

ÇEVİRİ

1973 - 93 EKONOMİK DEĞİŞİM SÜRECİNDE SOSYOEKONOMİK DURUM, İŞ VE SAĞLIK İLİŞKİSİ*

Mel BARTLEY, Charlie OWEN

GİRİŞ

1979 -86 yılları arasında İngiltere'deki işsiz sayısı 1 milyondan 3 milyona ulaşmıştı. Resmi verilere göre bu yükseliş 1986 yılında en yüksek seviyesine ulaştı (1). 1986 - 89 arasında işsiz sayısı azalarak 1.6 milyona geriledi ve 1990'lı yıllarda tekrar artmaya başladı. Bununla beraber, işsizlikteki düşme ile birlikte, çalışan sayılarında paralel bir artış olmadı. Aynı dönemde, yetiyitimi sonucu ekonomik olarak inaktif olanlarda ya da hastalık nedeniyle çalışmayan sayılarında hızlı bir artış gözlemlendi (2). Ancak bu bulgular mortalite - morbidite gibi toplum sağlığı göstergelerine yansımada (3,4). 1980'li yıllarda işsizlik artarken, etkileri orantısız olarak el emeği ile çalışanlar üzerine oldu (5). Bu çalışmada, değişik sosyoekonomik grupların 1973-93 yılları arasında tam zamanlı çalışma, işsizlik, kalıcı hastalık ya da erken emeklilik nedeniyle ekonomik durumlarındaki değişimleri incelendi ve sınırlayıcı uzun süreli hastalıkla ilişkisi karşılaştırıldı.

ÖRNEKLER VE YÖNTEM

Hane Halkı Belirleme Çalışması İngiltere'de 1971 yılında Sayım ve İzlem Merkezi (şimdiki adı Ulusal İstatistik Merkezi) tarafından başlatıldı ve yıllık olarak yapılmaktadır. Çalışmanın örnekleminin azaltılmasına rağmen 1988 yılında yaklaşık 25,000 kişinin oturduğu 10,000 hane incelendi. Çalışma hakkındaki ayrıntılı bilgi yıllık raporlarla, Dale ve ark çalışmalarında sunulmaktadır (6). 1973 yılından sonra toplanan veriler ikincil çalışmalar için elverişlidir.

Sosyoekonomik durum:

İngiltere nüfus genel sekreterliği sosyoekonomik grup sınıflamasında düzenleme yaparak kullandık. Bu

* * British Medical Journal 1996; 313:445-9

Çeviri: Arş.Gör.Dr.Yücel Demiral, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

sınıflamada bulunan 15 sosyal sınıf bulunmaktadır. Bu sınıfları birleştirerek 4 sosyal sınıf elde edildi.

Grup 1: profesyoneller ve yönetim çalışanları (özgün sınıflamada 1'den 4'e kadar ve 13. grup)

Grup 2: Ara kademe ve el emeği ile çalışmayan beyaz yakalılar (5,6. gruplar)

Grup 3: Beceri gerektiren mavi yakalılar ve formen (8,9,12 ve 14. gruplar)

Grup 4: Hizmetli, yarı beceri gerektiren ve beceri gerektirmeyen işler (7,10,11,15. gruplar)

Sağlık durumu:

İzleme katılan kişilere (1977 ve 78 yılları dışında) uzun süren bir rahatsızlıkları olup olmadığı soruldu. Bu soruya olumlu yanıt verenlere ayrıca, bu rahatsızlığın kendilerini herhangi bir şekilde engelleyip engellemediği soruldu. 1991 yılı sayımında aynı olmamakla birlikte benzer sorular vardı.

İş durumu:

Hane Halkı Belirleme Çalışması iş durumu ile ilgili ayrıntılı bilgi içermektedir. İş durumu üç grupta toplandı:

1. Çalışan: Son 7 günde, kendi hesabına çalışanlar dahil olmak üzere, bir ücret karşılığı tam ya da yarım gün çalışanların tümü.

2. İşsiz: Ücret karşılığı bir işte çalışmayanlar ancak iş arayanlar ya da çalışmaya istekli olan ancak geçici bir hastalık nedeniyle engelli olduğu için çalışmayanlar.

3. Çalışmayan (inaktif): Bir işte çalışmayan ve iş aramayan ya da kalıcı olarak engelli olduğundan çalışmayanlar ve emekli olanlar. Bu grup az sayıda evde bekçilik yapma gibi işleri de kapsar.

Öğrencilerin tamamı çalışma dışında tutuldu. Çalışmaya 20 - 59 yaş arasındaki erkekler alındı. Yukarıda

yapılan işsizlik tanımlaması haftalık işgücü istatistiklerinde yapılandırılarak farklıdır. Bu istatistiklerde yalnızca kayıtlı olarak işsiz görünenler ve bu durumları nedeniyle yardım alanlar bildirilmektedir. İşsiz olan ve resmi kayıtlara geçmeyen erkekler de bulunacaktır.

1973-93 yılları arasında sınırlayıcı uzun süreli rahatsızlığı olan ve olmayanların, 4 sosyoekonomik grup için tam ya da yarı zamanlı çalışma durumları değerlendirildi. Benzer olarak, işsiz olanlar ve ekonomik olarak inaktif olanların oranları belirlendi. Erkeklerde sosyoekonomik gruplar arasında, uzun süreli hastalık durumlarına göre istihdam hızları karşılaştırıldı. Bu hızlar önemli ekonomik değişimlerin yaşandığı 73-93 yılları arasında incelendi. Analizler 20-59 yaş arasındaki erkeklerde yapıldı. Daha genç nüfusun çalışmaya alınmamasının nedeni, bu yaştaki erkeklerin çoğunlukla eğitim görüyor olmaları ve çalışanların ise sosyal sınıfları ile ilişkili olarak okuldan ayrılmak zorunda olmalarıdır.

SONUÇLAR

1973-1993 yılları arasında her bir sosyoekonomik grupta bulunan tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalışan ve ücret alan erkeklerin uzun süreli hastalık oranları incelendi. Benzer olarak işsiz ve inaktif olarak tanımlananlar incelendi.

İstihdam hızları:

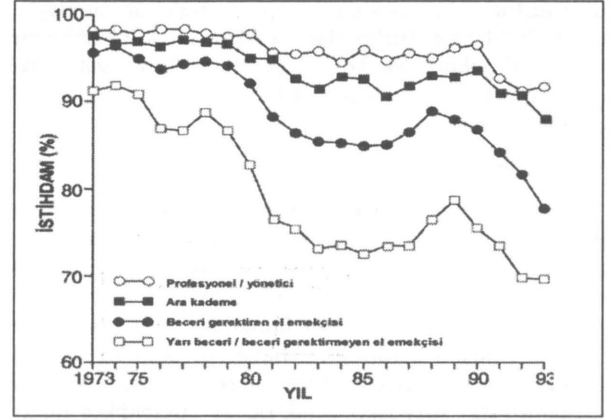
Şekil 1'de 20-59 yaşlarındaki tüm erkeklerin, çalışmanın yapıldığı yıllardaki sosyoekonomik durumlarına göre bir işte çalışma durumlarının değişimi gösterilmiştir. İstihdam hızları, sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu açık olarak görülmektedir. Gruplar içinde profesyoneller ve yönetsel bir işte çalışanlar en yüksek istihdam hızlarına sahipken, yarı beceri gerektiren ve beceri gerektirmeyen işlerde çalışanların istihdam hızları düşüktür. Değişimin eğimi benzer olsa da aralarındaki fark yıllar içinde artmaktadır. Her sosyoekonomik grupta istihdamın görece olarak yüksek ve stabil olduğu dönemler bulunmaktadır. 1979-80 yıllarında düşmeye başlamış, 1983-86 arasında düşük kalmış, 1989 yılına doğru bir yükselme ve 1989 yılından sonra hızlı bir düşüş gözlenmiştir. Bu değişimler en belirgin olarak sosyoekonomik grup 4'de izlenmektedir.

Şekil 2'de sosyoekonomik gruplara göre sınırlayıcı uzun süreli rahatsızlığı olan ve olmayanların istihdam hızları gösterilmiştir.

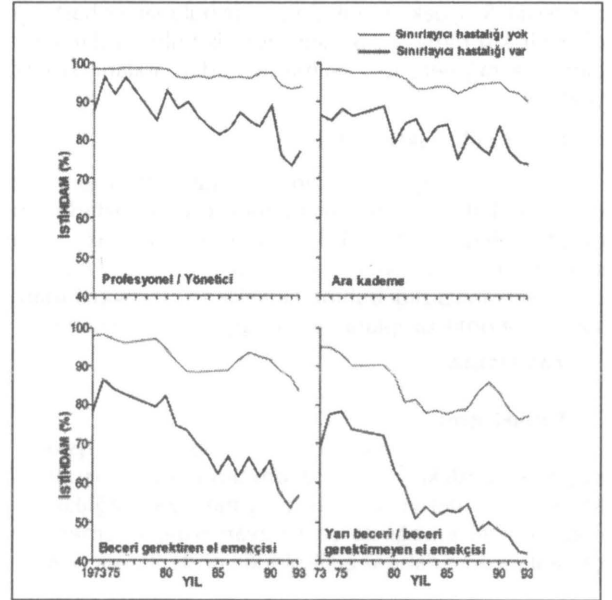
Sosyoekonomik gruplara göre istihdamdaki değişiklikler: Sağlıklı erkekler

İstihdam hızlarındaki düşmenin etkisi sosyoekonomik grup 1'de bulunan sağlıklı erkeklerde görece olarak daha az olmuştur. Bu grupta istihdam hızı 1979'daki %99'dan, 1992 yılında %92'ye düşmüştür. Sosyoekonomik grup 2'de bulunanların 1979'da istihdam hızları % 98 iken, 1993 yılında % 90'a düşmüştür. Beceri gerektiren el emeği ile çalışan 3. sosyoekonomik grupta bulunan sağlıklı erkeklerin istihdam hızları 1979 yılında % 97 iken, 1983 yılında % 88'e düşmüş, ancak 1988'de % 93'e çıkmış ve 89-93 döneminde tekrar % 84'e gerilemiştir. Son olarak, 4. Grupta bulunan sağlıklı erkeklerin (yarı beceri gerektiren

Şekil 1: Sosyoekonomik duruma göre istihdam oranlarının değişimi



Şekil 2: Sosyoekonomik gruplarda sınırlayıcı uzun süreli rahatsızlığa göre istihdam oranları



ve beceri gerektirmeyen el emeği ile çalışanlar) istihdam hızları 1979 yılında % 90'dan 1985'de % 78'e düşmüş ve 1989'da % 86'ya yükselmiş ve 1992'de % 76'ya düşmüştür. Bu sonuçlara göre, el emeği ile çalışan ve sınırlayıcı uzun süreli hastalığı olmayan erkeklerde istihdamdaki düşme belirgindir.

Sosyoekonomik gruplara göre istihdamdaki değişiklikler: Hasta erkekler

Beklendiği gibi, farklı sosyoekonomik gruplarda, sınırlayıcı rahatsızlığı olanların, olmayanlara göre istihdam hızları bütün yıllar için düşüktür. Sağlıklı erkeklerdekine benzer bir eğilim göstermektedir ve yıllar içinde istihdam düşme eğilimi göstermektedir. Burada vurgulanması gereken, el emeği ile çalışanlarda düşüşün çok daha fazla olduğudur. Buna ek olarak sınırlayıcı rahatsızlığı olanlarda 1986-1990 yılları arasında istihdamdaki artış çok daha az belirgindir. 1979 yılında sosyoekonomik grup 4' de

bulunan uzun süreli sınırlayıcı rahatsızlığı olan erkeklerin % 72'si ücretli bir işte çalışırken, 1993'de bu oran % 42'ye düşmüştür. 1. Sosyoekonomik grupta bulunan, sınırlayıcı uzun süreli bir rahatsızlığı olan erkeklerin en düşük istihdam hızı 1991 yılında % 76 idi. Bu hız, 1990'lı yıllardaki gerilemenin profesyoneller üzerine etkisini göstermektedir.

İşsizlik hızları

Şekil 3'de işsizlik hızları gösterilmiştir. İşsizlik hızlarının istihdam hızlarının bir bileşkesi olabileceği beklenebilir, ancak böyle bulunmamıştır. Genel olarak, işsizlik hızlarında sınırlayıcı uzun süreli rahatsızlığı olanlar ve olmayanlar arasındaki eğitim farklı değildir. Bununla beraber, Şekil 2'de istihdam hızları açısından rahatsızlığı olan ve sağlam erkeklerin sosyoekonomik düzey ile ters ilişkisi gösterilmiştir; sosyoekonomik düzey yükseldikçe hızlar arasındaki fark azalmaktadır. Bu durum işsizlik için geçerli değildir. Gerçekten, sosyoekonomik Grup 4 için işsizlik hızları, uzun süreli rahatsızlığı olan ve olmayan erkeklerde benzerdir. Sosyoekonomik Grup 4'de bulunan ve hastalığı olan bir kişi olmayan birisine göre iş bulması daha zor olmasına rağmen, işsiz kalma açısından aralarında fark yoktur.

Ekonomik inaktivite hızları

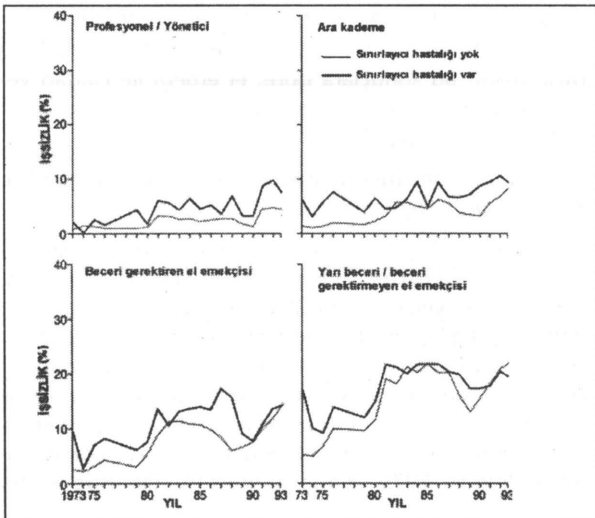
İstihdam ve işsizlik hızları arasındaki fark ekonomik olarak inaktif olan erkekler nedeniyle oluşmaktadır. Bu gruptaki değişimler Şekil 4 'de gösterilmiştir. Az sayıda sağlıklı erkek ekonomik olarak inaktif gruptadır. Kronik sınırlayıcı rahatsızlığı bulunan erkeklerin inaktivite hızları, sosyoekonomik gruplara göre değişim göstermektedir.

TARTIŞMA

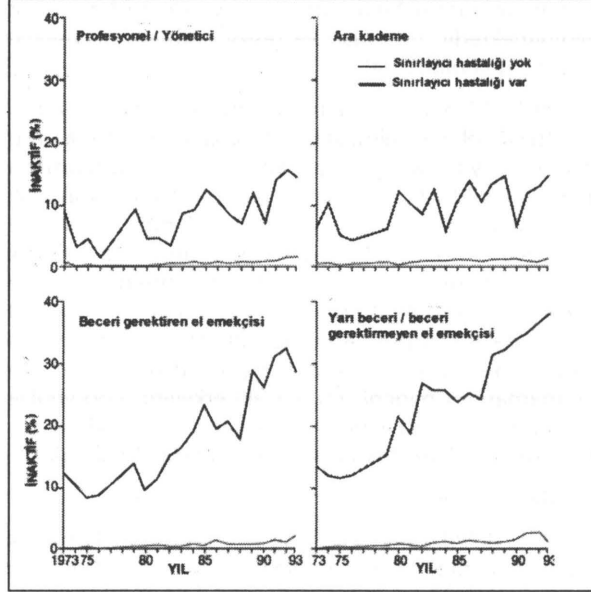
Sağlıklı işgücü

Bu bulgular sağlıktaki sosyal farklılaşmalar ve işsizlik – sağlık arasındaki ilişki ile uyumludur. Ulusal İstatistik Merkezi'nin ileriye yönelik çalışmasında "sağlıklı işçi etkisi"nin el emeği ile çalışmayanlarda, el emeği ile çalışanlara göre daha az etkili olduğu gösterilmiştir (7,8,9).

Şekil 3: Sosyoekonomik gruplara göre işsizlik oranları



Şekil 4: Sosyoekonomik grup ve sınırlayıcı uzun süreli hastalığa göre ekonomik olarak inaktif olma oranı



Bizim çalışmamızın sonuçları bu bulguyu doğrulamaktadır: el emeği ile çalışan erkekler işlerinde kalabilmek için el emeği ile çalışmayanlara göre daha sağlıklı olmak zorundadırlar (10,11,12,13). Bu bilgi işin zorlaşması ile iş gücünün seçiminin arttığını göstermektedir. 1993 yılında iş sahibi olabilmek için 1973 yılına göre daha sağlıklı olmak gerekmektedir.

İleriye yönelik çalışma aynı zamanda, kısa zamanda ölüm riskini etkileyebilecek kadar sağlıklı kötü olan erkeklerin hemen tamamının "işsiz ve iş aramakta" olarak değil "kalıcı hastalığı olanlar" grubunda kaydedildiğini göstermiştir(11,12). Bizim çalışmamızda da uzun süreli kalıcı rahatsızlığı olanlar ile işsizlik arasında sıkı bir ilişki bulunmazken, ekonomik inaktivite ile ilişkili bulunmuştur.

Hastalık davranışı

Bu bulgular kronik hastalığı olan erkeklerin istihdam edilme şansları olduğunda çalışmaya devam ettiklerini göstermektedir. Bu bulgu orta derece ya da görece olarak şiddetli hastalığı olanların, oldukça normal davrandıklarını gösteren epidemiyolojik çalışmaların klinik bir buzağına göstermesi ile uyumludur (14,15,16,17). Ancak, iş zorlaştıkça uzun süreli hastalık, uzun süreli işsizliğe göre daha az iz bırakmaktadır ve ortalama ücretin çok altında olmasına rağmen, biraz daha fazla yardım elde edilmesini sağlamaktadır. Pratisyen ve yardım kurumlarında çalışanlar bir çok işsizi "sürekli hastalığı olanlar" olarak sınıflandırabilmektedir: işgücü piyasası nedeniyle sağlıkları iş bulmalarına engel olmaktadır.

Bu çalışmada el emeği ile çalışmayanların sınırlayıcı uzun süreli hastalıkları daha fazla bildirmiş olabilecekleri bir taraf tutma (bias) tehlikesini doğurabilir. Bazı çalışmalar sağlıklı ilgili tarama sorularının anlamının, değişik sosyal gruplarda oldukça farklı olabileceğini göstermiştir (18,19). Sosyoekonomik grup 1 ve 2'de bulunan erkekler sistematik olarak 3. ve 4. gruplara göre daha az hasta iken

uzun süreli hastalık tanımlıyor olsalar da elde edilen sonuçlar benzer olacaktır. Bu durumda işin çalışanın hasta olmasına rağmen çalışmasına izin verecek kadar kolay değil, hastalığın çok şiddetli olmadığı sonucuna varılacaktır. Orta sınıf erkeklerin kendilerini tıbbi bakım gerektirecek kadar hasta hissetmelerinde "eşik değerlerinin", çalışan erkek sınıftakilere göre daha düşük olduğunu gösteren bulgular vardır (20). Bu çalışma 1989 yılı hane halkı belirleme sonuçlarına göre incelenebilir. Bu yıl yapılan anketlerde uzun süreli hastalığı bulunanlara hastalıklara özgü sorular yöneltilmiş ve değişik sosyoekonomik gruplar arasında kendilerini "hastalıklı" olarak bulanların, tıbbi olarak daha az ciddi grupta olup olmadıklarının incelenmesine olanak sağlanmıştır. Yaşa göre düzenlendikten sonra kalp hastalıkları profesyonel grupta (standardize hastalık oranı 81), beceri gerektirmeyen işlerde çalışanlara (standardize hastalık oranı 99) göre biraz daha düşük saptanmıştır. Buna karşıt olarak, kas iskelet hastalıkları için elde edilen standardize hastalık oranları profesyonellerde 63, beceri gerektirmeyen işlerde çalışanlarda 126 olarak bulunmuştur.

Bu bağlamda profesyonel ve yönetici grupta bulunanların, beceri gerektirmeyen el emekçilerine göre daha az ciddi durumları uzun süreli rahatsızlık olarak tanımlamadıkları düşünülmektedir. Buna ek olarak uzun süreli hastalığı olan, el emekçisi olarak çalışan ve çalışmayanlar arasındaki artan işte kalma oranları farkından sınıflar arasındaki hastalık davranışından kaynaklanmadığını düşündürmektedir.

SONUÇ

Daha az sağlıklı olma durumunda ve orta-ileri yaşlarda, iş güvencesi sosyal eşitsizlikler bağlamında tartışılmamıştır. 1980'li yılların ekonomik politikaları "daha az ve uygun işgücü" yaratmıştır ve bu olgu el emekçileri için yöneticilerden daha geçerlidir (21). Aktif iş gücü dışında kalanların bir süre sonra yaşam standartları düşmüş ve bunlar "işsiz" ya da "erken emekli" olarak tanımlanmışlardır. Bunun etkisi sağlık sorunlarından daha az ciddi değildir. Yakında oluşacak yönetsel ve profesyonel mesleklerdeki giderek artan işsizlik ve iş güvencesi yoksunluğu "esnek üretim pazarının" sağlık ve sosyal alanlarda daha fazla tartışılmasına neden olabilecektir.

KAYNAKLAR

- Lawlor J.** Monthly unemployment statistics: maintaining a consistent series. *Employment Gazette* 1990 December: 601-8.
- Central Statistical Office.** *Social trends 1992*. London: HMSO, 1994. (Table 4.5.)
- Piachaud D.** Disability, retirement and unemployment of older men. *Journal of Social Policy* 1986;15:145-62.
- Dunnell K.** Population review. 2. *Are we healthier?* *Population Trends* 1995;82:12-8.
- Nickell S, Bell B.** The collapse in demand for the

unskilled and unemployed across the OECD. *Oxford Review of Economic Policy* 1995;11:40-62.

Dale A, Arber S, Procter M. Doing secondary analysis. London: Unwin Hyman, 1988.

McMichael AJ. Standardised mortality ratios and the "healthy worker effect": scratching beneath the surface. *J Occup Med* 1976;17:126-7.

Carpenter L. Some observations on the healthy worker effect. *British Journal of Industrial Medicine* 1987;44:289-91.

9- Fox AJ, Collier PF. Low mortality rates in industrial studies due to selection for work and survival in the industry. *Br J Prev Soc Med* 1976;9:80-5.

Arber S. Social class, non-employment and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *BMJ* 1987;294:1069-73.

Fox AJ, Goldblatt PO. Longitudinal study: socio-demographic differentials in mortality. London: OPCS, 1982.

Goldblatt PO, Fox J, Leon D. Mortality of employed men and women. In: Goldblatt P, ed. Longitudinal study 1971-1981: mortality and social organisation. London: HMSO, 1990. (OPCS Series LS No 6.)

Iversen I, Andersen PK, Christoffersen K, Keiding N. Unemployment and mortality in Denmark. *BMJ* 1989;295:879-4.

Hannay DR. Symptom prevalence in the community. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1978;28:492-9.

Shaper AG, Cook DG, Walker M, Macfarlane PW. Prevalence of ischaemic heart disease in middle aged British men. *Br Heart J* 1984;51:595-605.

Shaper AG, Cook DG, Walker M, Macfarlane PW. Recall of diagnosis by men with ischaemic heart disease. *Br Heart J* 1984;51:606-11.

Last JM. The illness iceberg. *Lancet* 1963;ii:28-31.

Blane D, Power C, Bartley M. The measurement of morbidity in relation to social class. In: Abel Th, Geyer S, Gerhardt U, Siegrist J, van den Heuvel W, eds. *Medical sociology: research on chronic illness*. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften, 1993.

Blane D, Power C, Bartley M. Illness behaviour and the measurement of class differentials in morbidity. *Journal of the Royal Statistical Society A* 1986;159:77-92.

House J, Kessler RC, Herzog AR. Age, socio-economic status and health. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 1990;68:383-411.

21- Atkinson AB, Sutherland H. Two nations in early retirement? The case of Britain. In: Atkinson AB, Rein M, eds. *Age, work and social security*. London: Macmillan, 1993.