulusal kararlılık ve yatırımlar sonucunda davranış değişikliği yoluyla başarılmıştır.

Sanayileşmiş ülkelerde pandemi ilerledikçe, bu durum giderek artan biçimde sosyal olarak dışlanmış ve ekonomik olarak dezavantajlıların yaşadığı bir olay olmaya başlamıştır. Birleşik Krallık'ta yoksullar, etnik azınlık grupları, madde kullanıcıları ve eşcinsel erkekler arasında CYBE ve HIV oranları dikkat çekici şekil-

de yüksektir (Centers for Disease Control 2004). Britanya'da heteroseksüel yoldan edinilmiş enfeksiyon oranları artarken, enfeksiyonlarının büyük bir kısmı yurtdışında, özellikle de Sahra Altı Afrika'daki seks nedeniyle edinilmektedir (Halk Sağlığı Laboratuvar Hizmetleri, Bulaşıcı Hastalıklar Gözetim Merkezi 2002 – Public Health Laboratory Service, Communicable Disease Surveillance Centre).



Şekil 15.6 2003 yılı sonu itibariyle HIV ile yaşayan yetişkin ve çocukların tahmini sayısı. Kaynak: UNAIDS.

15.6 Düşük gelirli ülkelerde cinsel sağlık

Dünya'nın CYBE/HIV bakımından en çok etkilenen alanlarında (bkz. Şekil 15.6), HIV salgının sınırlandırılmasına dair başarılı örnekler sınırlıdır. Dünya çapında HIV enfeksiyonunun alarm verici yüksek seviyeleri, günümüzde sosyo-ekonomik altyapı ve yaşam beklentisi üzerinde büyük bir etkiye sahip olarak yükselmeye devam etmektedir (UNAIDS 2004). Güvenli olmayan seks, artık dünya çapında hastalık yükü mortalitesine katkı yapan en önemli ikinci etken olarak değerlendirilmektedir (Ezzati ve ark. 2002).

Buve ve ark. tarafından yapılmış başarılı bir incelemede, Sahra Altı Afrika'da HIV enfeksiyonu yayılımını güçlendiren sosyal, ekonomik, davranışsal ve biyolojik etkenler arasındaki karmaşık etkileşim ortaya konmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde cinsel sağlığın bozulmasına katkıda bulunan etkenlerle, Britanya'da yirminci yüzyılın erken dönemleri ile bağlantılı olan etkenler arasında paralellik bulunmaktadır (Buve ve ark. 2001).

Modernizasyon, şehirleşme ve eğitim unsurlarına rağmen, Sahra Altı Afrika ülkelerinin birçoğunda, kadınlar kendi cinsel yaşamları ya da kocalarının cinsel yaşamları ve kendi doğurganlıklarının üzerinde çok az bir kontrol sahibi olarak erkeklere bağımlı bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedirler. Yüksek anne ve bebek mortalite oranları nedeniyle üreme sağlığı zayıf kalmaktadır. Eşler arasındaki yaş farkı, genellikle genç kadınların daha yaşlı erkeklerle evlenmeleri nedeniyle oluşmakta ve erken yaşta HIV/CYBE'ler edinilmektedir (Gregson ve ark. 2002). Yoksulluk, günlük sorunlar içinde HIV'in önceliğini azaltmaktadır; bu durum, kadınları para veya mal karşılığında sekse teşvik etmektedir. Şehirleşme ve sanayileşme, ekonomik nedenlere bağlı olarak, genç erkeklerin doğdukları toplumdan göçünü normalleştirerek karı koca arasında ayrılığa yol açmakta ve yüksek riskli cinsel ilişkileri teşvik etmektedir. Sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerindeki kötüleşme HIV yayılımını güçlendiren CYBE'lerin kontrolünü de zayıflatmaktadır. Doğurganlık denetimi düşük, kondomlara ulaşım çoğu zaman sınırlı ve erkekler de kondom kullanmakta isteksizdir. Okuryazarlık düzeyleri düşüktür; birçok ülkede sağlık eğitimi düzensiz ve sınırlıdır; HIV'in önlenmesi için gerekli yüksek düzey politik kararlılığın eksik olması ile birlikte sıklıkla bütünsel olmayan HIV önleme programları mevcuttur. AIDS'le ilgili yanlış bilgilerin de bir geçmişi vardır; örneğin, AIDS nedeninin HIV olmasının bilindik inkârı veya kondomların etkinliği ile ilgili inanışlar. Uganda gibi dikkate değer az sayıdaki istisna ile birlikte bu durum, bölge genelindeki enfeksiyon prevelansındaki artışın yanı sıra bölgedeki çeşitliliğin de bir resmidir. HIV şimdilerde yaşam beklentisini düşürmekte ve ekonomik altyapıyı kötü bir şekilde etkilemektedir.

Buve ve ark. şunu savunmaktadırlar:

> Afrika'nın birçok bölgesinde toplumlar, HIV-1 epidemisinin genç ve ekonomik olarak üretken yaş gruplarında yüksek mortalite oranlarına yol açması ve böylece daha fazla yoksullaşmanın baş göstermesiyle ortaya çıkan kısır döngü içinde sıkışmaya başlıyorlar. HIV-1'i denetim altına almaya yönelik müdahaleler sadece bireyleri hedef almamalı, aynı zamanda kültürel ve sosyo-ekonomik bağlamda insanların ve toplulukların HIV-1'e hassasiyetlerini arttıran unsurları değiştirmeyi de amaç edinmeli. (Buve ve ark. 2001).

15.7 Demografinin cinsel davranış üzerindeki etkileri

Avrupa ve Kuzey Amerika'da yapılmış çalışmalarla kanıtlandığı üzere cinsel yaşam tarzının geniş bir çeşitliliğe sahip olduğunu daha önce açıklamıştık. Bu bölümde, demografik etkenlerle ilişkili olarak cinsel davranışların nasıl farklılaştığını inceleyeceğiz.

Eş değiştirmedeki en yüksek oranlar gençler, evli olmayanlar (dul kalanlar, ayrılanlar ve boşananları da kapsar) ve büyük şehirlerde yaşayanlarda görülür

(Johnson ve ark. 1994). Ancak, yaşın etkilerinin de ötesinde, Britanya'da eş değiştirme oranları, sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda daha sık görülen diğer yüksek riskli sağlık davranışlarının aksine, sosyal sınıflar arasında fazla farklılık göstermemekte, hatta yüksek sosyal sınıflarda daha yüksek olma eğilimindedir. Benzer şekilde, Afrika'daki çalışmalar, HIV epidemisinin ilk önce şehirlerde yaşayan ve birden fazla cinsel ilişki için ödeme yapabilecek ya da çekici olabilecek yeterli ekonomik avantaja sahip olan üst sosyal sınıflara ait kişiler arasında ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Hemen ardından da HIV'in, hem ABD'de (yüksek CYBE oranlarına sahip Afrikalı-Amerikalılarda ve sosyal olarak dezavantajlı gruplarda olduğu gibi) hem de Afrika'da, ekonomik dezavantajla olan birlikteliği artmaya başlamıştır. Bunun tersine, Britanya'da, CYBE oranları ve hizmetlerin kullanımı sosyal sınıflar arasında dikkat çekecek derecede benzerlik göstermektedir. Ancak, yakın zamanda Britanya'dan elde edilen kanıtlar etnik olarak farklılıklar bulunduğunu ileri sürmektedir. Buna göre; Afrikalı ve Afrikalı-Karayipli toplulukların daha yüksek riskli davranışlarda bulunduğu ve cinsel sağlık çıktılarının daha kötü olduğu; Hint Yarımadası'ndan gelenler arasında ise daha düşük risk olduğu görülmektedir (Fenton ve ark. 2005b; Low ve ark. 1997).

Göç ve toplumsal bozulmanın cinsel sağlık üzerine etkisiyle ilgili bolca kanıt bulunmaktadır; Şekil 15.2, açıkça İkinci Dünya Savaşı sırasında bel soğukluğu insidansındaki tepe noktayı göstermektedir. Savaş, cinsel davranış ve sağlık arasındaki ilişki iyi tanımlanmıştır (Adler 1980). Karı koca arasında yaşanan ayrılık ve daha sonra düzenli cinsel ilişkilerde azalma, ticari ve gündelik cinsel temasları teşvik etmiştir. Aynı zamanda, savaşın yarattığı ekonomik bozulma sıklıkla kadınları, sağ kalmak adına strateji olarak para karşılığında seks yapmaya teşvik etmektedir. Bu durumdaki kadınlar, kondom kullanımının ve CYBE kontrol programlarının da yokluğunda, CYBE'ye yakalanma ve CYBE'leri bulaştırma noktasında yüksek bir riske sahiptir ve söz konusu koşullar CYBE açısından yüksek risk altındaki kadınlar ve erkeklerden oluşan bir "çekirdek grup" meydana getirecek şekilde, CYBE ve HIV epidemisini güçlendiren bir kaynak olmaktadırlar.

Çekirdek gruptakilerin, "çekirdek"ten daha geniş bir topluluğa enfeksiyon yayılımına yol açabilecek bir şekilde, düşük risk grubundaki düzenli eşleriyle korunmasız ilişkiye girmeleri, eş değiştirme oranları daha düşük kişilere hastalık geçişini de güçlendirmektedir. Afrika'da HIV'in geniş bir yayılıma sahip olmasında, bu tip epidemik dinamiklerin önemine dair kanıtlar mevcuttur. Örneğin, 1980'lerde Kenya'da yürütülen klasik tip bir çalışma ile, Nairobi'deki seks işçilerinde ve onların müşterilerinde HIV prevalansının hızlı yükselişi ve sonrasında antenatal kliniklere başvuran genel kadın topluluğundaki enfeksiyon yayılımının artışı gösterilmiştir (Quinn ve ark.1986).

Buna rağmen, Afrika'daki HIV epidemisinin gelişimine, demografik bozulmanın yol açtığı ekonomik unsurlar da katkıda bulunmuş görünmektedir; örnek olarak, madencilik ve kamyonculukla bağlantılı göçten söz edilebilir (Mabey ve Mayaud 1997). Birçok ülkede HIV ilk olarak, kamyon güzergâhlarında, ticaret yapılan kasabalarda ve nüfusun yüksek derecede hareketli olduğu sınır bölgelerde görülmüştür. Hareketliliğin kendisi, göç güzergâhları boyunca yayılan HIV için bir risk etkeni olarak tanımlanmıştır. Örnek olarak, Güneydoğu Asya anakarasında yer alan sınır kesişme noktaları ve ulaşım güzergâhlarında ve Batı Afrika'da aşırı yoğun bir şekilde yolculuk edilen Fildişi Sahili ve Burkina Faso arasındaki koridorda, HIV prevelansının belirgin olarak yüksek olması gösterilebilir (UNAIDS 2001, 2004).

Şehirlere doğru göç edenler, tipik olarak, seks işçileriyle yüksek riskli davranışta bulunma riski artmış olan genç bekâr erkeklerdir. Kadınların da kırsal alanlardan şehirlere doğru göçü artmıştır. Bunlar, hayatta kalmak için seks işine güvenerek, düşük ücretli işlerden ayrılmaktadır. Böylece, etkin sağlık altyapısının yokluğunda hareketlilik, kentsel yoksulluk ve sanayileşme CYBE/HIV'in geçişine ve cinsel sağlığın bozulmasına katkıda bulunmaktadır. Sosyal, ekonomik, davranışsal ve tıbbi müdahalelerin karmaşık etkileşimi dünya çapında cinsel sağlık ve hastalık kalıplarında belirgin bir heterojenite ile sonuçlanmaktadır.

Bunun aksine, ABD ve çoğu Batı Avrupa ülkesinde İkinci Dünya Savaşı'ndan beri süren ekonomik refah ve barış dönemi; iyi bir şekilde kurulmuş açık erişimli sağlık hizmetleri, işyerindeki kadın katılımının artması ve demografinin görece dengeli durumu, sonuçta, cinsel sağlığın gelişmesine ve ilişkili olarak da HIV epidemisinin sınırlandırılmasına yol açmıştır.

15.8 Seks endüstrisi

Tüm bölüm boyunca, seks endüstrisinin cinsel sağlık üzerindeki rolünden söz ettik. Farklı toplumlarda seks endüstrisinin çeşitli rollerini, seks işinin boyutunu ve göreli risklerini belirleyen açık sosyal ve ekonomik bir boyut olmasından dolayı, burada bu konuyu daha detaylı olarak inceliyoruz.

Yirminci yüzyılın başında Britanya'da, bel soğukluğu ve sifilizin yüksek oranlarıyla ilgili olarak hatırı sayılır derecede bir endişe söz konusuydu; öyle ki, belirtildiğine göre 1918'de zührevi hastalıklar için bir Kraliyet Komisyonu kurulmuştu. O zamanlarda, müşteriler ve seks işçileri arasındaki cinsel ilişki, CYBE'lerin yayılımına önemli derecede katkıda bulunmaktaydı (Sanger 1897). Kadınlar, sıklıkla ekonomik gereksinim dolayısıyla seks işçiliğine zorlanmakta, koruma ve etkin bir tedavi olmadan çalışmakta ve yüksek CYBE oranlarından mağdur olmaktaydılar. Seks işçiliğinin ekonomik kökenleri ve bunun, kadınların alt konumlara itilmeleri ile ilişkileri, ilk feministler tarafından iyi bir şekilde anlaşılmıştır. Chris-

tabel Pankhurst, *The Great Scourge and How to End It,*[3] (Pankhurst 1913) adlı kitabında, seks işçiliğinin ekonomik kökenlerini şu şekilde ifade etmiştir: "Kadınlar, politik olarak özgür ve ekonomik olarak güçlü olduklarında, ahlaksızlığın temel kullanımı için satın alınabilir olmayacaklardır." Peki, Pankhurst'un çözümü nedir? "Tedavi, kısaca belirtildiği şekliyle; kadınlar için oy hakkı, erkekler için iffettir." Seks endüstrisinin denetimi ve kadınların hastalık, şiddet ve sömürüden korunmasıyla ilgili olarak süren tartışmalar, bu bölümün kapsamının ötesindedir.

Güncel verilere göre, bugün Britanya'da cinsel birliktelikler içinde ticari birlikteliklerin payı küçüktür. Natsal 2000'de, 16-44 yaş arası erkeklerin %9'u *bir kere bile olsa* seks için para ödediklerini, %1,3'ü geçen yıl içinde seks için ödeme yaptığını bildirmiş ve bütün birliktelikliklerin %19'unun para ödenen birliktelikler olduğu belirtilmiştir (Yayımlanmamış veri). Tersine, gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalarda, erkeklerin ortalama %9,7'si geçen yıl içinde bir ticari cinsel temasta bulunduklarını bildirmektedir (Cleland ve Ferry 1995) ve para karşılığı seks yaptığını bildirenlerin oranı, tipik olarak düzenli olmayan cinsel temasta bulunduklarını bildiren erkeklerin %25-40'ına denk düşmektedir. Afrika'daki çalışmalar ise, genellikle Britanya'dakinden çok daha yüksek bir oranda, erkeklerin seks için ödeme yaptığını göstermektedir (Morison ve ark. 2001).

Britanya'daki kadın seks işçileri, birçok düşük gelirli ülkedeki meslektaşlarına kıyasla, daha yüksek seviyelerde kondom kullandıklarını belirtmektedir ve bu kadınlarda daha düşük oranlarda CYBE ve HIV enfeksiyonu bulunmaktadır (Cleland ve Ferry 1995; Ward ve ark. 2004). Gelişmiş ülkelerdeki kadınlar, güvenli seks için daha kolay anlaşma sağlamakta, daha güvenli bir işyeri ortamına sahip olabilmekte ve CYBE'lerin tanı ve tedavisi için sağlık hizmetine erişebilmektedir. Bu durum, 19. yüzyılda kadınları seks işçiliğine zorlayan dışsal ekonomik gereksinimlere karşı tümüyle bir zıtlık taşımaktadır. Ancak, salt seks işçiliğinin parasal kavramı nedeniyle Batılılar tarafından kabul görmeyen takas biçimlerini de kapsayan, "seks karşılığında herhangi bir hediye, para ve çıkar" sağlama veya kabul etme şeklinde daha geniş bir bağlamda tanımlanan ticari seksin, %1,3'lük bir oranda ticari cinsel ilişkide bulunduğunu bildiren kadınların yaşadığı dünyanın diğer bölgelerinde, CYBE yayılımına katkısı büyük bir olasılıkla çok daha fazladır (Cleland ve Ferry 1995).

Düşük gelirli ülkelerde HIV epidemisinden daha ağır bir şekilde etkilenen ticari seks işçileri, enfeksiyonun yüksek oranlarda görülmesi nedeniyle mağdur olmaktadır ve bundan dolayı ticari seks, HIV yayılımına katkıda bulunmaktadır. Erkeklerin kadın seks işçileri ile ilk cinsel ilişkilerini yaşamalarının yaygın olduğu ve geçen yıl içinde şehirde yaşayan erkeklerin %24'ünün ve kırsal bölgelerde yaşayanların ise %9,5'inin seks için para ödediklerini bildirdikleri Tay-

[3] Büyük Afet ve Nasıl Sonlandırılacağı.

land'da, ticari seks işi HIV enfeksiyonunun önemli bir kaynağıdır (Sittitrai ve ark. 1994). Dolayısıyla, Tayland'daki siyasi kararlılık ile epideminin başında, genelev ve diğer yerleşim yerlerinde kondom kullanımını teşvik için "%100 kondom" isimli bir program yürütülmüştür. İyi bir şekilde koordine ve finanse edilen bu yaklaşımın sonuçları, kondom kullanımının çok yüksek oranlara (genelevlerde %97) varmasına ve HIV epidemisinin büyük ölçüde kontrolüne yol açmıştır (Mills ve ark. 1997). Ancak, birçok Afrika ülkesinde, bu derece odaklı, siyasi olarak yönlendirilen ve finanse edilen kampanyalar az sayıdadır; seks işi organizasyonu düzensiz, kondom sağlanması yetersiz ve kondom kullanım seviyeleri düşük seyretmektedir (Morison ve ark. 2001; Williams ve ark. 2003).

Kadınlar ve erkeklerin cinsel davranışlar bakımından daha eşit bir duruma gelmeleri sosyal norm halini alırken, seks için ödeme yapan erkeklerin azalmaya başladığı bir zamanda, sosyo-ekonomik gelişmişliğin artmasıyla kadın özgürlüğünün, eğitiminin ve ekonomik bağımsızlığının yükselmesi nedeniyle seks işinin daha organize ve güvenli olmaya başladığı da öne sürülebilir.

15.9 Cinsel sağlık ve sosyo-ekonomik ortam

Kısmen de olsa, Sahra Altı Afrika'daki HIV epidemisinin yıkıcı etkisi (enfeksiyonların üçte ikisinin meydana geldiği ve en kötü noktada erişkin nüfusun %50'ye varan bölümünün etkilenildiği yer), gelir farklılığı, yoksulluk ve kalkınma programlarındaki unsurların olumsuz çıktıları nedeniyle ortaya çıkan sonuçlara bağlanabilir. HIV kontrolü bağlamında, cinsel sağlığın bozulmasına yol açan süreç içi etkenlere yönelik ufkumuz genişlemektedir. Bir AIDS pandemisinin varlığında, Omran'ın "Epidemiyolojik Dönüşüm" anlayışı (ölüm kavramının yapısı içinde yaş, sebep ve cinsiyet unsurlarının değişime uğraması ile bağlantılı olarak çoktan aza doğru mortalite kalıplarındaki dönüşüm) cinsel sağlığın bozulmasıyla ilgili belirleyicileri anlamamıza yardımcı olması açısından önemlidir (Omran 1971). Daha önce bu bölümde tanımlanmış demografik ve davranışsal değişikliklerin eşliğinde, "Epidemiyolojik dönüşüm" ile beraber anne mortalitesinde ve enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar nedenli ölüm oranlarında düşüşler yaşanmaktadır. AIDS salgını tehdidini hedef almakta ve sınırlandırmakta zorlanan ülkeler hâlâ epidemiyolojik dönüşümü geçirmektedirler. Bunlar, HIV'in önlenmesi için var olan kısıtlı kaynakların, hâlen malarya, tüberküloz, anne ölümü, çocuklarda ishal ve aşı ile önlenebilir hastalıklar gibi acil yaşam tehditleriyle yarışmak zorunda olduğu ülkelerdir.

Sahra Altı Afrika'da birçok ülkede görülen yaşam beklentisindeki gerilemeyle birlikte, epidemiyolojik dönüşüme katkıda bulunması beklenen ekonomik büyüme yavaşlamaktadır. Verimli olmayan harcamalarda kesinti yapılmasını dayatan yapısal uyum programlarının da kısmen bir sonucu olarak sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlerle ilgili harcamalar azalmaktadır (Buve ve ark. 2001; Lurie ve ark. 1995).

Çelişkili bir biçimde, kadının devam eden düşük statüsünün, kendi güçlenmesini engellediği ve ticari seks işini teşvik ettiği süreçte; şehirleşme, modernizasyon ve endüstrileşme nedeniyle göç, aile içi dengesizlik ve gündelik seksi arttıran demografik koşullar meydana gelmiştir. Buna ek olarak yoksulluğu, insan hakları ihlâllerini, cinsel istismarı ve zorunlu göçü artıran savaş ve çatışmalar da etkilidir. Hâlen etkin bir siyasi liderliğin, gelir dağılımında daha fazla eşitliğin, mali yatırımın ve sağlam bir alt yapının (eğitim, yasa yapma ve tıbbi hizmetler için) var olduğu şartlar altında, cinsel etkinliğin istenmeyen çıktıları azaltılabilir ve HIV çağında bile cinselliğin olumlu yararlarından zevk alınabilir. Genellikle kaynak zengini ülkelerin HIV'in denetim altına alınmasında hızlı, yeterli kaynak sağlanmış ve koordineli biçimde verdikleri cevapla, görece kaynak yoksulu ülkelere kıyasla, bunu başarmış olmaları hiç şaşırtıcı değildir.

HIV'in sağlık, toplum ve ekonomi üzerindeki etkilerine karşı en fazla hassasiyeti olan ülkelerde, büyüyen HIV tehdidini azaltmak için ne yapılabilir? En yüksek seviyede politik kararlılık, HIV kontrolünde önemli görünmektedir. Dünya Bankası tarafından yayımlanan bir araştırma raporu, hükümetlerce yürütülmesi gereken bir dizi sosyal ve ekonomik müdahaleyi işaret etmekteydi. Bunlar Tablo 15.2'de özetlenmiştir (Dünya Bankası 1997). En azından Uganda'nın HIV salgınının kontrolündeki göreli başarısında, problem karşısında hükümetin problemi erken fark etmesi ile erkenden sağlık eğitimi programlarının ve kondom dağıtımının gerçekleştirilmesinin de payı vardır (Mulder ve ark. 1995). Başka yerlerde, HIV sorununun inkârı; hükümetin, kilise liderlerinin, sivil toplum örgütlerinin çatışan görüşleri; bağışçı kurumlarca koordineli bir tepki gösterebilmek için yapılan girişimleri sıklıkla bölmektedir. Hem bağışçı kurumlar tarafından katkıda bulunulan miktarın düzeyi hem de bunların kullanımı için koyulan sınırlandırmalar hakkında eleştiriler söz konusu iken, çok yakın bir zamanda AIDS ile ilgili *The Global Fund* (Küresel Fon) tarafından büyük bir yatırım yapıldı.

Bununla birlikte, sosyo-kültürel etkenlerin HIV geçişini belirlemedeki katkısı, sağlık müdahalelerinin ötesinde sosyal konuları öne çıkartmaktadır. Bir toplumdaki gelir dengesizliği, kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'nın (GSYİH) düşük ve şehir nüfusu içinde yaşayan 20-39 yaş arası erkeklerin kadınlara göre oranının yüksek olması ile HIV enfeksiyonu prevalansının yükselmesi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır; benzer şekilde şehir nüfusu içindeki askeri personelin oranının ve erkek kadın okuryazarlık farkının da bu durumla ilişkili olduğu gibi (Over 1997). Yoksulluk ile birlikte gelir ve cinsiyet eşitsizliği, yüksek riskli cinsel davranışlarda bulunan ya da bu davranışların sonuçlarından doğrudan etkilenen nüfusun oranında artışa yol açarak AIDS yayılımına olanak sağlar.

Cinsel sağlığın geliştirilmesi, sosyo-kültürel ve politik bağlamın dışında görülemez, özellikle günümüzde HIV'in toplumlar ve ekonomileri üzerinde yaygın bir

etkisi varken. Başarı, ancak sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin azaltılmasını ve eğitim ve sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetlerin yapılandırılmasını kapsayan geniş bir bağlamda sağlanacaktır – hem ulusal hem de uluslararası toplum içinde.

Tablo 15.2 Toplum düzeyinde HIV'in önlenmesi için resmi stratejiler.

Kişisel tercihleri etkileme
• HIV/AIDS ve geçişi ile ilgili bilgi birikiminin geliştirilmesini hedef alan eğitim ve danışma
• Kondom kullanımı ücretlerini azaltmak
• Güvenli enjektör davranışının ücretlerini azaltmak
Güvenli davranışı azaltan sosyal baskılara yönelim:
• Sosyal normları değiştirme
• Kadının statüsünün gelişimi
• Yoksulluğun azaltılması
Hükümetin taahhütü
• Kamu malları için hüküm-HIV denetimi ve önlenmesi hakkında bilginin toplanması ve üretimi
• Risk altındakilerin cinsel sağlık hizmetine erişiminin temini aracılığıyla HIV yayılımına yol açabilecek negatif sonuçların (dışsallıkların) azaltılması
• Ulusal refahın diğer yönleri üzerine HIV/AIDS'in etkisinin ve potansiyel etkisinin değerlendirilmesi
• Bu resmi roller diğer insiyatiflerin yerine koyma şeklinde değil, her birine destek olması şeklinde olmalıdır
AIDS'le yüzleşme: Global epidemi içindeki kamusal öncelikler. Dünya Bankası Araştırma Raporu (1997), bölüm 3'ten uyarlanmıştır.
Raporun tümü bu adreste mevcuttur:
http://www.worldbank.org/aids-econ/confront/confrontfull/aids.html

15.10 Politik önermeleri

Küresel olarak, hastalık yükü ve mortalitenin önde giden sebebi güvenli olmayan sekstir. Demografik, sosyal, tıbbi, yasal müdahaleler ile sağlık hizmeti ve halk sağlığı müdahaleleri sonucunda, toplumların cinsel olarak sağlıklı olması sağlanabilir. Daha sonraki politik çıkarımlar içinde, küresel olarak cinsel sağlığın geliştirilmesi için bireysel davranış değişikliğine yönelik programlar ya da biyomedikal müdahalelerin yanında, sosyo-ekonomik ve kültürel çevreleri etkileyecek müdahalelerin de yer alması gerekir.

Küresel olarak, cinsel sağlık, en çok da toplumsal olarak dışlanmış ve ekonomik olarak dezavantajlı gruplar arasında kötü durumdadır. Böylece, ekonomik eşitsizlikleri azaltmayı, sosyal ve ekonomik istikrarı desteklemeyi, göçü azaltmayı, barışı geliştirmeyi, cinsiyetler arası eşitsizliği azaltmayı ve özellikle de sağlığı, eğitimi, kadının ekonomik statüsünü geliştirmeyi amaçlayan müdahaleler, hep birlikte cinsel sağlığın geliştirilmesinde anahtar unsurlardır. Söz konusu unsurlardaki değişiklikler, istenmeyen sağlık çıktılarını azaltan bireysel davranış değişikliklerini de büyük olasılıkla artırmaktadır.

Hem toplumsal değişim hem de toplum sağlığının geliştirilmesi çabalarına karşılık olarak, kısa zaman dilimlerinde (2-3 yıl) toplumların cinsel davranışları-

nın değişebildiğine dair bulgular mevcuttur. Toplum müdahaleleri (geniş çaplı HIV bilgilendirme ve kondom programları) için en yüksek seviyede politik istekli lik ve liderliğe gereksinim vardır ve hızlı bir değişimin meydana gelmesi için toplumun geneline geniş ölçüde yayılmalıdır. Hükümetler, dini liderler, toplum liderleri ve tüketici örgütlerinin tümünün uygun müdahalelerin yönlendirilmesinde anahtar rolleri bulunmaktadır. Kültürel olarak uygun ve sürdürülebilir müdahalelerin gerçekleştirilmesi adına, başlangıç için, geleneksel olarak damgalanan sağlık çıktılarının karşısında farkındalığa ve bunların kabulüne gereksinim vardır. İnkâr, damgalama, önyargı ve baskın toplumsal tutumlar (ör. cinsel davranışlara koşulsuz olarak karşı olmak) ve güncel davranışlar arasındaki ayrılık yüzünden politik kararlılık ve önceliklerin belirlenmesi sıklıkla aksamaktadır. Cinsel sağlık epidemiyolojisi ve güncel cinsel davranışlar ile ilgili güvenilir bir kanıt temeli, durağanlığa karşı koymak ve müdahaleleri hedeflemek için asıldır.

Ortaya çıkan salgınlar (özellikle HIV) karşısında hızlı yanıt vermek gerekmektedir. Patlamaya hazır salgınlara müdahalenin gecikmesi, kontrolü sağlama şansını azaltmakta ve maliyetlerini artırmaktadır. Kanıta dayalı olarak, ister bireysel ister toplumsal seviyedeki müdahalelere doğru yatırım yapılabilmesi için kaynak gereklidir.

Sosyo-ekonomik gelişim programları, hem doğrudan hem de demografik yapılar ve sonuçları itibariyle davranışlar üzerine etki ederek dolaylı yoldan ters sağlık çıktılarına neden olabilirler. Bu nedenle ekonomik durumu geliştirecek politikaların sağlık etkilerinin incelenmesi de gerekir.

Biyomedikal (ör. gebeliğin önlenmesi, antibiyotikler) ve davranışsal (ör. kondomlar) müdahaleler için uygun bir hizmet sunum sistemi ve altyapısı gereklidir. Bunlar yalnızca sağlık hizmetleriyle sınırlı değildir, ayrıca medya, sosyal pazarlama, ticari pazarlar, okullar ve ibadet yerlerini de içerir.

Tedavi programları ve odaklı müdahaleler, kaynakları özel olarak üreme sağlığı sorununa ya da mikroorganizmaya ve ona bağlı gelişen epidemi fazına (çekirdek grupta sınırlandırılan veya geniş çapta yayılan) yönlendirirken, epideminin kontrolü için toplum farkındalığının ve bilgisinin yükseltilmesi gerekmektedir. Uygun müdahaleler bir kez hayata geçirildiği zaman, cinsel sağlık çıktılarını meydana getiren kalıpların ve sosyal belirleyicilerin değişime uğraması karşısında, bu müdahalelerin gelecek nesiller için uyarlanabilir ve sürdürülebilir olmasına da gereksinim vardır.

Kaynaklar

ACSF Iinvestigators (1992) AIDS and sexual behaviour in France. *Nature,* 360,407-9.

Adler, M.W. (1980) The terrible peril: a historical perspective on the venereal diseases. *British Medical Journal,* 281, 206-11.

Bajos, N., Wadsworth, J., Ducot, B., Johnson, A.M., Le Pont, E, Wellings, J., *et al.* (1995) Sexual behaviour and HIV epidemiology: comparative analysis between France and Britain. *AIDS,* **9**(7), 735-43.

Bonell, CP., Strange, V.J., Stephenson, J.M., Oakley, A.R., Copas, A.J., Forrest, S.P., *et al.* (2003) Effect of social exclusion on the risk of teenage pregnancy: development of hypotheses using baseline data from a randomised trial of sex education. *Journal of the Epidemiology of Community Health,* 57, 871-6.

Buve, A., CaraelM., Hayes R.J., *et al.* (2001) The multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: summary and conclusion. *AIDS,* 15 (Suppl. 4), S127-S131.

Carne, C.A., Weller, I.V.D., Johnson, A.M., *et al.* (1987) Prevalence of antibodies to human immunodeficiency virus, gonorrhoea rates and changing sexual behaviour in homosexual men in London. *Lancet,* 656-8.

Centers for Disease Control (2004) *http://www.cdc.gov/.*

Cleland, J. and Ferry, B. (1995) *Sexual behaviour and AIDS in the developing world.* Taylor Francis London.

Coleman, D.A. and Salt, J. (1992) *The British population patterns, trends and processes.* Oxford University Press, Oxford.

Copas, A.J., Wellings, K., Erens, B., Mercer, C, McManus, S., Fenton, K.A., *et al.* (2002) The accuracy of reported sensitive sexual behaviour in Britain: exploring the extent of change 1990-2000. *Sexually Tramitted Infections,* 358, 1851-4.

Darrow, W.W., Barrett, D., Jay, K., and Young, A. (1981) The gay report on sexually transmitted diseases. *American Journal of Public Health,* 71**(9),** 1004-11.

Department of Health Social Exclusion Unit (1999) *Teenage pregnancy.* ODPM Publications, Wetherby.

Dodds, J., Mercey, D.E., Parry, J.V., and Johnson, A.M. (2004) Increasing prevalence of male homosexual partnerships and practices in Britain 1990-2000: evidence from national probability surveys., *Sexually Transmitted Infections,* **80(3),** 236-40.

Elford, J., Bolding, G., and Sherr, L. (2001) Seeking sex on the Internet and sexual risk behaviour among gay men using London gyms. *AIDS,* 15,1409-15.

Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C.J.L., and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet,* **360,**1347-60.

Fenton, K.A., Johnson, A.M., McManus, S., and Erens, B. (2001) Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections, 77,* 84-92.

Fenton, K.A., Mercer, C.H., Johnson, A.M., Korovessis, C.J., McManus, S., **Erens, B., *et al.*** (2005a) Reported STD clinic attendance and sexually transmitted infections in Britain: prevalence, risk factors, and proportionate population burden. *Journal of Infectious Diseases,* **191,**5127-5138.

Fenton, K.A., Mercer, C.H., McManus, S., **Erens, B., Macdowall, W., Wellings, K., *et al.*** (2005fo) Sexual behaviour in Britain: ethnic variations in high-risk sexual behaviour and STI acquisition risk. *Lancet,* **365,**1246-55.

Gregson, S., **Nyamukapa, CA., Garnett, G.P., Mason, RR., Zhuwau, T., Carael, M., *et al.*** (2002) Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet,* **359,**1896-903.

Hooper, R.R., Reynolds, G.H., Jones, O.G., Zaidi, A., Wiesner, P.J., Latimer Lester, A., *et al.* (1978) Cohort study of venereal disease. I: the risk of gonorrhoea transmission from infected women to men. *American Journal of Epidemiology,* **108(2),** 136-44.

Hubert, M., Bajos, B., and Sandfort, T. (1998) *Sexual behaviour and HIV/AIDS in Europe.* UCL Press, London.

Johnson, A.M., Mercer, C.H., Erens, B., Copas, A.J., McManus, S., **Wellings, K.F.K.A., *et al.*** (2001) Sexual behaviour in Britain at the millennium: partnerships, practices and HIV risk behaviours. *Lancet,* **358,**1835-42.

Johnson, A.M., Wadsworth, J., Wellings, K., Bradshaw, S., **and Field, J.** (1992) Sexual lifestyles and HIV risk. *Nature,* **360,**410-12.

Johnson, A.M., Wadsworth, J., Wellings, K., and Field, J. (1994) *Sexual attitudes and lifestyles* Blackwell Scientific Press, Oxford.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., and Martin, C.E. (1948) *Sexual behaviour in the human male.* W.B. Saunders, Philadelphia.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, TJ., and Gebhard, C.H. (1953) *Sexual behaviour in thehuman female.* W.B. Saunders, Philadelphia.

Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., and Michaels, S. (1994) *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States.* The University of Chicago Press, Chicago and London.

Low, N., Daker-White, G., Barlow, D., and Pozniak, A.L. (1997) Gonorrhoea in inner London: results of a cross sectional study. *British Medical Journal,* **314(7096),** 1719-23.

Lurie, P., Hintzen, P., and Lowe, R.A. (1995) Socioeconomic obstacles to HIV prevention and treatment in developing countries: the roles of the International Monetary Fund and the World Bank. *AIDS,* **9(6),** 539-46.

Mabey, D. and Mayaud, P. (1997) Sexually transmitted diseases in mobile populations. *Genitourinary Medicine,* **73,**18-21.

Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W, McManus, S., ***et al.*** (2003) Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal,* **327,**426-7.

Michael, R.T., Wadsworth, J., Feinleib, J., Johnson, A.M., Laumann, E.O., and Wellings, K. (1998) Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. *American Journal of Public Health,* **88,** 749-54.

Mills, S., **Benjarattanaporn, P., Bennett, A., *et.al*** (1997) HIV risk behavioral surveillance in Bangkok, Thailand: sexual behavior trends among eight population groups. *AIDS,* ll(Supp 1), S43-S51.

Morison, L., Weiss, H.A., Buve, A., *et al.* (2001) Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. AIDS, **15**(Suppl 4), S61-S69.

Morris, M. (1993) Telling tails explain the discrepancy in sexual partner reports. *Nature,* **365,**437-40.

Moss, A.R., Osmond, D., **Bacchetti, P., *et al.*** (1987) Risk factors for AIDS and HIV seropositivity in homosexual men. *American Journal of Epidemiology,* **125,**1035-47.

Mulder, D., **Nunn, A., Kamali, A., and Kengeya-Kayondro, J.** (1995) Decreasing HIV-1 seropreva-lence in young adults in a rural Ugandan cohort. *British Medical Journal,* **311(7009),** 833-6.

Murphy, C, Charlett, A., Jordon, L., Osner, N., Gill, N., and Parry, J.V. (2004) HIV inci-

dence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS,* **18(2),** 265-72.

Office of National Statistics (2002) *Abortion statistics. Legal abortions carried out under the 1967 Abortion Act in England and Wales, 2001.* AB No 28.

Office of National Statistics (2004) *Average age at marriage and divorce.* Social trends 34. Omran, A.R. (1971) The epidemiologicition trans: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly,* **49,** 509-38.

Over, M. (1997) Societal determinants of urban HIV infection: an exploratory cross-country regression analysis. Background paper to 'Confronting AIDS', (World Bank 1997).

Pankhurst, C. (1913) *The great scourge and how to end it.* London. Public Health Laboratory Service, Communicable Disease Surveillance Centre (2002) *HW and AIDS in the UK in 2001.* London.

Quinn, T.C., Mann.J.M., Curran, J.W., and Piot, P. (1986) AIDS in Africa: an epidemiologic paradigm. *Science,* **234,** 955-63.

Rothenberg, R.B., Long, D.M., **Sterk, C.E., Pach, A., Potterat, J.J., Muth, S., *et al.*** (2000) The Atlanta Urban Network Study: a blueprint for endemic transmission. *AIDS,* **14,** 2191-200.

Sanger (1897) *The history of prostitution.* The Medical Publishing Company, New York.

Sittitrai, W., Phanuphak, P., Barry, J., and Brown, T. (1994) A survey of Thai sexual behaviour and risk of HIV infection. *International Journal ofSTD*—AIDS, **5,** 377.

Stopes, M.C. (1923) *Contraception. Its theory, history, and practice* John Bale Sons and Daniellson, London.

UNAIDS (2001) *Population mobility and AIDS.* Technical update, Geneva.

UNAIDS (2004) *UNAIDS 2004 report on the global AIDS epidemic.*

Ward, H., Day, S., Green, A., Cooper, K., and Weber, J. (2004) Dechning prevalence of STI in the London sex industry, 1985-2002. *Sexually Transmitted Infections,* in press.

Wellings, K., Field, J., **Wadsworth,** J., **lohnson, A.M., Anderson, R.M., and Bradshaw, S.A.** (1990) Sexual lifestyles under scrutiny. *Nature,* **348,** 276-8.

Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W, McManus, S., Erens, B., Mercer, C.H., *et al.* (2001) Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *Lancet,* **358,**1843-50.

Williams, B.G., Taljaard, D., **Campbell, CM., Gouws, E., Ndhlovu, L., van Dam, J., *et* al.** (2003) Changing patterns of knowledge, reported behaviour and sexually transmitted infections in a South African gold mining community. *AIDS,* **17,**2099-107.

Winkelstein, W., Lyman, D.M., **Padian, N., Grant, R., Samuel, M., Wiley, J.A., *et al.*** (1987) Sexual practices and risk of infection by the human immunodeficiency virus. *Journal of American AIDS,* **257,** 321-5.

World Bank (1997) *Confronting AIDS: public priorities in a global epidemic. World Bank Research Report 1997.* Oxford University Press for the World Bank, New York. Yorke, **J.**A. and Hethcote, H.W. (1978) Dynamics and control of the transmission of gonorrhea. *Sexually Transmitted Diseases,* **5(2),** 51-6.

16. Bölüm

BİZ VE BAŞKALARI – İYİ GÜNDE, KÖTÜ GÜNDE: SOSYAL SAVUNMASIZLIK VE EŞİTSİZLİK

Richard G. Wilkinson

16.1 Giriş

Bu bölüm kitaptaki diğer bölümlerden daha spekülatiftir. Bireysel psikososyal risk etkenleri ile yakın sosyal çevremiz, daha geniş sosyal yapılar ve modern toplumlara olan duyarlılığımız arasındaki bağlantıyı anlatabilmek için önceki bölümlerde değinilen bazı noktaları bir araya getirmeye çalışmaktadır. Hâlâ tahmini olmasına rağmen, ortaya çıkan resmin bütünü parçalarına kıyasla daha anlamlıdır. Bu resim, istatistik verilerinin ardındaki tutarlı bir gerçekliğe işaret etmektedir. Bu sayede, farklı bağlamlardaki insanların yaşamlarının kalite ve uzunluğunu nasıl geliştirebileceğimize dair çok sayıda faydalı çıkarım yapılabilir.

16.2 Psikososyal risk etkenleri

Bu kitapta belirtildiği üzere, sağlığın sosyal belirleyicileri anlayışımızda gerçekleşen en önemli değişikliklerden biri psikososyal risk etkenlerinin gücünün giderek farkına varılmasıdır. En önemli noktalar üç başlık altında toplanabilir: Sosyal statü (bu başlık altında kontrol sorunlarını da alıyorum), sosyal bağlantılar ve erken yaşamdaki stres.

16.2.1 Sosyal statü

Sosyal statü ile sağlık arasındaki ilişki sadece iyi ya da kötü maddi koşulların fiziksel etkileri ile sınırlı değildir. Bu bağlantı aynı zamanda sosyal hiyerarşideki konum, insanların üst veya baskın konumlarda olmaları ve alt veya tabi konumlarda olmaları, aynı zamanda damgalanma süreci ve hiyerarşide alta yakın olanların dışlanması ile alakalıdır. Gelişmiş toplumlarda gelir ve sağlık arasında kuvvetli bir ilişki olmasına rağmen, en zengin 25-30 ülke arasında, gayri safi milli hâsıla (bir ortalama yaşam standardı belirtisi) ile ölüm oranları arasında bir ilişki yoktur (Marmot ve Wilkinson 2001; Wilkinson 1997). Gelir ve sağlık arasında bulunan ilişkinin gelişmiş toplumlar *arasında* değil gelişmiş toplumlar *içinde* görülüyor olması gösterir ki, en zengin ülkelerde sağlık, sadece yaşam standartlarında görülen farklılıklar yerine sosyal konum ve nispi gelirin bir yansımasıdır.

Bu, maddi yaşam standartlarının önemsiz olduğu anlamına gelmemektedir; anlatılmak istenen, maddi yaşam koşullarının etkilerinin, bu koşulların sosyal konuma nasıl bağlandığı ile ilgili olduğudur. Maddi koşullar sosyal konum ile yakından ilgilidir çünkü, hayvanlar arasında olduğu gibi insanlar arasında da kıt olan kaynakların dağılımı güç farklılıklarına dayanmaktadır. Bu durum, karışıklığa meydan vermeyecek şekilde insan toplulukları içinde toplumsal konumlanmanın etkileriyle maddi refahın etkilerini birbirinden ayırabilecek çalışmalar tasarlamayı neredeyse imkansız kılmaktadır. Fakat primatlar üzerinde yapılan –sosyal statünün idare edildiği, düşük-yüksek statülü primatların aynı yiyeceği aldığı ve aynı bölümlerde yaşadığı– deneyler, sosyal konumun belirgin stres etkileri olduğunu göstermekle kalmamış, aynı zamanda bu etkilerin sosyal yapının doğasına duyarlı olduğunu da belirtmiştir (Shively ve Clarkson, 1994; Sapolsky 1999). Bu koşullar altında bazı babunlarda ve makaklarda görülen psikososyal risk etkenleri, 2. bölümde gördüğümüz gibi, insan topluluklarında görülen psikososyal risk etkenlerine dikkate değer biçimde benzerdir.

Kontrol

Sosyal statü sağlığı 6. bölümde söz edilen işin toplumsal örgütlenmesi veçhelerinin de dâhil olduğu çeşitli yollardan etkilemektedir. İnsanların kendi işleri üzerinde sahip oldukları kontrolün derecesi ve "çaba-ödül dengesizliği" iş yerindeki sosyal konum ile yakından ilgilidir. Eğer işiniz üzerinde kontrolünüz pek yoksa ne yapacağınız üst konumdaki biri tarafından genellikle size söyleniyordur, bu da sizin statünüzün aşağıda olduğunu gösterir. Gerçekten de kontrol eksikliğine genelde düşmanlık duyguları eşlik eder (Williams ve ark. 1997). Farklı durumlarda sahip olduğumuz kontrol miktarının sadece fiziksel koşulların bir yansımasını olduğunu sıklıkla düşünmemize rağmen, ne yapabileceğimizin üzerindeki doğal sınırlamalar (örneğin, uçamamamız veya duvarların içinden geçmememiz) bizim kontrol anlayışımıza göre sınırlamalar olarak görülmez. Gerginlik yaratan sınırlamalar kişisel otorite üzerindeki sınırlamalardır; bunlar, bizim başkalarına tabi olup olmadığımızı yansıtırlar. Muhtemelen bu yüzden, iş yerinde kontrol eksikliği, Whitehall araştırmasında görülen sağlıktaki sosyal gradyanın önemli bir kısmını açıklamaktadır: Aslında sosyal konumun püf noktasını verir.

16.2.2 Sosyal bağlantılar

Psikososyal risk etkenlerinin 2. grubunda sosyal bağlantılar ve aidiyet yer almaktadır. Sekizinci bölümde gördüğümüz gibi, neredeyse her türde sosyal bağlantının sağlık üzerinde koruyucu etkisi vardır. Yakın güvenilir ilişkiler, sosyal destek, arkadaşlık ağları ve daha geniş topluluk yaşamına katılım; bunların hep-

si yararlıdır. Bu bağlantıları onaylayacak şekilde, düşmanlık ve olumsuz duyguların da sağlık üzerinde zararlı etkileri olduğu gösterilmiştir (Stansfeld ve ark. 1997).

16.2.3 Erken yaşam

Psikososyal risk etkenlerinin sağlık üzerindeki etkilerinin üçüncü grubunda erken yaşamda meydana gelen etkiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde tartışıldığı gibi, bu etkiler yaşamı daha sonraki dönemlerde etkileyen doğum öncesi ve doğum sonrası etkenleri içermektedir. Örneğin, bebekken daha zayıf olan insanlar, yaşamlarının sonraki dönemlerinde kalp hastalıkları, diyabet ve felce yakalanmaya daha eğilimlidirler. Önceleri, düşük doğum kilosunun hamilelik döneminde yetersiz beslenmeyi yansıttığı düşünülmesine rağmen, görünen o ki, düşük doğum kilosu –en azından zengin ülkelerde– maternal stresin HPA[1] ekseninde gelişmekte olan fetüs üzerindeki etkisini yansıtmaktadır. Bu olasılık, zengin ülkelerde doğum kilosu ile annenin hamilelik süresince beslenmesi arasındaki ilişkiye dair ikna edici bir kanıt bulunamamasından başka (Mathews ve ark. 1999), aynı zamanda düşük doğum kilosuna sahip bebeklerin annelerinin stresli hamilelik süreçleri geçirdiğini gösteren çalışmalar ile de desteklenmiştir (Sable ve Wilkinson 2000). Ayrıca, deneysel kanıtlar göstermektedir ki, hamilelik süresince stres altında kalan hayvanlar daha küçük yavrular dünyaya getirmektedir. Türlü biyolojik mekanizmalar öne sürülmüş ve maternal ve fetusa ait kortizol seviyeleri arasında bağlantılar gözlemlenmiştir (Gitau ve ark. 1998; Teixeira ve ark. 1999). Ayrıca, doğum kilosu ile orta yaştaki bazal kortizol seviyesi arasında pozitif bir ilişki olduğu da gösterilmiştir (Phillips ve ark. 1998).

Üçüncü bölümün gösterdiği üzere, çocukluk döneminde görülen uyarım eksikliği ve stresin gelecekteki sağlığı tehlikeye attığına dair önemli kanıtlar vardır. Bu, belki de psikologların erken çocukluk deneyimlerinin kişilik gelişimi üzerindeki etkisi olarak bize anlattıklarının biyolojik boyutudur. Biyolojik mekanizmalar farklı olmasına rağmen, doğum öncesi ve doğum sonrası gelişim, kapsamlı bir erken duyarlılık döneminin parçası olarak görülebilir; strese verilen tepkiler bu dönem boyunca, önce hamilelik döneminde annenin bulunduğu ortamının, sonra da çocuğun kendi erken dönem deneyimlerinin stres derecesine göre ayarlanmaktadır. Yaşama stresli bir başlangıç yapmak koroner kalp hastalıkları, felç, diyabet, yüksek tansiyon ve santral obezite konusunda yüksek risk taşımak ile ilişkili görünmektedir. Ayrıca bu durum yavaş büyüme ve yukarı doğru toplumsal hareketlilik şansının azalması ile de ilişkili görünmektedir.

---

[1] Hipotalamik-Pituiter-Adrenal. (ç.n.)

16.3 Sosyal savunmasızlık

Psikososyal risk etkenlerinin bu üç grubunun (sosyal statü, arkadaşlık ve erken yaşam deneyimi) toplumun sağlığı üzerinde büyük etkisi vardır, çünkü maruziyet sıklığını, rölatif riskteki büyük farklılıklarla birleştirmektedirler. Morbidite ve mortalite hızı yoksullarda ya da toplumsal olarak izole olanlarda, varsıllardan ya da güçlü toplumsal bağları bulunanlardan bir, iki, üç, hatta dört kat yüksek olabilir. Meslek yüzünden toksik maddelere maruziyetin ölüm oranını aynı derecede arttırdığı bulunmuş olsa da, bu durum toplum sağlığı üzerinde belirgin bir etki yapmamaktadır, çünkü genellikle toplumun çok küçük bir kesimi bu durumdan etkilenmektedir. Toplumun çok daha büyük kesimleri düşük sosyal statü, zayıf sosyal ilişkiler ve erken dönemde stres tehlikesine maruz kalmaktadır.

İkinci bölümde gördüğümüz gibi, psikososyal risk etkenleri uzun süreli veya sık tekrarlanan stres dönemlerine yol açarak sağlığı etkilerler. Strese gösterilen fizyolojik tepkiler ve bunların kardiyovasküler sistem ve bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri de ikinci bölümde anlatılmıştır. Vücut bir tehlike ya da acil durumu karşılamak için kas etkinliğine hazırlanırken, ortaya çıkan durumla başa çıkmaya katkısı olmayan diğer vücut işlevlerinin düzeyleri düşer gibi görünmektedir. Doku bakım ve onarımı, üreme işlevleri, büyüme, sindirim ve stresin bir saatten fazla sürmesi halinde bağışıklık, bu süreçlere dâhildir. Sonuç olarak, uzun süre yüksek stres altında yaşamanın bizi çeşitli hastalıklara karşı savunmasız kıldığı ortadadır.

16.3.1 Biz ve ötekiler

Varlıklı ülkelerde toplumun sağlığını etkileyen psikososyal etkenlerin en önemlileri arasında sosyal statü, sosyal ilişkiler ve erken yaşam dönemindeki deneyimlerin yer aldığı ve bunların kronik stres kaynakları olmaları yüzünden sağlığı etkiledikleri doğruysa, epidemiyoloji, bu etkenlerin modern toplumlarda görülen stresin en önemli kaynağı olduğunu kesinlikle göstermektedir. Bu, önemli bir noktadır. Ödenememiş borçlar ve işsizlik de önemli stres kaynakları arasında yer alır, ancak toplum sağlığı üzerindeki etkileri daha azdır, çünkü çoğu toplumda bunlardan etkilenen insan sayısı daha azdır.

Burada üç gruba ayırdığımız psikososyal risk etkenlerilerinin birbirleri ile ilişkili olduğunu ileri sürmek, muhtemelen abartılı bir yorum olmayacaktır. Yoğun sosyal risk etkenleri olmanın yanı sıra, bu etkenler başkalarının bizi sevdiğine veya bize değer verdiğine dair şüphelerimiz ve güvensizliklerimizle yakından ilişkilidir. Bağlanma eksikliğinden veya çocukluk döneminde yaşanılan zorluklardan kaynaklanan güvensizlikler, düşük sosyal statü ile ilişkilendirilen güvensizliklere benzerdir. Görünen o ki, biri diğerinin etkilerini şiddetlendirebilmektedir. Bu du-

rum sadece bazı veriler tarafından değil, kişisel deneyimle de kanıtlanmıştır. Bertrand Russell'ın yaptığı bir alıntıda Beatrice Webb şunu söylemektedir: "Eğer insanlarla dolu bir odaya girerken çekingelik hissedersem kendime şunu söylerim: Sen dünyadaki en parlak ulusların, en parlak sınıflarının, en parlak ailelerinin, en parlak üyelerinden birisin. Niye korkmalısın ki?". Dezavantajlı sosyal çevre ve geçmişe sahip birisi aynı odaya girerken şüphesiz ki, düşük sosyal statüsünün endişelerini arttırdığını hissedecek ve statüsünün insanlar tarafından bilinmemesini tercih edecektir.

Arkadaşlık da bu çerçeveye kolayca oturmaktadır. Arkadaşlarınızın yanındayken kendinizi iyi hissedersiniz, çünkü onlar sizi severler; sizi ilginç, çekici bulurlar ve iyi bir arkadaş olarak görürler; size olumlu geri bildirim verirler ve kendinizi daha güvenli ve değerli hissetmenizi sağlarlar. Aksine, arkadaşsız olmak veya dışlanmış hissetmek nasıl görüldüğümüze dair hissettiğimiz şüphelerimizi ve kaygılarımızı arttırır.

Düşünümsel (reflexive) varlıklar olarak başkalarının bize nasıl tepki verdiklerini sürekli gözlemleriz, bir dereceye kadar kendimizi başkaları üzerinden biliriz. Sevilip sevilmediğimize, ilginç, çekici, zeki veya sıkıcı, itici olarak görülüp görülmediğimize dair endişelerimizden kimse habersiz değildir. Başkalarıyla olan ilişkilerimizde hissettiğimiz güvenlik hissini etkilemenin yanı sıra, düşük sosyal statü, arkadaş eksikliği veya erken yaşamda zorluk yaşamanın hepsinin, yüksek bazal kortizol düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Eğer gerçekten sosyal epidemiyolojinin bize anlattığı bu ise, pek çok önemli sosyoloğun sosyal çevremize olan duyarlılığımızın temeli olarak tanımladığı ile uyumludur. Bizi sosyal olarak biçimlendirilebilir kılan ve sosyalizasyon ile uyumluluğun temelini sağlayan, başkalarına nasıl göründüğümüzün önemi ile utanç ve mahcubiyet kapasitemizdir. Bu, davranışımızın toplumsal dünyanın dış etkilerine duyarlı oluşunu sağlayan kapı olmakla beraber, toplumun bizi sıkıntıya sokacak şekilde sağlığımızı etkilemesinin yoludur da. Başkalarının bakışlarına bu kadar duyarlı olduğumuz için gurur ve utanç, kabul edilme ve ret, sosyal içerilme ve dışlanma, stres üzerinde bu kadar etkili olmaktadır.

Yakın zamanlarda manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemiyle yapılan bir deney, sosyal dışlanmanın ne kadar itici olduğunu göstermiştir. Sosyal dışlanmanın verdiği acının beyinde uyardığı bölümün –anterior singulat korteks ve sağ ventral prefrontal korteks– fiziksel acının uyardığı bölümle aynı olduğu bulunmuştur (Lieberman 2003). Gerçek sosyal dışlanmanın, yoksulluk nedeniyle damgalanma veya küçümsenme deneyiminin verdiği acının etkilerine bakmak yerine, çok hafif bir dışlanma deneyiminin benzerini yaratmak için bir bilgisayar oyunu kullanılmıştır. İnsanlardan kendileri dışındaki iki oyuncunun uzakta (görünmedikleri) başka terminalleri kullandıklarını sandıkları "yakala" oyununu oy-

namaları istenmiştir. Bilgisayar kısa bir süre sonra diğer iki "sanal" oyuncunun, deneğe pas vermeyi kesip kendi aralarında paslaşmaya başlamaları şeklinde programlamıştır. Yani deney, MR taramasında fiziksel acı gibi gözüken deneyimin aslında, hiç tanışmadığınız iki insanın size pas vermek yerine kendi aralarında oynamayı tercih ettiklerine sizi inandıran bir bilgisayar programından başka bir şey ifade etmediğinin bulunmasıyla sonuçlanmıştır.

16.4 Daha genel anlamda toplum

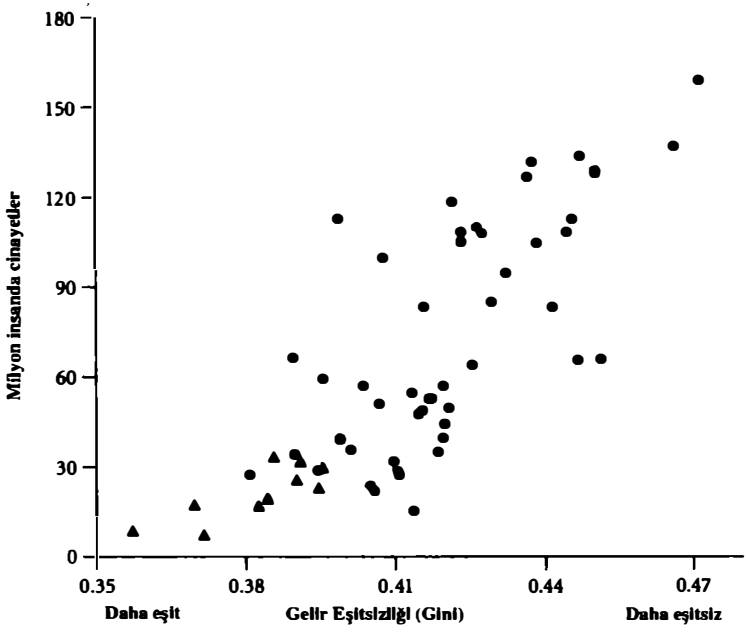
Sosyal çevremize olan kırılganlığımızın doğasına dair bu görüşle beraber, şimdi dikkatimizi bizi şu ya da bu şekilde kırılgan kılan daha genel anlamıyla toplumsal özelliklere yöneltebiliriz. Hemen hemen her sosyal probleme bireysel veya sosyal bir bakış açısıyla bakılabilir. Örneğin, neden bazı insanların işsiz kaldıklarına, uyuşturucu kullandıklarına veya şiddete başvurduklarına dair açıklamalar getirebiliriz. Açıklamanın en azından bir kısmını insanların çocukluklarının erken dönemine, aile yaşantılarına veya okul geçmişlerine dayandırabiliriz. Ancak örneğin, neden bir toplumda %2 oranında işsizlik varken bir diğerinde %20 oranında işsizlik olduğunu anlamak istiyorsak, ekonomik sistemin işleyişine bakmak zorundayız. Elbette, en kırılgan olanlar her zaman işsiz %2 veya %20'lik kısmın içinde olacaktır; aynı bir ülkenin trafik kazası oranının o ülkenin yolları, düzenlemeleri ve hava durumu tarafından belirlense de, genç erkeklerin her zaman trafik kazalarından daha çok pay aldığını bildiğimiz gibi.

16.4.1 Eşitsizlik ve sosyal çevre

Bir toplumdaki eşitsizlik derecesinin hem toplumsal statü farklarının etkilerini, hem de toplumsal ilişkilerin doğasını –şu ana kadar tartıştığımız sağlık üzerindeki üç psikososyal etki kategorisinin ikisi– etkilediğini düşündürtecek gerekçeler mevcuttur. Eşitsizliklerin derecesinin sosyal statü farklılıklarını nasıl etkilediği açıktır: Büyük gelir farklılıkları görece yoksunluk ve görece yoksulluk artışıyla neredeyse eş anlamlıdır. Gelir farklılıkları arttıkça düşük gelirli insanlar kendilerini toplumun daha da gerisinde kalmış gibi hissedeceklerdir.

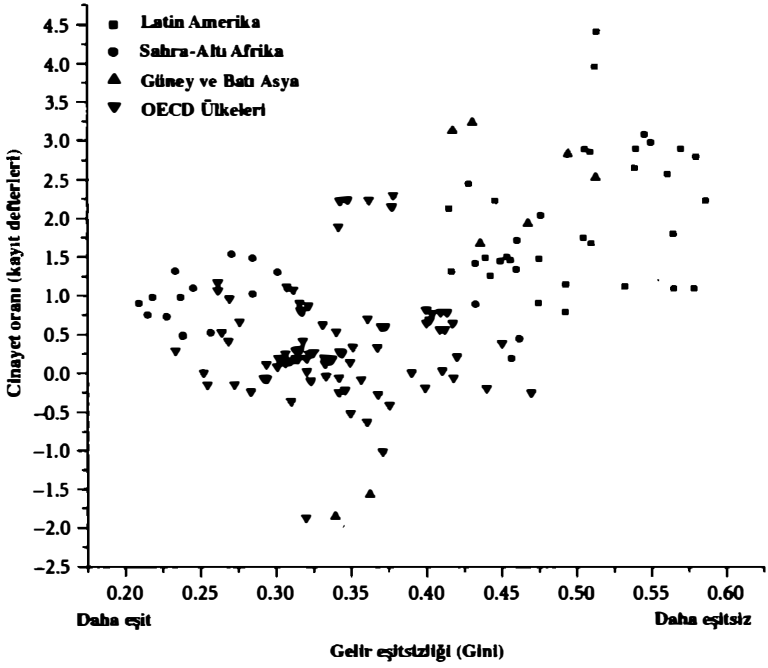
Sosyal bağlantılar konusuna gelirsek, varsıl ve yoksul arasındaki büyük gelir farklılıklarının sosyal olarak yıpratıcı olduğunu iddia eden pek çok kanıt vardır. İlk olarak, çok sayıda çalışma –en azından 30, bir meta-analiz de dâhil (Hsiegh ve Pugh 1993)– şiddetin eşitsiz toplumlarda daha fazla olduğunu göstermiştir. Şekil 16.1 ve 16.2 bu ilişkinin örnekleridir. İkinci olarak, güven düzeyleri hakkında uluslararası (Uslaner 2002) ve Amerika Birleşik Devletleri'nin 50 eyaletinde (Kawachi ve ark. 1997) yapılan çalışmalar, gelir farklılıkları arttıkça insanların birbirlerine daha az güven duyma eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur.

Üçüncü olarak, Putnam'ın sosyal sermaye hakkında yaptığı çalışma, insanların gelir farklılıkları azaldıkça topluluk yaşamına daha çok dâhil olma eğiliminde olduklarını belirtmiştir (Putnam ve ark. 1993; Putnam 2000). Putnam'ın İtalya'da 20 bölge ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 50 eyalette yaptığı araştırma, gelir farklılıklarının az olduğu yerlerde topluluk yaşamına katılımın daha fazla olduğunu göstermiştir. Bu güçlü kesitsel ilişkiler yanında, Putnam yirminci yüzyılda sosyal sermayenin eşitsizlikle ters yönde hareket etmesi nedeniyle, şaşırtıcı şekilde benzerlik gösteren zamansal eğilimlere de dikkat çekmiştir. Putnam, yüzyılın ilk üçte ikilik diliminde, gelir eşitsizliklerinin azaldığını ve sosyal sermayenin güçlendiğini belirtmektedir. Fakat 1960'ların sonlarında gelir eşitsizliği ve sosyal sermaye arasındaki bu ilişki yön değiştirmiş ve Putnam'ın deyişiyle "Amerika bu gidişi tersine çevirmiş, ekonomik olarak daha adaletsiz, sosyal ve politik olarak da daha kopuk olmaya başlamıştır" (Putnam 2000, s.359).



Şekil 16.1 ABD eyaletleri (yuvarlaklar) ve Kanada idari bölümlerinde (üçgenler) gelir eşitsizlikleriyle ilişkili cinayet oranları.

Kaynak: Daly ve ark. 2001.



Şekil 16.2 Cinayet ve gelir eşitsizliği arasındaki uluslararası ilişki. Gelir eşitsizliklerinin daha fazla olduğu ülkelerde cinayet oranları daha yüksektir (sağda gösterilmiştir). Bu tür ilişkiler pekçok kere ispatlanmıştır.

Kaynak: Fajnzylber ve ark. 2002.

Bu bulguların bize anlatıyor göründüğü şey, eşitsizliğin sosyal olarak ayrıştırıcı olduğudur. Bir anlamda, bir toplumdaki maddi eşitsizliklerin derecesi o toplumdaki sosyal mesafenin bir göstergesidir ve sosyal hiyerarşi veya sınıfın önemine işaret etmektedir. İnsanların arkadaşlarını kendilerine denk olandan seçme eğiliminde olmaları, eşitsizliğin önemli bir sosyal engel olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sosyal hiyerarşinin altı ve üstü arasındaki etkileşimin doğası, eşitler arasındaki etkileşimden farklıdır. Hâkimiyet ve tabi kılma, astlık ve üstlük, saygı ve saygısızlık ile ilgili sorunlar dikey ilişkilerde daha çok görülmektedir ve daha eşitsiz toplumlarda daha fazla belirginleşebilirler.

16.4.2 Eşitsizlik ve sağlık

Eğer gelir eşitsizliği sağlık üzerinde etkili en güçlü etkenlerin birkaçıyla gerçekten yakından ilişkiliyse, sağlık ve eşitsizliğin ilişkili olması, beklenen bir durumdur. Hem toplum içi hem toplumlar arası yapılan çalışmaların büyük bir çoğunluğu durumun böyle olduğunu göstermiştir. Yakın zamanda yaptığımız –cinayet ve eşitsizlik hakkında çalışmalar da içeren– bir literatür taramasında, 155 makalede 169 ayrı analiz bulduk (Wilkinson ve Pickett, baskıda). Yazarların uy-

gun gördükleri kontrol değişkenlerini de taramamıza dâhil ettikten sonra, bu analizlerin 132'sinde eşitsizlik artışı ve sağlığın kötüleşmesi arasında belirgin ilişkiler bulduk. Sadece sekiz analiz ters yönde bir ilişki kurmuş, diğer analizler bu ikisi arasında herhangi yönde belirgin bir ilişki bulmamıştır. Ancak kanıtların büyük bölümünün daha eşitlikçi toplumların daha iyi sağlık ve yaşam standartlarına sahip olma eğiliminde olduğunu göstermesine rağmen, bazıları bu sonuçtan etkilenmemekte ve "gelir eşitsizliğinin toplum sağlığının temel belirleyicilerinden olduğu fikrini destekleyen genellenebilir çok az kanıt olduğuna" inanmaktadır (Lynch ve ark. 2004, s.4).

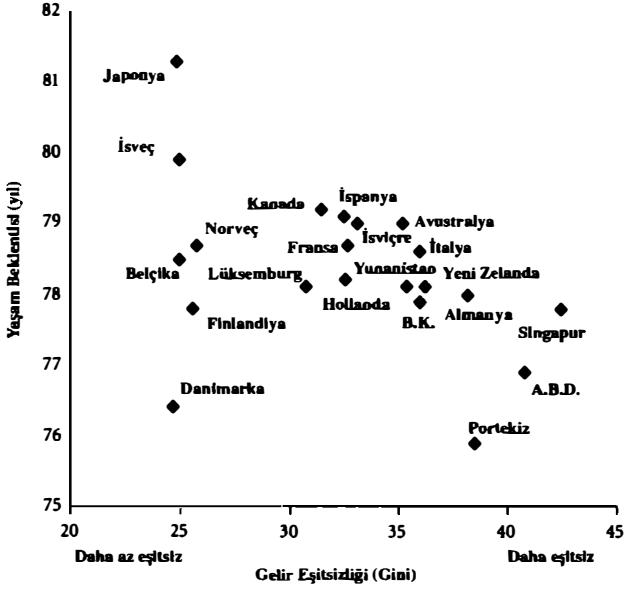
Eşitsizliğin rolü konusundaki anlaşmazlığın büyük kısmı, eşitsizliği sağlığa bağlayan akla yatkın mekanizmaların hangileri olduğu ve hangi diğer etkilerin dışsal ve kontrol dışı bırakılması gerektiği sorularına dayanır. Bir benzetme yapacak olursak; eğer herhangi bir toplumun ne kadar eşitsiz ve hiyerarşik olduğuna değil de ekonomik büyümenin etkilerine bakıyor olsaydık, ekonomik büyümenin kendisinin bir veçhesi olan bir şeyi –gelir, otomobil veya diğer dayanıklı tüketici mallarına sahip olma, beslenme, merkezi ısıtma, sanayide çalışan nüfus oranının tarımda çalışanlara oranı, ev büyüklüğü, şehirleşme, nüfus yoğunluğu veya eğitim gibi– kontrol etmek bir hata olacaktı. Eğer onları kontrol etseydik, ekonomik büyümenin bazı etkilerini gözden kaçırmış olacaktık. Sosyal hiyerarşi ile ve onun göstergesi durumundaki eşitsizlikle olan sorun, toplumsal tabakalaşmanın bir toplumun niteliklerini belirleme gücü bakımından ekonomik kalkınmadan hemen sonra gelmesidir. Etkileri daha az anlaşılır olsa da muhtemelen toplumsal sınıf tarafından örüntülenmiş herşeyi içerecek şekilde, tüm toplumsal yapıyı ve toplumsal davranışların büyük bölümünü ilgilendirdiği açıktır. De Tocqueville, meşhur kitabı *Amerika'da Demokrasi*'yi tam da bu noktayla başlatmayı seçer. Açılış paragrafları şunlardır:

> Amerika Birleşik Devletleri'ne olan ziyaretim sırasında hiçbir şey beni koşulların eşitliğinden daha fazla etkilemedi. Bu temel olgunun toplumun işleyişi üzerindeki büyük etkisini kolaylıkla fark ettim. Halkın zihnine ve yasalara belirli bir yön vermekte, yönetenlere yeni ilkeler ve yönetilenlere belirli adetler kazandırmaktadır.
>
> Çok kısa zamanda fark ettim ki, bu olgu etkisini politik geleneklerin ve yasaların ötesine yaymaktadır; bu olgunun hakimiyeti sivil toplumun ve hükümetin de ötesine ulaşmaktadır: Görüşler yaratmakta, duygular meydana getirmekte ve kendi üretmediği her şeyi dönüşüme uğratmaktadır.
>
> Böylece, Amerikan toplumunu inceledikçe, her tekil olgunun kendisinden kaynaklandığı bu üretici olguya, koşulların eşitliğine daha fazla tanık oldum. Ve tüm gözlemlerimin beni tekrar tekrar bu olguya yönlendirdiğini gördüm. (s.1)

Gelir eşitsizliğinin toplumdaki sınıfsal farklılıkların bir göstergesi olarak sağlıkla dolaylı olarak ilişkili olmasına rağmen, araştırmacılar bu eşitsizliğin sağlık üzerindeki doğrudan etkilerini tespit etmeye ve bunu yaparken de, belli değişik-

liklerle şunları dikkate almaya çalıştılar: Yoksulluk, kişisel gelir, tıbbi bakım sağlanmasındaki farklılıklar, sosyal yardım aktarımları, kadınların işgücüne katılımı, okuryazarlık, alkol tüketimi, eğitim düzeyindeki farklılıklar, medeni durum, sigara içme-içmeme durumu, hanehalkı büyüklüğü, ırksal farklılıklar, şehirleşme, toplumsal ayrımlar, işsizlik, bölgesel yoksunluklar, obezite, sosyal sermaye, nüfus yoğunluğu, diyet, suç oranı, fiziksel etkinlikler ve kan basıncı. Bunların bir kısmı gayet meşru olsa da bir kısmı daha çok yol gösterici ya da aracı değişkenler. Eğer bizim amacımız, sağlık üzerinde etkisi olan daha büyük sınıfsal eşitsizlikleri düşünmekse, bu sınıfsal eşitsizliklerin derecesini yansıtacak etkenleri dikkate almak meşru bir yöntem değildir.

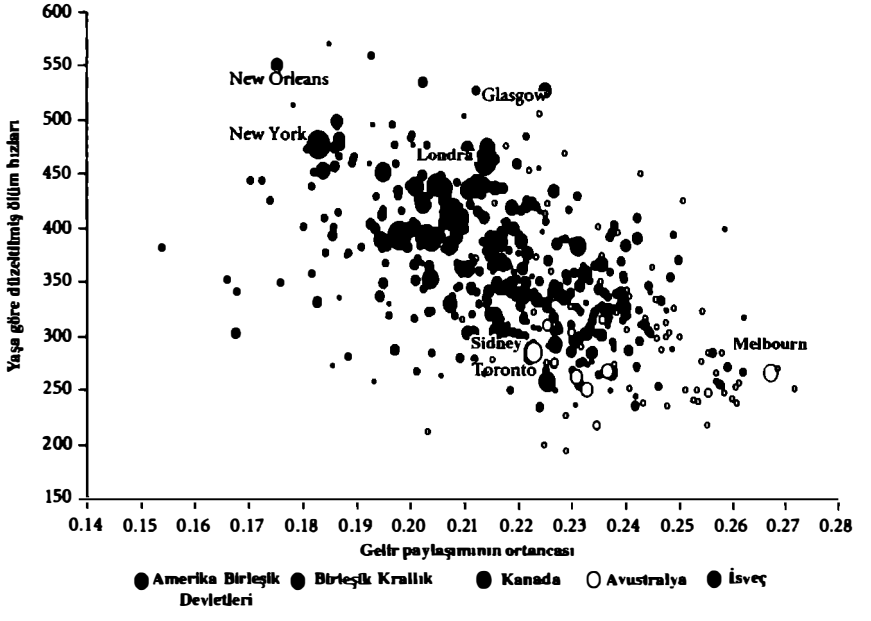
Ulusal sınıf hiyerarşisi içinde gelir eşitsizliğinin sınıfsal ayrımlar için bir ölçek olması görüşü, bozuk sağlığın eşitsizliklerle ilgisi olduğunu gösteren, daha geniş alanlarda –bütün ülkeler, bölgeler, eyaletler ve şehirler– yapılan çalışmaların %80'i tarafından destekleniyor. Buna karşılık, daha küçük alanlardaki (örneğin, kazalar, ilçeler, mahalleler) eşitsizlik çalışmalarının sadece yarısı aynı desteği gösteriyor. Daha küçük alanlardaki çalışmalarda bağlantının daha zayıf olması eğilimi, cinayet ve eşitsizlikle ilgili çalışmaların meta-analizinde de benzer şekilde kaydediliyor (Hsieh ve Pugh 1993).



Şekil 16.3 En zengin 21 ülkede ortalama yaşam süresi ve gelir dağılımı. Gelir dağılımı ve ortalama yaşam süresi arasındaki ilişki, zengin ülkelerdeki eşitsizliğin ani değişimlerle kötüye gitmesi sonrasında tekrar belirgin olarak ortaya çıktı. Daha eşitsiz ülkelerin (sağda) daha düşük ortalama yaşam süresine sahip oldukları eğilimi mevcut. Kişi başı GSMH ve nüfus büyüklüğü göz önüne alındığında, bağıntı katsayısı r = - 0,86.

Kaynak: De Vogli ve ark. 2005.

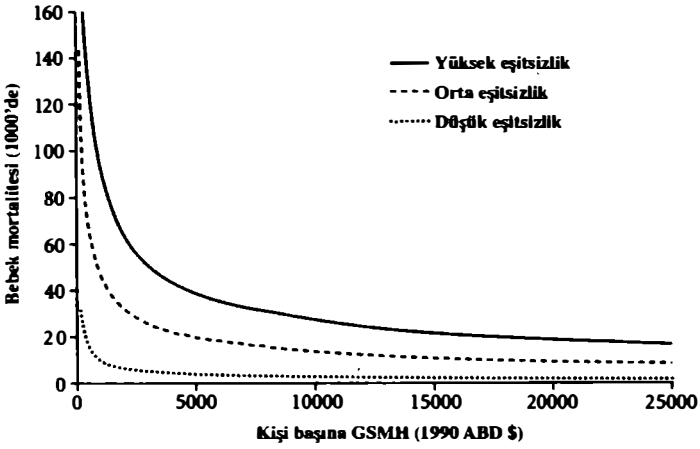
Şekil 16.3, 16.4 ve 16.5, sağlıkla eşitsizlik arasındaki ilişki açısından farklı göstergelere işaret ediyor. Şekil 16.3, en zengin ve gelişmiş ülkelerdeki eşitsizlikle ortalama yaşam süresi arasındaki uluslararası ilişkiye dikkat çekiyor. Şekil 16.4, beş farklı zengin ülkedeki; ABD, Avustralya, Kanada, İsveç ve Britanya, 528 şehrin bilgisini gösteriyor. Bütün şehirlerde, eşitsizlikle ölüm hızları arasında bariz bir ilişki olmasına rağmen, her ülkeye ayrı ayrı baktığımızda, sadece ABD ve Britanya'daki şehirlerde eşitsizliğin hüküm sürdüğünü görüyoruz. Diğer ülkelerdeki şehirler genel dağılıma tam olarak otursa da eşitsizlik Avustralya veya İsveç'teki şehirlerde, birinin diğerinden daha sağlıklı olmasının nedenleri hakkında birşey söylemiyor. Bu tespitlerin pek çok olası açıklaması olabilir. Örneğin, bu ülkelerde sosyal sınıflar ulusal referans sistemlerinde yerel referans sistemlerinde olduğundan daha dışlayıcı betimleniyor olabilirler. Bu nedenle de yerel eşitsizliklerden daha çok, ulusal düzeydeki eşitsizlikler sorun oluyor olabilir. Bir başka olası neden, ABD'de ve Britanya'da, diğer ülkelere kıyasla eşitsizliğin daha çok olması olabilir.



Şekil 16.4 Gelir paylaşımının ortancası (sayısal veri dizilerinin orta noktası) Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Kanada, Avustralya, İsveç. Beş ülkedeki 528 şehirde çalışma yaşındaki erkekler arasında gelir eşitsizliği ile ölüm hızları Grafik gelir farklılıklarının daha az olduğu şehirlerde ölüm hızlarının da daha düşük olduğunu gösteriyor. Burada kullanılan gelir dağılımı ölçeği, nüfusun en yoksul yarısına giden gelirin, toplumun gelirine oranıdır. Daha eşit şehirler sağ taraftadır. Dağılımın en eşitsiz olduğu yer New Orleans, tam karşıtı ise çok daha düşük ölüm hızıyla Melbourne.

Kaynak: Ross ve ark. 2005.

Son olarak, bu grafik eşitsizliğin nasıl ölçüldüğünü yansıtabilir. İlk izlenimler ters yönde olsa da (Ross ve ark. 2000) eğer eşitsizlikler piyasa gelirleriyle ölçülürse –bu demek oluyor ki, ödenen vergiler ve sağlanan kârları düzenlemeden önceki gelirler– Kanada'daki şehirler de sağlık eşitsizlikten bir hayli etkilenmiştir.



Şekil 16.5 Ulusal bebek ölüm hızlarının kişi başına düşen GSMH ve gelir dağılımı ile ilişkisi. Şekil zengin ve yoksul ülkelerden elde edilmiş bilgilere dayanıyor. Bebek ölüm hızlarının yoksul ülkeler zenginleştikçe ne kadar hızlı bir şekilde düştüğünü ortaya koyuyor. Ama zenginleşmeye devam ettikçe bu hızın düşüşünün ne kadar yavaşladığına dikkat çekiyor. En üst eğri, daha eşitsiz ülkelerin daha yüksek bebek ölüm hızlarına sahip olduğu eğilimini gösteriyor.
Kaynak: Hales ve ark. 1999.

Son olarak Şekil 16.5, eşitsizliğin etkilerinin ekonomik gelişmenin büyük resmine nasıl oturduğunu gösteriyor. Bu tablo, zengin ve yoksul ülkelerdeki bebek ölüm hızlarını gösteriyor: Üç paralel eğri yüksek, orta ve düşük eşitsizliğe sahip ülkelerdeki bebek ölüm hızlarını gösteriyor. Çok yoksul ülkeler zenginleştikçe bebek ölüm hızlarının hızla düştüğünü görebiliyoruz. Fakat, ülkeler zenginleştikçe bebek ölüm hızı düşüşlerindeki değişim de azalıyor. Gelirin yükselmesine karşılık olarak, ölüm hızının düşmesi arasında keskin bir şekilde azalan yanıtlılık bulunmaktadır. Buna karşılık eşitsizlik, ekonomik gelişmenin her aşamasında önemli değişikliklere yol açmakta gibi görünmektedir.

Tam bu noktada, daha önce kanıtlarının özetini gördüğümüz, gelir eşitsizlikleri arttıkça sosyal ilişkilerin zayıfladığı teziyle bitirebiliriz. Belirtmek gerekir ki, düşük sosyal statü problemleri büyüyen eşitsizliklerle artıyor ve bize başlangıç noktamızdaki sağlık üzerinde etkisi olan üç önemli psikososyal etkeni hatırlatıyor. Bu bölümdeki yazılanların hepsine birlikte bakıldığında, bu etkenlerin, üzerine pek çok şey yazılmış olan sağlık ve eşitsizliğin boyutları arasındaki ilişki konusunda bizi yönlendirmesi beklenmekte. Ancak sorunun geneline bakıldığında bundan çok daha ilgi çekici boyutları mevcuttur.

16.5 Neden sosyal statü ve arkadaşlık bağı?

Sosyal statü ve arkadaşlık bağı kavramlarıyla ilgili konular, çifte eylemlilik yaratıyor gibi görünmektedir: Değişik durumlarda birbirlerine zıt iki kavram gibi ortaya çıkmaktadırlar. Bu bölümün başında, bu kavramları her birimizin sağlığını etkileyen iki önemli psikososyal etken olarak görmüştük. Daha sonra bunları birbirlerini ters orantılı etkileyen iki toplumsal değişken olarak incelemiştik. Şöyle ki; sosyal statü farklılıkları daha fazla olduğunda sosyal ilişkilerin kalitesinde azalma olmakta idi. Arkadaşlarımızı sosyal eşitlerimiz arasından seçtiğimizi belirtmiştik. Neden bu iki kavram hem bireysel sağlığı etkileyen risk etkenleri hem de toplumda birbirlerini ters orantılı etkileyen iki etken gibi gözüküyor?

İnsanlar, bu sorunun cevabını iki zıt yönle ilişkilendirebilirler gibi duruyor. Kişiler arasındaki sosyal tabakalaşma, hayvanlar arasındaki egemenlik hiyerarşileri ve var olan hiyerarşiler arasındaki ortak olan özellik, hepsinin kısıtlı kaynaklara öncelikli erişim kazanmak için iktidar kullanımına dayanmasıdır. Kaynaklara erişim hısımlık, akrabalık dışında, başkalarının ihtiyaçlarını gözetmeksizin iktidar ve zor kullanmaya dayanır. En aşırı noktasında, iktidar her zaman haklıdır ve en güçlü olan aslan payını alır. Buna karşılık, arkadaşlık neredeyse bunun zıttıdır. Arkadaşlık, paylaşma, mütekabiliyet ve diğerinin ihtiyaçlarını tanıma ile ortaya çıkar. Hediyeler ve yemek paylaşma arkadaşlığın en güçlü sembollerindendir, çünkü bunlar mütekabiliyetin ve kısıtlı kaynaklar için rekabeti reddetmenin göstergeleridir.

Özünde, sosyal tabakalaşma ve arkadaşlık insanların iki zıt yol olarak ilişkilendirebileceği kavramlar gibi gözüküyor. Ya kaynaklar için mücadele ediyoruz ve güçlü olan kazanıyor ya da bunları yapmamak konusunda anlaşıyoruz. O zaman, özellikle yüksek yaşam standartlarının nüfusun çoğunun temel ihtiyaçlardan yoksun olmadığı anlamına geldiği modern toplumlarda, neden sosyal statü ve arkadaşlık görünür bir şekilde sağlık üzerindeki iki psikososyal etken olarak resmediliyor? Neden bu iki zıt ilişki stres ve kaygı düzeylerinde bu kadar güçlü etkenler?

16.5.1 Türlerarası rekabet...veya işbirliği

Kendi insan-öncesi atalarımız da dâhil olmak üzere, pek çok hayvan türü arasındaki kaynaklar için yapılan potansiyel rekabet diğer türlerden kaynaklanmaz, kendi türünün üyeleri arasında gerçekleşir. Aynı türün üyelerinin aynı ihtiyaçları mevcuttur ve birbirlerinin refahına en büyük tehdidi oluştururlar. Yani, düşük statülü bir babunun bulup kullanabileceği herşey; bir lokma yemek veya yatabileceği gölgelik bir yer, hiyerarşide kendisinden daha yüksek statülü bir babundan alınabilir –ve genellikle alınır.

Bölgesellik (territoriality) gibi çeşitli sistemler aynı türün üyeleri arasındaki çatışmaların tehlikesini azaltmak için geliştirilmiştir. İnsanlar olarak bizim sadece yemek için değil, kıyafet, meslek, eş, barınma ve diğer herşey için birbirimizle rekabet etme potansiyelimiz vardır. Ancak, birbirimizin en kötü rakibi olma potansiyelimizin yanında, birbirimizin en iyi işbirliği, destek, bakım, yardım, öğrenme ve sevgi kaynağı olma potansiyelimiz de vardır. Bir başka deyişle, ilişkilerimizin doğası diğer insanların kalbimizi tekletecek en kötü tehditler mi, yoksa bizi güvende ve rahat hissettirecek en iyi yardım kaynakları mı olacaklarını belirlemektedir. Diğerlerinin en iyi ya da en kötü olabilecekleri yüzünden, sosyal ilişkilerimizin doğru olup olmayacağı iyiliğimiz açısından hayati rol oynamaktadırlar.

17. yüzyılda yazarken, Thomas Hobbes (1651) kısıtlı kaynaklara erişim için "herkesin herkesle rekabet" halinde olması tehlikesini politik felsefesinin temel dayanağı olarak sunmuştu. Bu çatışma ortamından sakınmanın tek yolunun barışı sağlayacak bir devlet olduğunu düşünüyordu. Devletin var olmadığı toplumun erken safhalarında, insanlar "doğal durum"da yaşarken, yaşamın "kötü, vahşi ve kısa" olduğunu varsayıyordu. Ancak şimdi biz biliyoruz ki, tarih öncesi avcı-toplayıcı toplumlarda çatışma tehlikesini azaltmak için yemek paylaşımı ve hediye değişimi yöntemleri kullanılmaktaydı. Sahlins'in belirttiği gibi (1974), potansiyel çatışma tehlikesine karşılık insanlar ilişkileri iyi tutmak için birbirlerine pek çok yatırım yapmaktaydı. Sonuç olarak, bu toplumlar yüksek düzeyde eşitlikçiydi: Birilerinin temel ihtiyaçları yokken, diğerlerinin fazlasına sahip olması içkin tehlikesinden sakındılar.

Düşük sosyal statünün, kaynaklara erişim için çıkabilecek potansiyel çatışmadan neden bu kadar kaçındığına dair üç neden öne sürülüyor. Birincisi, hayvanlar arasındaki güç hiyerarşilerinde düşük statülü eril hayvanların daha az çiftleşme fırsatı vardır: İktidar sahibi eril hayvanlar, dişileri kısıtlı bir kaynak olarak tekelleri altına almayı denerler. İkinci olarak, yemek ve diğer ihtiyaçlar kısıtlı olduğunda, düşük statülü hayvanlar bunun sonuçlarından ilk etkilenecek ve ilk önce mahrum kalacak olanlardır. Üçüncüsü, düşük statülü hayvanlar güçlü hayvanlara boyun eğmez ya da meydan okumaktan kaçınmazlarsa saldırıya uğrama riskiyle karşı karşıya kalırlar.

16.5.2 Sosyal stratejiler ve erken yaşam

Sosyal ilişkiler, karşıtlıklar ve hasımlıktan, yakınlık ve şefkate kadar giden bir ölçeği içerir. Eşitsizlik, hasımlık bazlı egemenlik hiyerarşilerini çağrıştırırken; eşitlik, daha fazla yakınlık içeren ilişkiler üzerine inşa edilir. Biri sosyal gerginlik, kaygı ve gardını almakla özdeşleşirken, diğeri rahatlama, karşılıklı destek ve güven ile özdeşleşmektedir. Yakınlık ve egemenlik ilişkileri için farklı sosyal stratejilerimiz vardır. Yakın ilişkiler, insanlara sosyal anlamda emek vermeyi,

empatiyi, karşılıklı yardımı, karşılıklılığı ve şefkat kapasitesini içerir. Buna karşılık, egemenlik hiyerarşileriyle başa çıkabilme stratejileri, sosyal kademe için rekabeti, üstlerine itaat göstermeyi ve dalkavukluk etmeyi, sosyal önyargıyı ve statüsü düşük olanlara züppelik taslamayı içerir. Bunları yaparken de zorla üste çıkanları savunmak için aşağılayıcı sözler ve zaman zaman da saldırı kullanılır.

Bu iki sosyal strateji arasında dengenin nerede kurulacağı türden türe de aynı tür içerisinde de zamanla, bolluk ve kıtlık dönemleri gelip geçtikçe değişir. Bize neredeyse eşit şekilde yakın olan şempanze ve bonobolar, bu bakımdan bir hayli farklıdır. Bonobolar şempanzelerden çok daha eşitlikçi ve çok daha az hiyerarşiktir (de Waal ve Lanting 1997). İnsani sosyal örgütlenme gösteriyor ki, insanların bu iki, üç sosyal örgütlenme arasındaki her iki uca ve arasındakilere kapasitesi vardır. Tarımdan önce (ki bu dönem "anatomik olarak modern" insanların varlığının % 90'ından fazlasına tekabül ediyor) kanıtlar insanların gayet eşitlikçi toplumlarda yaşadıklarını gösteriyor (Erdal ve Whiten 1996; Boehm 1999). Fakat yakın geçmişimizdeki tarımcılığımıza bakarsak, az ya da çok hiyerarşik ve bazen de tiran toplumlarda yaşadığımız görülür. İnsanların, yakınlığa dayalı davranışsal stratejiler ve saldırganlık, ürkeklik ve korkunun karışımına dayalı derecelendirme sistemlerine uygun stratejilerden kendi sosyal repertuvarlarına uygun bir denge yakalayacakları kolayca söylenebilir. Ancak, Kemper'in da belirttiği gibi, "iktidar-bazlı statülerin sonuçlarının ve duyguların, nörofizyolojik ve otonomik sistemlere sıkı şekilde bağlı olması önemlidir" (Kemper 1988, s.308). Eğer insanlar ve insan-öncesi ataları arasında sosyal örgütlenme şekilleri bu derece farklıysa, bu duruma nasıl gelindi? Nörofizyoloji, sosyal ilişkileri ve davranışların bu kadar farklı çeşitlerini nasıl böyle düzenleyebildi?

Bu durumda, HPA ekseninin ve stres tepkilerinin "ayarlandığı" veya "programlandığı" erken duyarlılık dönemi, erken deneyimler doğrultusunda sosyal davranışlardaki hormonal etkilerin ayarlanmasına imkan veriyor gibi görünmektedir. Peki erken deneyimlerin neden sağlığa ve davranışlara yaşam boyu süren etki eden sonuçları olmalı? Modern toplumlarda insanlar zayıf sevgi bağı ile yetişmiş çocukları, daha iç dayanıklılık tepkileri ve yakın etkileşimi olan, neredeyse kalıcı hasarlı çocuklar olarak düşünseler de onların stres tepkilerinin daha az yakınlık ve daha fazla çatışma üzerine kurulu sosyal ilişkilere göre hazırlandığı rahatlıkla düşünülebilir. Modern çekirdek ailelerdeki erken sosyal deneyim, toplumun genelinde sosyal yaşamın doğası ile ilgili etkisiz bir rehber olabilirken, göçebe, avcı ve toplayıcı küçük gruplarda çocuklar, çekirdek ailede olduğu gibi toplumun geri kalanından keskin çizgilerle ayrılmış şekilde büyütülmezdi. Yemek arayan gruplardaki sosyal ilişkilerle erken karşılaşma, deneyim ve bakımın kalitesi, çocukların olgunlaştıklarında başa çıkmak zorunda kalacakları sosyal ilişkiler için daha iyi bir rehber olabilir.

16.6 Özgürlük, eşitlik ve kardeşlik

Önceki bölümlerdeki düşüncelerin bir kısmını da biraraya getirirsek, bireysel incinebilirliğimizin sosyal çevremizde nasıl resmedildiğine dair fikirler ileri sürdük ve bu resmi, toplum sağlığının daha geniş sosyal yapı ve çevreye nasıl duyarlı olduğunu açıklamak için kullandık (bütün bu konuların daha ayrıntılı tartışması başka yerde bulunabilir; bkz. Wilkinson 2005). Ama daha da önemli olan bu resmin yeni ortaya çıkmamış olması. Bu daha çok insanların sezgisel bir şekilde bildikleri şeylerin hatırlatılması. Fransız İhtilali'nde kalabalıklar "özgürlük, eşitlik ve kardeşlik" talep etmişlerdi. Özgürlükten kasıt, toprak sahibi aristokrasi ve feodal soylulara boyun eğmek değildi. Özgürlük talebi kimseye tabi olmama, aslında özerklik talebi idi. Sağlığa bir hayli zarar veren düşük sosyal statü, itaat ve kontrol kaybı problemleri ve bunun arasındaki bağlantı gayet açık.

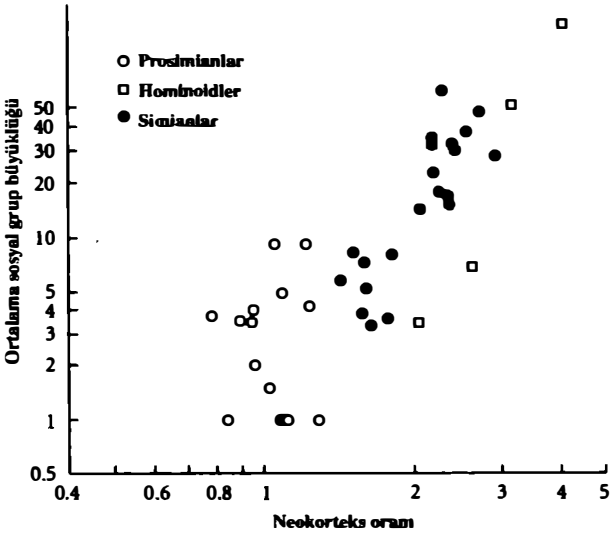
Toplumsal cinsiyet açısından daha tarafsız kavramlarla konuşmak gerekirse, kardeşlik açıkça arkadaşlıkla, daha yakın sosyal ilişkilerle ve toplumsal yaşamla ilgilidir. Daha iyi sağlık koşullarına yol açacak, daha sosyal toplumlara yönelik özlemi dile getirir. Eşitlik, bu resimde diğer iki sorunun çözümü için önkoşuldur: Daha büyük sosyo-ekonomik eşitsizlikler, düşük sosyal statüye, aşağı hissetmeye ve itaat etmeye zorlanmaya bağlı daha büyük problemlere neden olacaktır; daha büyük eşitsizlikler, sosyal ilişkilerin kalitesini düşürecek ve bu da şiddetin artması, güvenin ve toplumsal yaşama katılımın azalmasıyla sonuçlanacaktır.

Gelişmiş ülkelerdeki ekonomik büyümenin, bu ülkelerdeki nüfusun kıtlık sorununu aşmış bir döneme geçmesini sağlamış olması ile birlikte, sosyal ilişkilerin insan refahına etkisinin öneminin anlaşılması daha da yaygınlaşmıştır (Layard 2003; Putnam 2000). Fakat ilginçtir ki, eşitsizliklerin sosyal olarak yozlaştırıcı etkileri daha önce birçok insan için sezgisel olarak açıkken, şimdi araştırma ile parçaların biraraya getirilmesi gerekmektedir.

Toplum sağlığının son dönemlerdeki belirleyecilerini anlamaya çalışırken kaydedilen gelişmelerden anlaşılıyor ki, vurucu olan sadece sağlık üzerinde psikososyal etkenlerin öneminin anlaşılması değil, aynı zamanda stresin en etkili kaynağının ne kadar yoğun bir şekilde sosyallikle ilişkili olduğudur. Kardiyovasküler reaktivite bakımından stresin sosyal ve sosyal olmayan kaynaklarını karşılaştırdığı makalesinde Lassner ve ark.'nın (1994) belirttiği gibi, "duygusal refahın üzerindeki tetikleyici ve devamlı etkiler bakımdan en fazla stres kaynağı olan olaylar, diğer insanlarla yaşanan gerginlikler ve çatışmalar olarak gözüküyor" (s. 69).

Belki de, sosyal ilişkilerin niye bu kadar önemli olduğunu anlamak için elimizdeki en önemli işaret, sosyal çevrenin insanın evriminde ne kadar etkili bir seçme gücü olduğunu anlamak. Dunbar'ın da gösterdiği gibi (2001), primatlar arasında, her türün sosyal grubun tipik büyüklüğü ve beynin geri kalanının neokorteks büyüklüğüne oranı arasında güçlü bir ilişki vardır. Şekil 16.6' da göste-

rildiği gibi, primat türünün tipik büyüklüğü arttıkça, neokorteks oranı genişler. Bu da gösteriyor ki, insan beyninin büyümesinin çoğu, insanın sosyal yaşamın karmaşıklığıyla baş edebilme becerisi kazanmasına yöneliktir. Fakat, görüldüğü gibi, arkadaşlık ya da egemenlik mücadelesi arasındaki fark, kısıtlı kaynaklara erişim konusundaki sorunlarla başa çıkma yöntemleri arasındaki tezatlıktan kaynaklanıyor. Hatırlamak gerekir ki, modern toplumlarda sosyal ilişkilerin kalitesi maddi temeller üzerine inşa edilmiştir.



Şekil. 16.6 Sosyal beyin: Neokorteksin büyüklüğünün beynin geri kalanının büyüklüğüne oranı, primat türleri arasındaki sosyal grubun ortalama büyüklüğü ile ilişkilidir.
Kaynak: Dunbar 2001.

Kaynaklar

Boehm C (1999). *Hierarchy in the forest: the evolution of egalitarian behaviour*. Harvard University Press.

Daly M, Wilson M, Vasdev S (2001). Income inequality and homicide rates in Canada and the United States. *Canadian Journal of Criminology;* **43**:219-36.

De Vogli R, Mistry R, Gnesotto R, Cornia GA (2005). Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? *Journal of Epidemiology and Community Health;* **59**:158-62.

De Waal FBM, Lanting F (1997). *Bonobo: the forgotten ape*. University of California Press, Berkeley.

Dunbar RIM (2001). Brains on two legs: group size and the evolution of intelligence. In: *Tree of origin: what primate behavior can tell us about human social evolution* (ed. Frans B.M. de Waal). Harvard University Press.

Erdal D, Whiten A (1996). Egalitarianism and Machiavellian intelligence in human evolu-

tion. In: *Modelling the early human mind* (ed. P. Mellars, K. Gibson). McDonald Institute Monographs, pp. 139-60. Cambridge University Press.

Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N (2002). Inequality and violent crime. *Journal of Law and Economics;* **45**(1):1-40.

Gitau R, Cameron A, Fisk NM, Glover V (1998). Fetal exposure to maternal Cortisol. *Lancet,* **352**:707-8.

Hales S, Howden-Chapman P, Salmond C, Woodward A, Mackenbach J (1999). *Lancet,* **354**:2047.

Hobbes T (1651/1996) *Leviathan* (ed. Richard Tuck.) Cambridge University Press, Cambridge.

Hsieh CC, Pugh MD (1993). Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review,* **18**:182-202.

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health;* **87**:1491-8.

Lassner JB, Matthews KA, Stoney CM (1994). Are cardiovascular reactors to asocial stress also reactors to social stress? *Journal of Personality and Social Psychology;* **66**(1):69-77.

Layard R (2005). *Happiness.* Allen Lane, York.

Marmot M, Wilkinson RG (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal;* **322**:1233-6.

Mathews F,Yudkin P, Neil A (1999). Influence of maternal nutrition on outcome of pregnancy: prospective cohort study. *British Medical Journal;* **319**:339-43.

Phillips DIW, Barker DJP, Fall CHD, Seckl JR, Whorwood CB, Wood PJ, *et al.* (1998). Elevated plasma Cortisol concentrations: a link between low birth weight and the insulin resistance syndrome? *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism;* **83(3)**:757-60.

Putnam RD (2000). *Bowling alone: collapse and revival of American community.* Simon and Schuster, New York.

Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY (1993). *Making democracy work: civic traditions in modern Italy.* Princeton University Press, Princeton.

Ross N, Dorling D, Dunn JR, Hendricksson G, Glover J, Lynch J (2005). Metropolitan income inequality and working age mortality: a five country analysis using comparable data. Journal of Urban Health; **82(1)**:101-10.

Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW. (2000). Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *British Medical Journal;* **320**:898-902.

Russell B (1956). *Portraits from memory, and other essays.* Allen 8c Unwin, London.

Sable MR, Wilkinson DS. (2000). Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Family Planning Perspectives;* **32(6)**:288-94.

Sahlins M (1974). *Stone age economics.* Tavistock, London.

Sapolsky RM (1999). Hormonal correlates of personality and social contexts: from nonhuman to human primates. In: *Hormones, health, and behavior: a socio-ecological and lifespan perspective* (ed. C. Panter-Brick, CM. Worthman). Cambridge University Press, New York.

Shively CA, Clarkson TB (1994). Social status and coronary artery atherosclerosis in female monkeys. *Arteriosclerosis and Thrombosis;* **14**:721-6.

Stansfeld SA, Rael EGS, Head J, Shipley M, Marmot M (1997). Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine;* **27**:35-48.

Teixeira JMA, FiskNM, Glover V (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *British Medical Journal;* **318**:153-7.

Uslaner E (2002). *The moral foundations of trust.* Cambridge University Press.

Wilkinson RG (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal;* **314**:591-5.

Wilkinson RG (2005). *The impact of inequality: how to make sick societies healthier.* New Press, New York.

Wilkinson RG, Pickett KE (in press). Income inequality and health: a review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine.*

Williams RB, Barefoot JC, Blumenthal JA, *et al.* (1997). Psychosocial correlation of job strain in a sample of working women. *Archives of General Psychiatry;* **54(6)**:543-8.

İndeks

AIDS: 15, 53, 55, 56, 59, 60, 62, 184, 239, 365, 371, 375, 376, 378, 382, 383, 384
Alkol tüketimi: 46, 57, 201, 220, 231, 237, 238, 242, 257, 347, 398
Astım: 160, 161, 231, 354
Ateroskleroz: 29, 120, 134, 136, 179, 182
Babunlar: 39, 40, 390
Bebek Mortalitesi: 39, 58, 59, 283
Bernard, Claude: 26
Besin hedefi: 202
Beslenme biçimi: 46, 89, 121, 200, 201, 203, 204, 208, 209, 211, 212, 213, 216, 219, 222, 223
Biyoçeşitlilik: 213
Biyolojik olabilirlik: 18, 19, 351
Biyolojik programlanma: 45, 46
Boyd Orr kohortu: 77, 78, 79, 87, 88, 89, 90
Cinsel davranış: 13, 15, 362, 363, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 373, 375, 376, 378, 379, 382, 383, 384, 385
Cinsel sağlık: 362, 365, 366, 368, 370, 373, 376, 377, 379, 380, 382, 384, 385
Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar: 13, 362, 366
Cushing sendromu: 25
Çalışma geçmişi: 105
Depresyon: 25, 31, 36, 40, 41, 50, 51, 52, 53, 102, 103, 107, 122, 156, 159, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 193, 194, 238, 295, 311
Doğum ağırlığı: 37, 46, 49, 59, 61, 62, 74, 75, 76, 77, 194, 291
Doğum kontrolü: 57
Doymamış yağ: 203, 216
Doymuş yağ: 15, 200, 205, 211, 215, 216, 217, 222
Dünya Sağlık Günü: 156
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ): 13, 155, 156, 158, 170, 201
Emek piyasası: 98, 99, 102, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 113, 322
EMPIRIC: 188, 198
Emzirme: 221, 222
ENRICHD: 183, 195
Erken yaşam: 21, 37, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 173, 232, 313, 328, 389, 391, 392, 393, 402
Eşitlik: 54, 189, 376, 397, 402, 403, 404
Etnik Azınlıklar: 226, 242, 243, 245, 284, 288, 289, 293, 294
Gıda eşitsizliği: 206
Gıda güvenliği: 209, 213, 220, 221
Hava kirliliği: 46, 73, 77, 78, 79, 160, 161, 162, 214, 237, 346, 347

HIV: 15, 53, 55, 56, 59, 60, 62, 156, 194, 197, 239, 247, 362, 365, 366, 367, 368, 369, 371, 372, 373, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388
HEARTS: 170
Hobbes, Thomas: 402, 406
İlaç bağımlılığı: 248
İleri yaş: 13, 61, 83, 305, 306, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 315, 317, 319, 321, 323, 324, 327, 328
İntihar: 50, 51, 106, 181, 184, 230, 238, 344, 248, 295
İstihdam: 54, 74, 105, 106, 107, 108, 109, 113, 124, 125, 127, 143, 146, 237, 250, 289, 307, 347, 352, 364
İş yasaları: 57
İşsizlik: 16, 17, 52, 54, 75, 76, 82, 83, 95, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 164, 194, 210, 229, 230, 232, 233, 234, 239, 240, 242, 243, 246, 247, 280, 341, 352, 392, 394, 398
JACE: 129
Kanser: 14, 28, 29, 46, 86, 87, 92, 146, 181, 184, 200, 201, 203, 209, 213, 232, 244, 262, 269, 314, 324, 347
Kas iskelet hastalıkları: 130
Kinsey, Alfred: 373, 387
Kolesterol: 14, 15, 25, 32, 34, 36, 39, 41, 46, 85, 86, 120, 121, 158, 200, 201, 222, 290, 314
Koroner kalp hastalığı: 14, 21, 29, 35, 40, 46, 81, 86, 119, 120, 122, 128, 130, 136, 139, 141, 181, 182, 189, 202, 203, 290, 291, 314, 341, 391
Koroner risk etkenleri: 32, 128
Kortizol: 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 34, 35, 36, 37, 39, 141, 144, 178, 179, 391, 393
Kronik hastalık: 18, 24, 26, 77, 82, 90, 91, 154, 180, 182, 184, 194, 201, 311, 319, 324, 329
Kyoto sözleşmesi: 38, 155
Lind, James: 16
Manyetik rezonans görüntüleme: 141, 393
Mesleksel sınıf: 227, 230, 306, 307, 308, 309, 321, 327
Mide kanseri: 29, 86, 87, 92, 314
Miyokard infarktüsü: 27, 129, 142, 181, 182, 183, 194
Mortalite: 14, 15, 35, 39, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 90, 100, 101, 106, 108, 109, 120, 121, 122, 127, 129, 136, 179, 180, 181, 183, 184, 188, 226, 227, 228, 229, 233, 234, 25, 236, 237, 238, 242, 243, 244, 246, 249, 250, 262, 290, 283, 305, 306, 309, 312, 313, 314, 315, 317, 320, 323, 324, 327, 339, 341, 343, 345, 352, 353, 356, 363, 366, 371, 377, 378, 382, 384, 392
Mülteciler: 226, 242, 243, 244, 250
Neokorteks büyüklüğü: 404
Nikotin bağımlılığı: 265, 268
Toplum sağlığı: 21, 22, 37, 384, 392, 397, 404
Obezite: 15, 33, 48, 54, 55, 61, 158, 200, 201, 203, 209, 214, 215, 218, 314, 344, 391, 398
Osteoporoz: 159
Özelleştirme: 108
Pankhurst, Christabel: 380, 381
Pıhtılaşma: 28, 29, 30, 33, 120, 136
Psikojenik cücelik: 32
Psikososyal koşullar: 89, 90

Psikososyal risk etkenleri: 389, 390, 391, 392
Sağlık belirleyicisi: 352
Sağlık davranışı: 257, 258, 323, 324
Sağlıklı beslenme: 89, 207, 210, 212, 221, 267
Seks endüstrisi: 371, 380, 381
Seks işçiliği: 380, 381
Serotonin: 31
SHEEP: 129, 148, 151, 332
Sifiliz (frengi): 236, 367, 370, 380
Snow, John: 16
Sitokinler: 29, 30, 31, 136
Sosyal belirleyiciler: 16, 316
Sosyal destek: 54, 92, 125, 128, 130, 136, 140, 187, 295, 318, 319, 320, 328, 390
Sosyal dışlanma: 352, 393
Sosyal gradyan: 14, 15, 72, 73, 120, 327, 390
Sosyal kalıplanma: 32
Sosyal konum: 14, 22, 40, 72, 77, 85, 92, 128, 244, 307, 309, 311, 317, 318, 319, 323, 324, 328, 347, 389, 390
Sosyal savunmasızlık: 392
Sosyal sınıf: 48, 52, 55, 57, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 86, 88, 90, 91, 120, 208, 209, 215, 221, 222, 227, 229, 235, 236, 239, 241, 242, 243, 244, 259, 262, 263, 306, 309, 314, 315, 317, 341, 342, 344, 379, 399
Sürdürülebilir kalkınma: 155
Süt ürünleri: 211, 216, 217, 218
Şeker alımı: 203
Şiddet: 15, 50, 86, 182, 183, 189, 192, 212, 226, 249, 257, 279, 280, 294, 341, 3620, 366, 381, 391, 394, 404
Testosteron: 130
Toplumsal destek: 159, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195
Trafik gürültüsü: 160
Trafik kazaları: 154, 156, 163, 394
Vitamin teorisi: 105
Vücut-kütle endeksi (VKE): 48, 85, 86, 135
Whitehall çalışmaları: 14, 18, 36, 127, 136
Yaşam beklentisi: 13, 18, 35, 58, 59, 120, 227, 234, 236, 305, 306, 326, 377, 378, 382
Yaşam seyri: 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 125, 283, 291, 292, 296, 313, 316
Yoksulluk: 14, 15, 45, 46, 53, 56, 57, 87, 102, 206, 210, 226, 228, 231, 232, 233, 235, 236, 238, 239, 244, 247, 250, 257, 260, 263, 265, 266, 267, 278, 279, 281, 287, 289, 311, 321, 347, 352, 378, 380, 382, 383, 393, 394, 398
Yoksunluk: 15, 16, 87, 90, 226, 229, 230, 231, 232, 234, 237, 239, 240, 247, 257, 258, 259, 260, 263, 264, 265, 266, 267, 281, 341, 342, 347, 348, 355, 356, 394, 398
Yüksek kan basıncı: 41, 108, 120, 121, 200, 201, 203, 209, 347, 362
Yüksek tansiyon: 88, 391
Zyban: 268

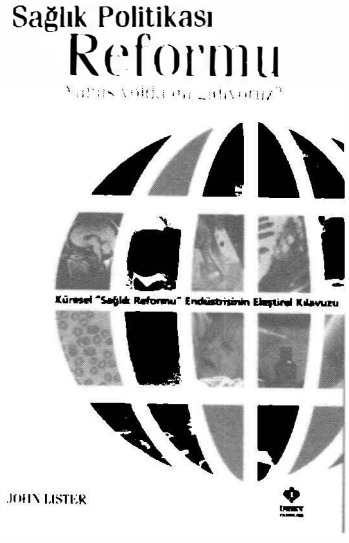
SAĞLIK POLİTİKASI REFORMU
Yanlış yolda mı gidiyoruz?
JOHN LISTER

İnsev Yayınları'nın ilk kitabı olan Dr. John Lister'ın Sağlık Politikası Reformu, Türkiye'deki sağlık politikalarını, küresel bağlamda anlamlandırmamıza, diğer ülkelerdeki sağlık reformu pratiklerini ve sonuçlarını değerlendirebilmemize imkan tanıyacak kapsamlı bir çalışmadır. Yazar, 1980'lerin başından itibaren Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi küresel aktörler tarafından teşfik edilen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde birbiri ardına uygulanmaya başlanan 'sağlık reformları'nın 'küresel bir endüstri' haline geldiğini iddia ediyor. Kitapta, uygulanmakta olan reformların başarı ve başarısızlığını sınamak amacıyla, gelişmiş ve gelişmekte olan toplam kırk iki ülkenin 'sağlık refomları' analiz ediliyor.

John Lister, 'piyasa-tarzı' sağlık reformlarının, ekonomik gereksiniminden çok, ideolojik inançla yürütüldüğünü ve bu tür reformların, vaat ettikleri ilerlemeleri gerçekleştirememelerine rağmen çoğaldığını savunuyor. Yazar verdiği örneklerle, reformların, hizmetlerin iyileştirilmesi, hizmetlere erişimdeki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gibi amaçlarla değil, piyasa ve aktörler tarafından yönlendirilen, temelde gereksiz tıbbi teknoloji, ilaç ve kâr oranını yükseltmeyi amaç edinen bir dizi araç ve politikalarla uygulanmakta olduğunu ortaya koyuyor.

Küresel sağlık reformu endüstrisinin eleştirel bir kılavuzu olan bu kitap hiç şüphesiz, Türkiye'de de uygulanmakta olan sağlık politikalarının yeniden değerlendirilmesine ve sağlık reformlarının uygulandığı küresel içeriğin yeniden düşünülmesine katkı sağlamaktadır.

İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı
Söğütlüçeşme Cad. Siftah Sok. Siftah Apt. No: 11-1 Kadıköy-İstanbul
Telefon: 0216 449 44 25
www.insev.org.tr



Sağlığın belirleyicileri olarak sosyo-ekonomik etkenlerin gücünün anlaşılması, ilk olarak sağlıkta eşitsizlikler üzerine yapılan araştırmalar sayesinde gerçekleşmiştir. Böylece, yalnızca basit olarak bireysel davranışlar ya da risk maruziyeti açısından değil, aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik yapısının, o toplumun sağlığını nasıl şekillendirdiğinden söz eden bir sağlık anlayışı ortaya çıkmıştır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri'nin yeni baskısı, bu alandaki en yeni araştırmaları ele almakta, etnisite ve sağlık, cinsel davranışlar, yaşlılar, barınma ve mahalleler üzerine ek bölümler içermektedir. Kitap, her bir alanın tanınmış uzmanları tarafından, öğrencilerin ve epidemiyoloji bilgisi olmayanların da anlayabileceği şekilde teknik olmayan bir dille yazılmıştır. Bu kitap, DSÖ'nün Katı Gerçekler adındaki el kitabı olarak bilinen, sağlığın sosyal belirleyicileri girişiminin dayandığı kanıtları sunmaktadır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, bu alandaki araştırma derlemelerinin en kapsamlısı, en sarsıcısı ve en saygınıdır ve modern toplumların iyilik haliyle ilgilenen herkes için mutlaka gereklidir. Halk sağlıkçıları, sağlığın geliştirilmesi üzerine uzman olanlar ve kamu politikalarında birçok alanda çalışanlar bu kitapta bahsedilen konulara ilgi duyacaktır.
Önceki baskının yorumlarından:

"Anlaşılır bir şekilde düzenlenmiş olması ve özlü anlatımıyla bu kitap, sağlığın belirleyicileriyle ilgilenen herkes için uygun bir eserdir ... Marmot ve Wilkinson, olgunlaşmakta olan sağlık ve sağlık politikaları araştırmalarına, iyi bir zamanlamayla katkıda bulunmuşlardır."

Social Science and Medicine

"Harika ... ampirik kanıtlara ve bunların çıkarımlarına dair geniş bir derleme."

Chronic Diseases in Canada

İNSEV YAYINLARI
www.insev.org.tr