

ÇEVİRİ

BLACK RAPORU*

Sally Macintyre

Giriş

"Black Raporu", 1980 yılında Britanya'da yayınlanmasından sonra sağlıktaki sosyal eşitsizliklerle ilgili çalışmaların önemli ölçüde etkilemiştir. Rapor, bu konuda yapılan ne ilk ne de son çalışmadır.

Bu rapor, son 140 yılda ölüm hızlarıyla sosyo-ekonomik farklılıklar arasındaki ilişkilerin incelenmesinde öncü olmuştur. Konu ile ilgili deneysel ve kavramsal yoğun bir çalışma dönemi bu süreci takip etmiştir. Bu makalenin amacı, raporun tarihsel önemini, raporun özelliklerini ve süreç içerisinde kaydedilen yöntemsel, siyasal ve kavramsal gelişmeleri tanımlamaktır. Ayrıca, hem raporun içeriğini hem de rapora yöneltilen tepkileri açıklamaya yardımcı olacaktır.

Black Raporu'nun tarihsel zemini

Genel Kayıt Ofisi Tarafından Yapılan Mesleki Sosyal Sınıflandırmanın Gelişimi

Black Raporu, Britanya'da sosyo-ekonomik durum ve sağlıkta gözlenen farklılıkların tanımlanıp karşılaştırılmasıyla ilgilenen toplum sağlığı geleneğinin bir parçasıdır. 1851 yılında yüzlerce işkolunda çalışan erkekler arasındaki tüm ölüm nedenleri aynı yıl içinde yapılan nüfus sayımına göre sınıflandırılmış ve o zamandan beri de mesleki ölüm hızları her on yılda bir düzenli olarak rapor edilmiştir. Aynı dönemlerde mortalite istatistikleri coğrafi bölgelere göre de yayınlanmıştır. Buna göre "sağlıklı bölgeler"e ait mortalite hızları "yüksek sınıflar"ı temsil etmiş ve daha az sağlıklı bölgelerle karşılaştırma yapılabilmesi için standardize edilmiştir.

Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında Britanya'da toplumun yoksul kesimlerinin daha fazla hastalandığı ve daha erken öldüğü bilinmektedir. Bu durum, aralarında, "İşçi Sınıfının Sağlık Durumu Üzerine Araştırma Raporu" adlı eserinde, 1840 yılı itibarı ile Liverpool'da ortalama ölüm yaşının orta sınıf ve profesyoneller için 35; esnaf ve

aileleri için 22; işçi, tamirci ve hizmetçiler için de 15 yıl olduğunu ifade eden Edwin Chadwick'in de bulunduğu pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiştir. Mortalite farklılıklarını gözden geçirmek için hazırlanan bir sosyal sınıf sınıflandırması için ön taslak, 1887 yılında Genel Kayıt Ofisi Asistanı Noel Humpreys tarafından hazırlanmıştır.

Hastalıklar ve erken ölümlerle sınıf farklılıklarının ilişkili olduğuna dair hiçbir tereddüt yoktur ancak bu farklılıkların nedenleriyle ilgili tartışmalar olmaktadır. Ondokuzuncu yüzyılın ikinci yarısının sonlarında ve 20. yüzyılın ilk yarısının başlarında, insanların sosyal durumlarının, kalımsal bazı doğal yetenekleri tarafından belirlendiğine inanan soybilimcilerle (hereditarians), çalışan kitlelerce göğüslenen kentsel sanayi yaşamının tehlikeli koşullarının oldukça elverişsiz olduğuna inanan halk sağlığı hekimleri arasında farklı görüşler ortaya çıkmıştır. Yoksulluk ve sağlıksızlık arasındaki ilişkiyi kalımsal (veya kazanılmış, davranışsal) özellikler olarak görenlerle bu ilişkinin kötü çalışma ve hayat koşullarından dolayı meydana geldiğini düşünenler arasında bir tartışmanın olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde de yukarıda bahsedilenlere benzer farklılıklar yaşanmaktadır.

1913 yılında Stevenson, Genel Kayıt Ofisi'nin 1911 yılında yaptığı nüfus sayımında hesaplanan bebek ölüm hızını kısmen teknik, kısmen de mesleki bir sınıflandırma olan baba mesleğine göre yapılan 8 basamaklı sınıflandırmaya uygulamıştır (I. Üst ve orta sınıflar, II. I ve III arası, III. vasıflı işçi, IV. III-V arası, V. vasıfsız işçi, VI. dokuma işçisi, VII. maden işçisi, VIII. tarım işçisi)

Bu sınıflandırmada gösterilen ve Stevenson'un mesleki sosyal sınıflar arasındaki bebek ölüm hızı farklılıklarıyla ilgili yorumları, onun yaşam koşullarının önemli olduğunu iddia eden düşüncesinin doğruluğunu göstermiştir:

"Burada bebek ölüm hızının önlenemez olduğu söylenebilir. Örneğin orta sınıf ölüm hızı, ülkenin toplam bilinen bebek ölüm hızının sadece % 61'idir. Bu durum ülkedeki o anki bebek ölüm hızının en az % 40'ının, bebeğin yaşamındaki sağlık koşullarının sınıf l'deki koşullara yaklaştırıldığına ihmal edilebilir olduğunu gösterir."

* *The Black Report and Beyond What are the Issues?* Soc. Sci. Med. Vol.44, No.6 pp.723-745, 1997.

Bu durum, Francis Galton örneğinde olduğu gibi, ayrı ayrı sağlık ve ölüm hızları arasındaki gözlemsel farklılıklar için doğal seleksiyonun "Darwinci" teorilerini uygulamaya çalışan soybilimcilerin bakış açısına göre de değişir. 1901 yılında, Galton, toplumun beş bölümden oluştuğunu ve bu bölümlerin "doğal yetenek" veya "genetik değer" yaygınlığını temsil eden bir normal dağılım eğrisi üzerindeki % 20'lik kısımlara karşılık geldiğini ifade etmiştir. Daha sonra, Galton bu saptamayı Charles Booth'un Londra'da kendi araştırması için planladığı 8 sosyal meslek kategorisine uygulamıştır. Eugenistler, sosyal sınıfların genetik kökenli olduğuna ve bunun da bir nevi sosyal eleme olduğuna inanırlar. Streter, Stevenson'un önerdiği mesleki sınıflandırmanın resmi kayıtlara geçmesinde gecikme olursa, eugenistlerin kendi argümanlarını kanıtlamak için kullanabileceklerini belirtmiştir.

Soybilimciler ve çevrebilimciler arasındaki farklılıklar, bir sosyal sınıf sınıflamasının başlangıç aşamasında önemlidir. Diğer bir nokta da çevrebilimciler ile toplumun daha yoksul kesimin sağlığını, sağlıksız davranışlar nedeniyle kötü olduğunu belirtenler arasındaki farklılıklardır. Anne eğitimsizliği ve sorumsuzluğu I. Dünya Savaşı'na kadar olan dönemde bebek ölüm nedenleri ile ilgili tartışmalarda ilk sıralarda yer almıştır. 1913 yılında Sir George Newmann gençlerin fiziksel şartlarını olumsuz etkileyen faktörlerin dış çevreden daha çok alışkanlıklardan ve geleneklerden kaynaklandığını belirtmiştir.

Stevenson, 1911 yılında 8 gruptan oluşan bu sınıflandırmayı 5 gruplu hale getirmiştir. Yeni düzenlemiş olduğu sınıflandırmayı, 1921'deki doğum hızlarına ve 1921-23 arasındaki yetişkin ve bebek ölüm hızlarına uygulamıştır. Beş sosyal sınıftaki evli erkeklerin doğum hızlarının birbirinden farklı olduğu gösterilmiştir. Buna göre sınıfların doğum hızları sırasıyla (binde): 70, 74, 101, 116, 127; yetişkin mortalitesi: 81, 94, 95, 101, 126; infant mortalitesi: 48, 70, 97, 113, 123'dür. Stevenson, hızların sosyal sınıflara göre değiştiğine dikkat çekmiş, 1928'de geliştirdiği sınıflandırmanın farklı meslek gruplarının sadece ortalama gelir ve zenginlik düzeyine göre değil, aynı zamanda ortalama kültür düzeyine göre de yapıldığını ortaya koymuştur.

Sosyal sınıflarda 1930'lu, 40'lu ve 50'li yıllarda hesaplanan mortalite hızlarında görülen eğilim

1931 yılında Britanya'da yapılan nüfus sayımında hesaplanan sosyal sınıflara göre mortalite hızları 1938 yılına kadar yayınlanmamıştır. Richard Titmuss bu konudaki eksikliği, mortalite hızlarındaki yöresel farklılıkları, örneğin İngiltere'nin kuzey kesimi ile Galler bölgesindeki ölüm hızlarını karşılaştırarak gidermeye çalışmıştır. Kuzeyde ve güneyde cinsiyet farkı olmaksızın genç, orta yaş ve yaşlı kesimin, tahmin edildiğinden çok daha fazla sayıda, toplam nüfusun yaklaşık % 40'ının önlenebilir nedenlere bağlı olarak yaşamlarını yitirdiklerini tespit etmiştir.

Titmuss, II. Dünya Savaşı sırasında meydana gelen

erken ölümlerdeki sınıf farklılıklarını incelemiş ve bunları 1931 yılında yayınlanmış olan verilerle karşılaştırmıştır. Titmuss, 1911, 1921-23 ve 1930-32 yılları arasındaki bebek ölüm hızlarını babanın mesleki sınıfına göre "Doğum, Yoksulluk ve Zenginlik" adlı eserinde incelemiştir:

"Bütün sınıflarda ölüm hızları zaman içinde azalma göstermiştir. Ancak, bu azalma, sınıf I ve II'de; III, IV ve V'e göre daha fazla olmuştur. Buradan hareketle son yirmi yıldır sınıflararasındaki eşitsizliklerin azalmadığını, hatta artma eğiliminde olduğunu söyleyebiliriz. Düşüş hızının en yavaş olduğu sınıf, sınıf IV'dür. 1911 yılında sınıf I için hesaplanan ölüm hızı 20 yıl sonra bile sınıf V için hesaplanan hızdan çok daha düşük olarak bulunmuştur."

1930-32 ve 1970-72 yılları arasında her onsenede bir yapılan nüfus sayımlarına rastlayan dönemlerde sınıflardaki değişimlerin Black Raporu'ndaki analizi, Genel Kayıt Ofisi'nin önerdiği mesleki sınıflar arasındaki artan eşitsizlikleri göstermek için yapılan ilk çalışma değildir. Titmuss'un 1943 yılında yaptığı çalışma, sadece sosyal sınıf farklılıklarını ortaya koymakla kalmamış; beraberinde geliştirdiği kontrol yöntemleri, artan değişimlerin sonradan meydana gelmediğini, tarihsel bir sürece sahip olduğunu ortaya koymuştur. Elsie Pamuk'un, 1921-71 yılları arasındaki değişimi incelediği çalışmasında olduğu gibi Titmuss, sınıf modellerini, her dönemde aynı sosyal sınıfa ait olan meslekleri kullanarak incelemiştir. Yine Pamuk, 1970-72 yılı hızlarını 1981 sayımındaki hızlarla karşılaştıran Marmott ve Mc Dowell gibi, sınıflandırmada yapılan değişikliklerden kurtulmak için 5 sosyal sınıfı, alt gruplara ayırmıştır. Titmuss'un bu çalışmaların hepsinden çıkardığı sonuç, bebek ölüm hızındaki sosyal sınıf eşitsizliklerinin 1911'de olduğu kadar olmasa bile 1931'de de oldukça fazla görülmesidir.

Titmuss'un Genel Kayıt Ofisi Sınıflandırması'na bakışı kavramsal olarak temelde, ekonomik faktörlerin önceliğinin vurgulanması açısından Stevenson'dan ayrılmaktadır:

"Bu çalışmada akılda tutulması gereken nokta toplumun ekonomik temele dayalı kabaca 5 sosyal sınıfa ayrılmasıdır. Bir meslek grubunun bir sosyal sınıfta yer alması paraya dayalı olarak gerçekleşir (örneğin kazanılan ortalama paraya göre). Genel Kayıt Ofisi'nin raporunda "Sosyal Sınıf" terimi tamamiyle ekonomik derecelendirmeyi belirtmek için kullanılmıştır. "Sosyal Statü" ve "Ekonomik Statü" terimleri ne yazık ki birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar."

Her on yılda bir yapılan sayımlarda hesaplanan sınıflararası ölüm hızlarını karşılaştırma geleneği, 1951 yılında yapılan eklemelerin yayınlanmasından sonra da devam etmiştir. 1954 yılında Logan, 1951 yılı itibarıyla bebek ölüm hızındaki sosyal sınıf değişiminin 30 yıl öncesindeki kadar derin olduğuna dikkat çekmiştir. 1955 yılında Londra'da Sosyal Tıp Araştırma Merkezi'nden Morris ve Heady, 1911-55 yılları arasında bebek ölüm hızlarında dikkate değer ve sabit bir düşme izlendiğini, deği-

şimlerin, tıpkı daha önceki dönemlerde olduğu gibi daha sonraki dönemlerde de daha derin olduğunu göstermişlerdir. Bu beklenmedik sonuç için üç olasılık olduğunu belirtmişlerdir: sosyal düzelmelerin ifade edilmesindeki gecikme, sosyal sınıfların sosyal içeriğindeki değişimler, sosyal farklılıkları açıklayan bilinmeyen faktörler. Aynı yıl, Tıbbi Obstetrik Araştırma Merkezi'nden Illsey, Aberdeen'de evlenmekle sosyal statülerinin yükselmesiyle, eğitimsel ve mesleki becerilerinin daha iyi olmasına, prematürite ve obstetrik nedenlere bağlı ölüm hızlarının daha düşük olmasına dikkat eden kadınların ilk gebelikleri ile ilgili bir çalışma yapmıştır:

"Evlilikle oluşan bu "seçici" değişim, yaşamakta olan sosyal ve ekonomik değişikliklere rağmen, kısmen Genel Kayıt Ofisi sosyal sınıfları arasındaki ölüm hızlarının eşitsizliğinden sorumludur. Bu sınıfların, bileşim ve büyüklük açısından bir değişim içinde olmalarından ve sınıflararası hareketin seçiciliğinden dolayı, değişik zamanlarda değerlendirilen sınıf ölüm hızları yanlış sonuçlar verebilir."

1930-40 ve 50'li yıllarda Britanya'da yapılan bu çalışmalardan bahsedilmesindeki amaç, Black Raporu'nun uzun bir sürecin sonunda; örneğin mortalite ile ilgili çalışmaların yayınlanmasından tam 130 yıl sonra veya Stevenson'un 1923 yılında 1911 ve 23 yılları arasında bebek ölüm hızlarını karşılaştırmak için yaptığı çalışmalardan tam 50 yıl sonra gerçekleştirilmiş olmasıdır.

1960'larda ve 70'lerdeki Sosyoloji ve Sosyal Politika

Britanya'da 1960'lı ve 70'li yılların başlarında sağlık merkezlerine başvuranlardaki sınıf farklılıkları ilgi çekmiştir. Bu döneme ait sosyal sınıflar ve mortalite ile ilgili çok az yayın bulunmaktadır (Bunun nedeni 1961 sayımındaki mesleki mortalite verilerinin 1971 yılına kadar yayınlanmamış olmasıdır.). 60'lı yıllarda ve 70'li yılların erken dönemlerinde sağlık politikalarında, problemlerin zenginliklerden dolayı meydana geldiği vurgulanmıştır (örneğin; yaşlı nüfusun artması, yoksullarda daha fazla görülen enfeksiyon hastalıklarından zenginlerde daha fazla görülen kalp, kanser gibi kronik hastalıklara geçiş). Zenginliğin beraberinde getirdiği yeni sağlık sorunları, perinatal problemler, eğitim ve çocuk gelişimi, mental sağlık sorunları gibi hayatın diğer alanlarındaki riskler sosyal sınıflarla bir arada varolmuştur. Ancak, Eugenics Derneği'nin sağlıkta eşitsizliklerle ilgili bir sempozyum düzenlediği 1975 yılına kadar ölüm oranlarında görülen sınıflara dayalı eşitsizlikler, akademik ve sağlık politikaları gündemine alınmamıştır.

1974 yılında "Kanada'luların Sağlığı Üzerine Yeni Bir Bakış" isimli rapor, sağlık politikalarındaki hedefi bir anda dört temel konuya yönlendirmiştir: yaşam tarzı, çevre, insan biyolojisi, çevreye yönelik sağlık hizmeti. Bu rapor Kanada ve çevresinde oldukça olumlu tepkiler almıştır. Rapordan alınabilecek pek çok farklı mesaj olmasına rağmen Britanya tarafından alınabilecek en önemli mesaj, herkesin seçtiği yaşam tarzında kendi sağlığından sorumlu

olduğunu ifade eden, İşçi Partisi Hükümeti'nin 1976 yılında Beyaz Sayfası'na dahil ettiği, "Korunma ve sağlık herkesi ilgilendirir" şeklindeki söylemdir. 1970'li yılların ortalarına kadar 1979'da seçimi kazanan "radikal sağ'a" yakın olan muhafazakarların aksine sağlıklı olmak için yaşam tarzının ve kişisel sorumluluğun önemli olduğu görüşü popüler olmuştur. Muhafazakar Hükümet'in başbakanı Sir Keith Joseph'in 1972 yılında, çalışan sınıflarda savaş sonrası refah durumunun gelişmesine rağmen kuşaklararası yaşanan "geçici yoksunluk" olgusunu tanımlaması önemlidir.

Black Raporu

1977 yılında İşçi Partisi döneminde sağlıktaki eşitsizlikler üzerine bir çalışma grubu oluşturulmuştur. Bu grubun amacı farklı sınıflar arasındaki sağlık durumları hakkındaki verileri tekrar gözden geçirmek, olası nedenleri, siyasal etkileri saptamak ve gelecekte yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunmaktır. Çalışma grubu iki tıp doktoru ve iki sosyal bilimciden oluşmaktadır: Başkan Sir Douglas Black, zamanın Sosyal Güvenlik ve Sağlık Bölüm Şefi; Prof. Jerry Morris, Toplum Sağlığı Profesörü; Dr. Cyril Smith, Sosyal Bilimler Araştırma Şubesi Sekreteri; Prof. Peter Townsend, Sosyoloji Profesörü.

Black Raporu'nun içeriği çok iyi bilindiğinden raporun temel özellikleri üzerinde durulacak ve bu noktada üç komponentden bahsedilecektir: Mortalitede, morbiditede ve sağlık hizmetlerinin kullanımında mesleki sınıflararası farklılıkların tanımlanması; bu farklılıklarda zaman içerisinde izlenen değişim ve diğer ülkelerle yapılan karşılaştırmalar; yapılan analizler; eşitsizliklerin yarattığı sonuçları azaltmaya yönelik ileriki dönemlerde yapılacak çalışmalar için öneriler.

Mortalite ve morbiditede görülen sosyal sınıf farklılıklarının tanımlanması

Problemin tanımı aşağıdaki gibi özetlenebilir:

"Son veriler her yaş grubunda ve her iki cinsiyet için ölüm oranlarında mesleki sınıflar arasında meydana gelen belirgin farklılıkları gösterir... Sınıfsal farklılıklar pek çok ölüm nedeninde önemli rol oynar. Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerde olduğu gibi kronik hastalıklara bağlı ölümlerde de durum böyledir. 1960'lı yıllarda ve 1970'lerin erken döneminde vasıflı ve yarı vasıflı sınıfların (sınıf IV-V) sınıf I'e göre sağlık durumlarında meydana gelen bozulma dikkat çekicidir. Eşitsizlikler sağlık hizmetlerinin ve koruyucu hizmetlerin kullanımında da kendini göstermektedir... Britanya ve incelenen diğer tüm ülkelerde olduğu gibi Fransa'da da sağlıkta belirgin bölgesel ve sınıfsal farklılıklar gösterilmiştir."

Sosyal sınıf farklılıkları için yapılan tanımlamalar

Raporda sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili tanımlamalar dört kategoride incelenmiştir:

Artefakt açıklamaları, Doğal ve sosyal seleksiyon, Materyalist\yapısal açıklamalar, Kültürel \ davranışsal açıklamalar. Black Raporu'nun bilimsel temelleri bu dört kategoride ele alındığından tanımların ve analizlerin nasıl yapıldığı önem kazanmaktadır. Tanımlamalarla ilgili sonradan yapılan tartışmaların çoğu her bir tanımın iki versiyonu arasındaki karışıklıktan dolayı ortaya çıkmıştır. Bu versiyonlar, "Hard versiyon" ve "Soft versiyon" olarak bilinmektedir.

Artefakt: Çalışma grubu birkaç kelimeyle artefakt tanımına değinmiştir:

"Bu yaklaşım, sağlık ve sınıfın yapay değişkenler olduğunu ve sosyal olayları değerlendirmek için yapılan çalışmalarla da bu görüşün desteklendiğini ve aralarındaki ilişkinin de başlı başına bir artefakt sebebi olabileceğini açıklamaya çalışır."

Artefakt tanımının "Hard versiyon"u, sınıfsal eşitsizliklerde, sınıf ve sağlık arasında gerçekte hiçbir ilişki olmadığını kabul etmektedir. Bununla beraber sonraki söylemlerinde çalışma grubu, zaman içerisinde meydana gelmiş değişimleri açıklamaya yönelik olarak yeni bir tanımlamaya başvurmuştur:

"Son yıllarda sağlıktaki eşitsizliklerdeki azalma az veya çok oranda yoksul sosyal sınıfların genel nüfus içindeki oranlarının azaltılmasıyla açıklanabilir."

Artefakt tanımının "Soft versiyon"u sosyal sınıf ve sağlığın ölçüm şeklinin sağlıkta gözlenen eşitsizliklerdeki değişimi etkileyebileceğini kabul etmektedir. Burada; hesaplamalarda, nüfus verileri ve ölüm raporları birbirini tutmayabileceği; ölüm raporlarının nüfus sayımındaki

verilerden farklılık gösterebileceği ve bu veriler hız hesaplamalarında kullanıldığında hesaplamalarda pay ve payda ile ilgili bir takım problemlerin çıkabileceği üzerinde durulmuştur. Belirli meslek grupları, farklı nüfus sayımlarında farklı sosyal sınıflar içerisinde sınıflandırılabilirler.

Belirli meslek grupları, farklı nüfus sayımlarında farklı sosyal sınıflar içinde sınıflandırılabilirler: sosyal sınıflar zamanla emek piyasasındaki değişiklikler nedeniyle genişleyebilir, belli sosyal gruplar veya yaş grupları sosyal sınıflamalara dahil edilmeyebilir veya mortalite hesaplamalarının dışında tutulabilir. Bu nedenlerle zamanla mesleki sınıflara ait ölüm oranlarının karşılaştırılmasında sorunlar çıkabilir. Ancak bu durum düşük sosyal sınıfların mortalite hızlarındaki yüksekliğin nedenleriyle ilgili temel gözlemleri geçersiz kılmaz.

Doğal sosyal seleksiyon

Çalışma grubunun bu kategori ile ilgili tanımlaması, Galton gibi soybilimciler tarafından da benimsenen ve kökenlerini Darwinci görüşün doğal ve sosyal seleksiyon teorisinde bulan modellerle ilişkilidir. "Doğal" burada iki ilginç kavramı çağrıştırmaktadır. Bir tarafta biyolojik tanım, diğer tarafta ahlaki tanım. Ahlaki tanımda "doğal", eşitsizliğin ve haksızlığın olmaması demektir. Seleksiyonun hard versiyonu, mesleki sınıfın toplumsal müdahaleler üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını öngördüğünden sağlıktaki eşitsizliklerin farkedilmesini engeller.

Seleksiyonun soft versiyonu özel durumlara bağlı olarak artış ya da azalma gösteren, bu tip değişimlerin meydana gelmesine katkıda bulunan bir sosyal seleksiyon tipidir. Örneğin çocukken hasta olanlar aynı sosyal sınıfta olan benzerlerine göre düşük eğitim ve mesleki başarıya sahip olabilirler; yetişkin dönemde hasta olanların belirli

Tablo: Tanımlamaların iki versiyonu

Tanım	"Hard versiyon"	"Soft versiyon"
Artefakt	Sınıf ve mortalite arasında ilişki yoktur, tamamıyla ölçüme dayalı bir hatadır.	Sınıf farklılıklarının gözlenen değeri sınıf ve sağlığın her ikisinin de ölçümüne bağlıdır.
Doğal\sosyal seleksiyon	Sağlık, sınıfsal konumu belirler. Bundan dolayı sınıfsal farklılıklar ahlaki açıdan tarafsız olarak tanımlanır.	Sağlık, sınıfsal konumun kazanılmasına katkıda bulunur ve gözlenen farklılıkların açıklanmasına yardım eder.
Materyalist\yapısal	Yaşamın maddesel ve fiziksel koşulları ile birlikte sınıf yapısı, sağlıkta sınıf farklılıkları için belirleyicidir.	Gözlenen farklılıklara ek olarak, fiziksel ve psikososyal özellikler, sınıf yapısı ile birlikte sağlığı etkiler.
Kültürel\davranışsal	Farklı sınıflarda bireyler tarafından bağımsızca tercih edilen sağlığa zarar verici davranışlar sosyal sınıf farklılıklarından bağımsızdır.	Sağlığa zarar verici davranışlar sosyal sınıflar arasında farklı dağılım gösterirler ve gözlenen farklılıklara katkıda bulunurlar.

tip işlerde çalışmaları engellenebilir ve işten atılabilirler. Çocukluk ve genç erişkinlik dönemlerinde aileleri tarafından daha iyi olanaklar (beslenme, eğitim vb.) sağlanmış kadınlar diğerlerine göre daha iyi eğitim alabilirler, daha iyi beslenebilirler, daha iyi işler bulabilirler ve daha yüksek sınıftan erkeklerle evlenebilirler. Eşitsizlikler alanında, çalışma grubunun sağlık ve sosyal hizmetlere yönelik 3 önceliğinden birisi sağlık olumsuzluklarıyla beraber sosyal olumsuzluklar da yaşayan özürülerin yaşam kalitesini yükseltmek olmuştur.

Materyalist\Yapısal tanımlama

Bu tanım, sağlığın ekonomik ve sosyal faktörlerin etkisiyle belirlenmekte olduğunu savunur. Ancak çalışma grubu "materyalist" ve "maddi" faktörler arasındaki karışık nedeniyle tanımlarının genellikle yanlış anlaşıldığını belirtmektedir. "Hard versiyon", fiziksel ve maddesel yaşam koşullarının mesleki sınıfa belirlendiğini ve sağlık durumu ile ölümlerdeki farklılıkların bu nedenle oluştuğunu belirtir. Gelir ve refah düzeyindeki göreceli yoksunluk sağlığa ve yaşam kalitesinde yoksunluğa yol açar. Titmuss'un da 1943'de mesleki sınıf sınıflandırmanın temellerini tanımlarken üzerinde durduğu gibi, gelir ve refah düzeyinin yüksek olması doğrudan sağlığı etkilemektedir.

"Soft versiyon" mesleki sınıf durumunun belirlediği sağlık ve yaşam süresini etkileyen koşulların, fiziksel faktörler kadar psiko-sosyal faktörler, ekonomik kapital kadar sosyal kapital olduğunu savunmaktadır.

Soft versiyona göre sağlıklı ve uzun yaşamayı etkileyen psikososyal, fiziksel ve sosyal faktörler işçi sınıfının da durumunu belirleyen özelliklerdir:

"Gelişmiş toplumlarda mesleki sınıf; gelir, tasarruf, barınma özellikleri gibi sağlıkla çok yakından ilişkili değişkenlerin dışındaki birçok farklı etkenlerle karşı karşıyadır. İşçiler, çalışma ortamlarında, değişik risklerle (diğer işçilerle olan ilişkiler, mesleki tatmin, fiziksel ve ruhsal gerginlik, vb.) karşı karşıya kalmaktadırlar. Diğer maddi eşitsizlik nedenleri de sağlık eğitiminin başka belirleyicileri ile sıkı ilişki içindedir.

Bu derleme çalışma grubunun eğitime verdiği önemi yansıtmaktadır ve Stevenson'un sosyal sınıfları oluştururken temel aldığı etkenlerle yakından ilişkilidir. Örneğin kültür, zenginlik ve güç mortaliteye sınıfsal farklılıklar kadar etki eden faktörlerdir.

Kültürel/Davranışsal tanımlama:

Çalışma grubu bu tanımlamanın hard versiyonunu şu şekilde ifade etmiştir:

"Dördüncü yaklaşım ise modern sanayileşmiş toplumlarda sağlık durumunun kültürel ve davranışsal tanımıdır. Hastalıkların ve ölümün ortaya çıkmasında bağımsız ve

otonom nedensel roller vardır, düşünce ve davranışların buna benzer açıklamaları modern sanayi toplumlarına uyarlandığında, sıklıkla bireyin düşüncesiz, umursamaz, dikkatsiz ve sorumsuz davranışının kötü sağlık durumunun asıl belirleyicisi olduğunu ifade etmektedir.

Bu ifade, yüzyılın başında bebek ölüm nedenlerini annelerin sorumsuzluğuna bağlayan ve 1970'lerin ortasında ise kişisel sorumluluğun sağlığın sağlanması için gerekli olduğunu anlatan derlemeleri çağırıştırılmaktadır. Fakat çalışma grubu ise davranışlarla ilgili daha toplumsal (bireysel olmayan) bir sağlık modelini tartışmışlardır.

"Diğerleri sağlığın iyi ve kötü olmasına aracılık eden davranış; sınıfla ilgili ve sosyal yapılarla doğrudan belirlenen, sosyal açıdan farklı yaşam tarzları olarak tanımlar."

Çalışma grubu, tartışmasına Britanya'da eğitim sisteminin sınıf yapısını belirlediğini ifade ederek devam etmiştir.

Kültürel / davranışsal tanımın "hard versiyon"una göre yaşam süresinde ve sağlıkta sınıflar arasında gözlenebilen farklılıklar bulunmaktadır ve bu farklılıklar tamamıyla sağlığa zararlı davranışlar sonucu ortaya çıkmaktadır (sigara içmek, kötü beslenme, sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı). Tanımın "soft versiyon"unda, sağlığa zararlı belirli davranışların sosyal sınıflara göre değiştiği, bunun da hastalık ve erken ölümlerle beraber görüldüğü ifade edilebilir. Sigara içme, beslenme yetersizlikleri ve benzeri davranışlar düşük mesleki sınıflarda daha yaygındır ve bu davranışlar sağlığı tehlikeye sokabilmektedir. Yine "soft versiyon"da bu tür davranışların neden daha fakir gruplarda daha yaygın olarak görüldüğü sorgulanmaktadır. Çalışma grubunun politik önerileri olarak yansıyan soft versiyonda üçüncü öncelik sağlığın geliştirilmesi için koruyucu ve eğitici çalışmalara; "bu çalışmalar da kollektif çalışmaları (sigara reklamlarının yasaklanması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, vs.) ve direkt sağlık eğitimini içermektedir" ihtiyaç olduğudur. Sigara içme, alkol tüketimi, beslenme vs. gibi davranışların sağlık üzerindeki etkilerinin gösterilmesine rağmen bu davranışların gelişiminde genetik eşitsizliklerin de önemli olduğuna dikkat çekilmektedir.

Soft\Hard ayırımı

Çalışma grubunun 4 tanımlamasının "hard" ve "soft" versiyonu arasındaki farklılık birçok nedenden dolayı önemlidir.

İlk olarak, çalışma grubu için, sağlıkta gözlenen eşitsizliklere getirilecek olası itirazlar konusunda herkesten önce davranmak hem siyasal hem de bilimsel yönden önemli olmuştur. Bunu da "hard versiyon"un artefakt, seleksiyon ve davranış tanımlarına önce itiraz ederek, sonra da bu tanımları reddederek gerçekleştirmiştir. Sağlıkta gözlenen eşitsizliklerle ilgili itirazlar, bu konudaki farklılıkların değerlendirilmesinde yapılan hatalarla, sağlık durumu nedeniyle

sosyal yer değiştirme veya sağlığa zarar verici davranışlar konusundadır. Tüm bunlar sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için düzenlenen sosyal politikalarda eksiklikler olduğu saptamalarını haklı çıkarmaktadır.

Ondokuzuncu yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında soybilimcilerle çevrebilimciler veya diğer bir ifadeyle bebek ölüm hızlarının yüksekliğini gebelik sürecindeki davranış bozukluklarına atfeden grup arasında başlayan tartışma 1970-80'lere kadar devam etmiştir. Soybilimci ve davranışçı görüşün sürekliliğiyle ilgili kanıtlara İsveç'te rastlanmaktadır. Sağlıktaki sosyal eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen 1985 İsveç Sağlık Bütçesi, toplumda kötü sağlığın tesadüfi olduğunu ve eğer gruplararası farklılıklar varsa bunun nedeninin bireysel yaşam tarzıyla ilgili olduğunu savunan muhafazakarlar tarafından engellenmeye çalışılmıştır. 1990'lı yıllarda hala bu tür görüşleri çürütme ihtiyacı duyulmaktadır. Bu nedenle sağlıktaki eşitsizliklere karşı yapılacak girişimlerde halkın veya hükümetin desteğini almak için düzenlenen toplantılarda, yöneticiler, konuşmacılar sağlıktaki eşitsizliklerin bir artefakt olmadığını, sosyal seleksiyonla örtbas edilemeyeceğini ve sadece bireysel davranışlara atfedilemeyeceğini vurgulamalıdır.

İkinci olarak, çalışma grubu artefaktı, seleksiyonu ve davranışsal tanımların "hard versiyonunu" reddettiğini ve materyalist/yapısal tanımlamayı benimseyerek hem "hard" hem de "soft" versiyonu kabul ettiğini göstermiştir. Bu nokta sıklıkla yanlış anlaşılır ve raporun pek çok sonuç özetinde çalışma grubunun; gözlenen sınıf farklılığının ölçüme dayalı sonuçlardan ve/veya seleksiyon veya davranışların sağlıktaki sosyal sınıf değişimini etkilemediğini ifade ettiği vurgulanmaktadır. Bu durum, hard versiyonun örtbas edilerek soft versiyonun açıklanmasına yardımcı olunmasına dayandırılmaktadır.

Grup, materyalist/yapısal tanımı temel tanım olarak gördüğünü, seleksiyon ve davranışın hiçbir rolü olmadığını ifade etmiştir:

"En iyi cevap materyalist yaklaşımın bazı şekillerinde saklıdır. Şüpheli yoktur ki tüm kanıtlar içerisinde daha ikna edici olan kültürel, sosyal, seleksiyon gibi alternatif terimlerin kullanılmasıdır. Dahası, tanımlar arası farklılıklar, yaşam döngüsünün evrelerine uygun olarak daha etkili olabilir"

Üçüncü olarak, Black raporunun yayınlanmasını izleyen 10 yıl içerisinde, Britanya literatüründe raporun sonuçları ile ilgili Birleşik Krallık dışındaki izleyicileri şaşırtan birçok tartışma meydana gelmiştir. Bu şiddetli tartışmaların bir yorumu artefakt, seleksiyon ve davranışsal tanımlamaların soft versiyonunun desteklenmesi anlamına gelirken, hard versiyonunun desteklenmesi şeklinde yanlış yorumlanabileceği ve böylece bilimsel ve siyasi açıdan geçersizliğinden dolayı reddedilebileceği olabilir. Bu tartışmaların düzeyini belirtebilmek için zaman içindeki ölüm hızlarını karşılaştırırken güvenilirlik ve geçerlilik

hesaplamalarında zorluklar olduğu, kötü sağlığın ve özürlülüğün sosyal dezavantajlara neden olduğu veya düşük sosyal sınıflarda yüksek sigara içme hızının yüksek mortaliteye eşlik ettiği söylemleri bilinmektedir. Ayrıca sağlık sorunlarında sınıf farklılıkları olmadığı veya eğer olsa bile Darwinci sosyal seleksiyon söylemleri ile eşleştirilmiş gibi gösterildiği belirtilebilir. Sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin savunulmasının gerekliliği anlaşılabilir, eşitsizlikleri azaltmak için girişimlerde bulunmak; ve gözlenen farklılıkların gerçek olmadığı veya gerçekten artmadığı ve/veya bu farklılıkların sosyal seleksiyona, bireysel seçilmiş davranışlara bağlı olarak meydana geldiği düşüncelerine karşı çıkılarak bu kavramlar belki anlaşılabilir hale getirilebilir. Politik düzeyde önemli olan bu tepki artefaktı, seleksiyon ve davranışsal tanımlamaların hard versiyonunu kanıtlarla çürütmek için çok çaba sarfedildiği anlamına gelir.

ÖNERİLER

Çalışma grubunun araştırmalar ve politikalar için önerileri oldukça kapsamlıdır: Bununla beraber literatürde sağlık alanındaki önerilerin 3 temel önceliği bulunmaktadır. Bu öncelikler,

- 1) Çocukların yaşamlarına daha iyi koşullarda başlamaları,
- 2) Özürlülerin hastalıklarına ve yoksulluğun ağır yüküne katlanabilmeleri ve
- 3) Sağlığı geliştirmeye yönelik koruyucu ve eğitimsel faaliyetlerin başlatılması adına önem taşımaktadırlar.

İkinci olarak sosyal politika; iki temel öncelik içermektedir;

- 1) Geniş bir yoksulluk karşıtı girişim ve
- 2) Eğitimin geliştirilmesi

Ve üçüncü olarak da araştırma 6 öncelik içermektedir;

- 1) Çocuk gelişim surveyansı,
- 2) Sigara içme, beslenme, alkol kullanımı ve egzersiz gibi davranışların sağlık etkilerinin incelenmesi,
- 3) Kaynak dağıtımında kullanılmak üzere sosyal koşulların ve sağlık göstergelerinin gelişimi,
- 4) Mesleki koşullar ve çalışma yaşamı ile ilgili olarak sağlık tehlikelerinin araştırılması,
- 5) Özürlülerin prevalans ölçümlerinin yapılması,
- 6) Küçük bölgelerde zaman içerisinde sağlık sorunlarını etkileyen sosyal faktörlerin karşılıklı etkileşimi.

BLACK RAPORU'NDAN SONRA**Politik tepki**

Çalışma grubunun raporu 1980 yılında, İngiltere'de Thatcher başkanlığında 1979'da iktidara gelen Muhafazakar Hükümete sunuldu. Hükümet raporu olumsuzlayan bir değerlendirme yaptı:

"Grubun, sağlıkta eşitsizliklerin değişik nedenlerini çözümlenmede fazla gelişim gösterememelerinin hayal kırıklığı ile beraber, karşılaştıkları güçlükler verili ölçüm teknikleri düşünüldüğünde belki de şaşırtıcı değildir... Grup, ancak kamu harcamalarında büyük ve kapsamlı bir düzenleme programı ile bu yapının değişebileceği görüşüne varmıştır. Şunu açıkça ifade edelim ki, raporun önerileri doğrultusunda oluşabilecek ek harcamalar günümüz için veya ilerideki herhangi bir ekonomik dönemde hiç de gerçekçi değildir. Tanımlanan sorunların çözümünde bu tür harcamaların yararı kuşkuludur."

İzleyen on yılda, Britanya'da rapora karşı oluşan politik ve kamusal tepkiler başka bir makalede belirtilmiştir. Bu makalenin geri kalan kısmında raporun miras bıraktığı araştırmalar ve Avrupa ve diğer bölgelerde yapılmış bazı araştırma ve politik girişimler anlatılacaktır.

Araştırma/Politik Etkinlikler

Önceki 20 yılla karşılaştırıldığında, 1980'ler ve 1990'larda sosyal eşitsizlikler üzerine çok daha fazla araştırma yapılmıştır. Britanya'da en azından halk sağlığı alanındaki akademisyenlerin devam eden çalışmaları konuyu politik gündemde tutmuştur. Aşağıda kısa tarih kapsamlı bir döküm vermekten çok bu noktalar göz önüne serilmeye çalışılmıştır.

Birleşik Krallık'ta ekonomik ve sosyal araştırma konseyi bu alanda daha ileri çalışmalar yapılması için Raymond Illsy başkanlığında bir komite oluşturmuştur. Bu başlangıcın bir sonucunda Richard Wilkinson ve Raymond Illsley tarafından 1983 yılında Londra'da organize edilen ulusal toplantı gerçekleştirildi. Bu toplantı Wilkinson'ın "Sınıf ve Sağlık: Araştırma ve İleriye Dönük Veriler" adlı kitabı ile sonuçlanmıştır. Avrupa Bilim Vakfı, John Fox'un "Avrupa Ülkelerinde Sağlıkta Eşitsizlikler" kitabı ile sonuçlanan, 1984, 1985, 1986 yıllarında Londra'da yapılan bir toplantılar dizisini desteklemiştir. 1984 yılında Tıbbi Araştırma Konseyi'nin Tıbbi Sosyoloji Birimi (Obstetrik Tıp Araştırma Birimi'nin yerine kurulmuştur) sağlığın sosyal yapısını çalışmak için yeni bir ödenek ayrılmasını kabul etmiştir. Sağlıkta eşitsizliklerin gösterilmesi ve tartışılması sağlık araştırmaları ile ilgili konferanslarda geniş ölçüde yer almış ve bu konuda yayınlanmış metaryallerin sayısı oldukça artmıştır (Britanya'da ortalama her yıl 40 makale yayınlanmıştır.).

1981 Nüfus Sayımı ile ilgili on yıllık mesleki mortalite

verileri ek olarak yayınlanmıştır. Bu veriler sosyal sınıf mortalite hızlarına geleneksel vurgu yapılmadan -ki bu konudaki bazı veriler ancak mikrofişlerden elde edilebilirdi- 1986 yılında yayınlanınca, Britanya'da sosyal eşitsizliklere duyulan ilgi daha da arttı. Basında ve tıbbi dergilerde konuyla ilgili yorumlar sıklaştı ve Tıbbi Araştırma Konseyi on yıllık ek verilerin içeriğini ve sorunlarını tartışmak amacıyla bir toplantı düzenledi.

Bu verilere dayanan makaleler 1971'den sonraki on yıllık sürede saptanan ölümlerdeki sosyal sınıf farklılıklarının arttığını gösteriyordu. Bu artış konuya ilgilerin yoğunlaşmasına neden oldu. Çünkü bu durum devam eden veya artan eşitsizliklerin, savaş sonrası sosyal iyileşmelerin etkisiyle açıklanmasını güçleştiriyordu. Bir yıl sonra hükümetin fesettiğini açıkladığı sağlık eğitim konseyi Margaret Whitehead'ın "The Health Divide" adlı Birleşik Krallıkta ve diğer ülkelerde sağlıkta eşitsizliklerle ilgili geniş kapsamlı yeni bir derlemesini yayınladığında konu ile ilgili yorumlar arttı.

British Medical Journal, Lancet ve J. Pub Health Medicine'da. Black raporunun onuncu yıl dönümü ve etkileri tartışan makaleler yayınlanınca 1990'da Britanya'da konunun halk sağlığı gündemindeki yeri tekrar önem kazandı. 1991'de hükümetin halk sağlığı hedefinin ilk taslığı yayınlandı ve sağlıkta eşitsizliklere yeteri kadar odaklanmadığı için eleştirildi. (Sosyal eşitsizliklerin dikkate alınmaması Sağlık Bakanlığı'nın 1990 tarihli yıllık raporu ile çelişmekteydi. Bu raporda Sir Donald Acheson, sosyal gruplar arasındaki eşitsizliklerin devam etmesini önemli bir problem olarak ifade etmekteydi. Hükümetin halk sağlığı hedefinin son versiyonu olan sosyal farklılıkları 5 başlık altında tartıştı (Koroner hastalıklar ve inme, kanseller, ruh sağlığı, kazalar ve cinsel sağlık) fakat bu farklılıkların azaltılması için özgün hedefler önermek yerine, bu konularda daha fazla araştırmalar yapılması ihtiyacını dile getirdi.

BMA, BMJ ve Avrupa Halk Sağlığı Birliği konuyla ilgili olarak değişik tarihlerde toplantılar düzenlediler. Tıbbi Araştırma Konseyi "sağlıkta sosyal farklılıklar" konusunu 1993'teki yıllık raporunda öncelikli konu olarak belirtti ve 1995'te ekonomik ve sosyal araştırma konseyi 4 milyon paundluk kanunla ilgili bir araştırma programı finanse etti. 1994'te Sağlık Bakanlığı ve NHS'nin sözü edilen anahtar alanlarda sağlıktaki sosyal farklılıkları azaltmak için ne gibi müdahaleler yapılması gerektiğini önermesi için bir çalışma grubu kuruldu. 1995'te bir rapor yayınlandı. Böylece Britanya'da Black raporunun yayınlanmasından itibaren halk sağlığı camiasından sağlıktaki eşitsizlikleri araştırmak ve politik gündemde kalmasını sağlamak için yoğun baskı geldi ve geniş çaplı araştırmalar yayınlandı.

Benzer şekilde Avrupa'da sağlıkta eşitsizliklere ilgi devam etmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi için bir sosyal eşitlik ve sağlık programı 1983 yılında düşünülmüştür. Bu program sağlıkta eşitsizlikler de odaklanan Avrupa Tıbbi Sosyoloji Birliği'nin 1983 yılında kurulmasını

sağlamıştır. 1984 yılında DSÖ Avrupa Bölgesinde sağlıkta eşitsizlikleri tartışmak üzere 20 Avrupa ülkesi profillerinin ek alındığı bir toplantı düzenledi ve 1987'de Lizbon'da bir diğer 18 ülke rapor serisinin tartışıldığı toplantı düzenlendi. Herhangi bir izleme uygulanamayan ülkelerde sağlıkta eşitsizlikleri tartışmak amacıyla 1989 yılında Polonya'da bir toplantı düzenlendi ve bunu hem Doğu hem Batı Avrupa'daki eşitsizlikler üzerine bir diğer toplantı izledi. Tüm bu DSÖ araştırma toplantılarında Raymond Illsley ve Per Grunner Svesson anahtar kişilerdi.

DSÖ Avrupa Sosyal eşitlik programının politika boyutunu, araştırma boyutu ile beraber yürüttü. 2000 yılında Herkes İçin Sağlık Avrupa bölgesi hedeflerinde 38 hedeften birincisi 1984 yılında tüm üye ülkeler tarafından oybirliği ile kabul edildi:

"2000 yılına kadar ülkeler ve ülke içindeki gruplar arasındaki sağlık durumunda var olan farklılıklar, dezavantajlı ülke ve grupların lehine en az %25 oranında azaltılacaktır."

Bu hedefe ulaşabilmek için konuyla ilgili politikaların uygulanmasına, 90'lı yıllarda başlanabildi. Hollanda, İsveç ve Avusturya gibi pekçok ülke kendi ulusal sağlık planlarında bu hedefe veya benzerine yer verdi.

Avrupa Topluluğu her bir ülkede yapılan çalışmalarını seçip gözden geçirerek Batı Avrupa'da araştırmacılar arası işbirliğini geliştirmeyi amaçlayan "sağlık ve sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik faktörler" projesini desteklemeyi üstlendi. Tüm bunlar 1991'de Lizbon'da çalışma grubu toplantısında tartışıldı ve yayınlandı.

Avrupa'da bu konuda geniş kapsamlı araştırmalar yayınlandı. Britanya, Hollanda, İsveç ve Finlandiya'da bu alandaki araştırmalarda aktif rol alan ve makalelerinde Black raporundan genelde özel olarak bahseden sosyolog ve epidemiyologlar tarafından, Kuzey Amerika'da da sağlıkta gözlenen sorunların başında sosyoekonomik durum ile sağlık arasındaki ilişkinin olduğu konusunda görüş birliği oluştu. Fakat bu süreçte Black raporuna veya Avrupa da yapılan ampirik ve kavramsal çalışmalara fazla atıfta bulunulmadı (bir istisna Whitehall çalışmasıdır. Kuzey Amerika'daki çalışmalar sırasında sıklıkla atıfta bulunmuştur).

Birleşik Krallık'ta tanımlamalarla ilgili tartışmalar

İlginçtir ki, Black raporundan sonra yayınlanan birçok makalede eşitsizliklerin kapsamından çok eşitsizliklerle ilgili tartışmalara yer verilmiştir. Örneğin bu terim iki veya daha fazla farklı bakış açısını ifade etmektedir. Her bir görüşün savunucuları diğerlerini ikna etmeye çalışmışlardır.

Bu kutuplaşmış bakış açılarının başlıca örnekleri Wilkinson ve Illsley arasındaki (seleksiyonun katkısını konu alan), Townsend ve Klein arasındaki (trendlerin yorumlanması hakkındaki), Illsley ve Hart arasındaki ve

Stroy ve Daves Smith, Blane ve Bartley ile Towsned arasındaki yayınlanmış tartışmalardır. Burada amaç, yapılmış tartışmalara detaylı olarak geri dönmek değil, fakat daha çok Britanya dışındaki gözlemciler için karmaşık bir hal alan bu tartışmaları tarihsel çerçevesine oturtmaktır. Bir başka ifadeyle Black raporuna sadece politik tepkilerin değil, bu konudaki diğer alanlardaki (akademik vb.) tartışma ve gelişmeleri de ortaya koyabilmektir.

Bu tartışmalara anlam kazandırmanın bir yolu, bunların kısmen, Black raporunda sunulan tanımlayıcı modellerin "hard" ve "soft" versiyonları arasındaki, yüzyılın başında soybilimciler ile çevrebilimciler arasında yaşanan uyumsuzluk bağlamında kafa karıştırıcı durumdan kaynaklandığını, kısmen de çalışma grubunun İşçiPartisi Hükümeti tarafından oluşturulduğu halde raporun kamu harcamalarını kısmayı ve serbest pazar ilkelerini yeniden tanıtmayı vadeden bir muhafazakar hükümete sunulması gerçeğinden kaynaklandığını göstermektir. Bu bağlamda seleksiyon tanımının "hard" versiyonu, -ki gözlenen sosyal farklılıkların bireylerin doğal bir süreç içerisinde sağlık durumlarına göre uygun sosyal konuma yerleştiklerini ileri sürer- sadece soybilimcilerin geleneğinde değil, yeni muhafazakar hükümetin bakış açısıyla da uyumludur. Hem artefakt tanımlamasının "hard" versiyonunun (sağlıkta sosyal farklılık yoktur dolayısı ile bunu sorun yapmaya gerek yoktur), hem de "davranış" tanımlamasının "hard" versiyonunun (farklılıklar sağlıklı ilgili bağımsız seçilmiş davranışların sonucudur) hükümetin bakış açısıyla ideolojik olarak uyumlu olduğu söylenebilir.

Bu bağlamda ister etiyolojik ister politik sebepler için olsun, "soft" versiyona ait öğeleri elde etmenin yarar sağlayabileceği önerileri, sosyoekonomik farklılıkları açıklamak şöyle dursun, bunları örtbas etmek için başvurulan bir yol olarak yorumlanabilir (ve sıklıkla da yorumlanmıştır). "Hard" versiyonları benimsemiş, yayınlanmış çok az çalışma örneği vardır (en dikkate değer Himsuwort tarafından yayınlanan sosyal sınıf farklılıklarının olası genetik temeli üzerine olan çalışma ve daha sonra yayınlanan, Le Fanu'nun artefakt ve davranış modellerini birleştirerek sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi hareketine karşı çıktığı kitapçıdır. Sosyal bilim ve tıp çevrelerinde Black raporunun genel ilkelerine çok büyük destek verilmiştir (örneğin; sosyal sınıflar arasında ölüm oranlarında belirgin ve süregiden bir fark vardır ve bunun için birşeyler yapılmalıdır). Fakat çalışma grubunun sonuçlarına yönelik herhangi bir değiştirme veya düzeltme önerisinin Muhafazakar Parti Hükümeti tarafından raporu reddetmek amacıyla kullanılabileceği endişesi vardır (örneğin raporun 1992 Penguin baskısının tanıtımı veya Davey Smith, Bartley ve Blane'nin, Strong'un 10. yıldönümünde Black raporu için yaptığı gözden geçirmeyi eleştiren yazılarında ima ettikleri Carr Hill, Illsley, Klein ve Stroy gibi akademisyenlerin raporun gerekçelerine ve raporun meşruiyetine meydan okumak için Thatcher hükümetince de desteklenen çalışmaları yardımcı olabilir.)

Yöntemsel Gelişmeler

Black raporundan bu yana sosyoekonomik durumun, sağlığın, erken ölümlerin ve eşitsizliklerin ölçümünde büyük gelişmeler olmuştur. Ayrıca, izlem araştırmaları ve veriler arasında daha iyi bağlantılar kurulması, nüfus sayımı verilerinin sınıf ölüm hızlarının hesaplanması için payda olarak kullanılmasından doğan bazı sorunların çözümlenmesine yardımcı olmuştur.

Sosyoekonomik durumun (SES) Ölçülmesi: Britanya dışındaki Hollanda ve A.B.D. gibi diğer birçok ülkede meslekler, yaşam istatistikleri içinde düzenli olarak yer almamaktadır ve bu nedenle eğitim, SES'in göstergesi olarak kullanılmaktadır. Oysa Britanya'da bitirilmiş okul yılları arasındaki fark çok az olduğundan eğitim, genellikle SES göstergesi olarak kullanılmamaktadır. Blacak raporundan sonra bu iki yaklaşım birleştirilmiştir. Britanya'ya ait verilerde eğitim ulusal karşılaştırmalarda; İsveç, Yeni Zelanda gibi ülkelerde de Genel Kayıt Ofisi mesleki sınıflamasına benzer sınıflamalar kullanılmaya başlanmıştır.

Servet ölçütleri (örneğin gelir, ev veya araba sahipliği); mesleki sınıf, yaşanılan çevre, veya memnuniyet derecesi gibi sosyal sınıflama göstergeleri ile birarada veya onlara alternatif olarak, Britanya'da gittikçe artan oranda kullanılmaya başlanmıştır. Bu göstergeler morbidite, mortalite ve yetişkin yaşamındaki risk faktörlerinde tutarlı ve belirgin farklılıklar meydana getirmiş; mesleki sınıflar arasındaki farkın Genel Kayıt Ofisi'nin mesleki sınıflamasının yarattığı artefaktan kaynaklandığı hipotezini çürütmüştür. Bu göstergeler ayrıca sağlık ölçütlerindeki farklılıkların azaldığının gizlendiği adolesanlarda bunun mesleki sınıflamanın adolesanlardaki yetersizliğinden kaynaklanan bir artefakt olup olmadığını kontrolünde ve yine aynı şekilde ne kendisinin ne de kocasının mesleki sınıfının uygun bir ölçüt olmayabileceği düşünülen kadınlar için alternatif sosyal sınıflamalar oluşturulmasında ve çalışmayan yaşlı insanlar için kullanılmıştır. Kadınlar için kendi meslekleri, kocalarının meslekleri veya bu ikisinden hangisi üst sınıfta ise, o kullanılarak gözlenen farklılıklar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır.(bunun tersi çok az uygulanmıştır, kadınların mesleklerinin kocalarının sağlığını etkileyebileceği savı akla uygun görünse bile).

İşteki (örneğin Londra'daki sivil hizmetler, İngiliz ordu-su, ulusal sağlık hizmeti) statüler de sosyal hiyerarşide pozisyon belirleyicisi olarak kullanılmıştır. Bu uygulamanın sosyal sınıf farklılıklarından daha derin farklılıkları ortaya çıkardığı bulunmuştur. Örneğin NHS içinde tüm nedenlere bağlı ölümler erkek hekimler arasında sosyal sınıf I erkeklerden düşükken, hastanede kol gücü ile çalışanlarda ise (müstahdemler, ambulancılar) sosyal sınıf I erkeklerden daha yüksektir.

Britanya'da toplum tabanlı yoksunluk göstergeleri de geliştirilmiştir; İskoçya'da kullanılan Carstairs'inki gibi (işsiz erkeklerin, kalabalık hanelerin, araba sahibi olmayan hanelerin ve son nüfus sayımında sosyal sınıf ve kişilerin oranına

dayanır) ve İngiltere'de kullanılan Townsend'in ölçütü (araba sahibi olanların, kalabalık hanelerin, ev sahibi olmayanların ve son sayımda işsizlerin oranına dayanır) gibi. Bu göstergelerin önemi adresi bilindikten sonra hane bazında herkese tek tek uygulanabilir olmasıdır (hangi yaşta olursa olsun, erkek veya kadın olsun, çalışıyor veya işsiz olsun). Haneye ait verilere ulaşılamadığı durumlarda sıkça bireysel düzeydeki yoksunluk için ikame olarak kullanılmasına rağmen, lokal bir alanda yaşayanların sosyal kompozisyonunu belirten bir gösterge olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Bu göstergeler lokal bölgenin sosyal kompozisyonu dışında diğer özelliklerini açıklamaz ve bu skorlara sahip bölgeler oldukça homojen olabilirken, skurun dağılımında orta sırada yer alan bölgelerde çok zenginler ve çok fakirler birarada bulunabilirler. Değişik SES ölçütlerinin kullanılması çeşitli SES indekatorleri ile sağlık ölçütleri arasındaki ilişkinin daha açık hale gelmesine yardımcı olmaktadır. Hangi ölçüt kullanılırsa kullanılsın gözlenen eşitsizlikler devam etmekte olduğu gösterilmiştir.

Fakat bazı SES ölçütlerini kullanmak her zaman için analizlere yardımcı olmadığı gibi bazen bu ölçütlerin ve sağlıkla ilişkilerinin kavramsallaştırılması yeterince açık olamamıştır. Örneğin ev ve araba sahibi olma durumu refah göstergeleri olarak sağlığı dolaylı olarak mı etkiledikleri yoksa doğrudan kendileri mi sağlığı etkilemektedirler? Bazen eğitim, ev ve araba sahipliği, işteki statü gibi ölçütler veya yaşanılan bölge; mesleki sınıflama veya diğer SES ölçütlerine alternatiflermiş gibi kullanılırlar ve mesleki sınıfı içeren belli sayıda indikotorun birleştirilmesi ile bazı göstergeler geliştirilir. Bazıları sosyal sınıfı diğer ölçütlerden önce gelen bir kavram olarak ele alırlarken bunun belirleyici olduğunu, ancak maddesel yoksunlukla, eğitim seviyesiyle, mesleki hiyerarşideki konumuyla eş olmayan ve dalyısı ile servete dayanan ölçütlerden ayrı tutulması gereken bir değişken olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin Arber ve Ginn konuyla ilgili şu açıklamaları yapmışlardır:

"Yaşlıları çalışırkenki sınıflarına göre değerlendirmek yerine; gelir, ev sahipliği ve servet sahipliği gibi mevcut maddi olanaklara göre sınıflama, alternatif bir sınıf göstergesidir. Fakat biz bu iki yapısal boyutu kavramsal olarak ayrı tutmanın gerekli olduğunu savunuyoruz. Yaşlıların işlerindeki eski konumlarına dayanan mesleki sınıflar, mantıksal olarak mevcut maddi kaynaklarından önceliklidir ve bu kaynaklar üzerinde belirleyici etkisi vardır."

Townsend benzer şekilde sosyal sınıf ve etnik kökenin kendi yaptığı toplum tabanlı araştırmaların verilerine göre yoksunluk ölçütüne dahil edilmesinin önemini savunmaktadır. Bunları dahil etmek, yoksunluğun yapısal nedenleri ile yoksunluğun kendisini aynı kefeye koymaya ve sınıf ve etnik köken gibi sosyal yapıya ait ölçütler ile maddi veya sosyal yoksunluk arasındaki ampirik ilişkiyi inceleme olanağının ortadan kalkmasına neden olacaktır. Toplum tabanlı yoksunluk ölçütlerinin kullanımında, bunların bireysel yoksunluk (bu kişi yoksul insanların çok olduğu bölgede yaşadığına göre kendisi de yoksuldu)

ölçütü olarak mı yoksa sosyal çevrenin mi yoksun olduğu ile ilgili bir ölçüt olarak mı (bu insan yoksul insanların çok olduğu bölgede yaşadığına göre büyük olasılıkla kötü çevre koşullarına, kısıtlı iş imkanlarına maruz kalmaktadır) kullanıldığı konusunda da kavramsal bir belirsizlik bulunmaktadır.

Sağlığın veya erken ölümlerin ölçülmesi. Black raporu hazırlanırken esas olarak perinatal ve bebek ölüm hızları, 10 yıllık nüfus sayımları esnasındaki çalışma yaşındaki nüfusun tüm nedenlerden ölüm hızları, yıllık genel hane halkı taramalarından elde edilen kronik hastalık sıklığı ile aktivitenin kısıtlandığı gün sayısı ve sağlık hizmetine başvuru sayıları kullanılmıştır. Raporun yayınlanmasından sonra sağlık, fonksiyonlar ve erken ölümlerle ilgili geniş çapta ölçütler geliştirilerek kullanılmış ve gelinen noktada sağlık tek boyutlu bir kavram olmaktan çıkartılmıştır.

Sağlığın birçok boyutunda sosyal eşitsizlikler bildirilmektedir. Bunlar, kronik hastalıkları, eğer olağan aktiviteleri kısıtlıyorsa bu duruma neden olan semptomları, genel sağlıkla ilgili algıyı (algılanan sağlık), psikososyal veya ruh sağlığını ve kısıtlanmış aktiviteleri içermektedir. Göreceli olarak uzun süreli bireysel özelliklerle tanımlanan sağlık durumu (health status), göreceli olarak kısa süreli bireysel özelliklerle tanımlanan (var olan semptomlar gibi) sağlık durumuna (health state) göre sosyal farklılıklardan daha çok olarak etkilenmektedir. Sınıf konumuna göre mortalite veya morbidite ölçütlerinde oluşan daha derin farklılıklar, yaş grupları dikkate alındığında değişebilmektedir. Beyan edilen sağlıkta, sağlıklılığın veya yetiyetersizliğinin farklı sosyal sınıflar arasında değişik tanınma ve bildirilme eşiklerine sahip olması, bu tür bildirimde göre tanımlanan hastalıkların söz konusu olmadığı fiziksel gelişim ve fonksiyonellik gibi doğrudan ölçümlerin önemini belirgin bir şekilde ortaya koymuştur. Bu nedenle doğum ağırlığı, boy, ağırlık/boy oranı, kan basıncı, solunum fonksiyonları gibi ölçütler artık birçok çalışmada yer almaktadır.

Black raporu, 10 yıllık verilere ek olarak yayınlanan yaş ve cinsiyete göre standardize edilmiş mortalite hızları üzerinde yoğunlaşmıştır. Yetiyetersizliği olmaksızın yaşam beklentisi, kaybedilmiş potansiyel yaşam yılı ve yanlış tedavinin neden olduğu mortalite hızları gibi yeni kullanılmaya başlayan ölçütler (measures) daha düşük sosyal sınıfta olan kişilerin sadece erken ölmediklerini, yaşadıkları süre içinde de daha fazla sakatlandıklarını göstermiştir. Bu ölçütler, yaş ve cinsiyete göre standardize edilmiş mortalite hızlarına ve yanlış tedavinin neden olmadığı hastalıklara göre sosyal sınıf farklılıklarını daha derin olarak ortaya çıkarmıştır. Bu verilerle sınıf farklılıklarının boyutunun ortaya konusu bazı sağlık ölçütlerinin kullanımına bağlı olarak veya morbidite ve mortalite hızlarının kullanılıp kullanılmadığına göre veya kullanılan mortalite ölçütlerine göre değişiklik gösterebilir.

Eşitsizlik ölçütleri. Ülkelerarası en yüksek ve en düşük sınıfların mortalite hızlarını zaman içinde karşılaştırmak için kullanılan ölçütler esasen Black raporunda ve raporu

izleyen erken dönemde kullanılmıştır. Bu ölçütler, çoğunlukla en düşük sosyoekonomik gruptan en yüksek gruba kadar tüm gruplardaki mortalite hızlarını kapsamaktadır (örneğin Black raporuna göre sosyal sınıf V'deki mortalite, sınıf I'deki mortaliteden 2.5 kat daha fazladır). Eşitsizlikleri tanımlamak ve karşılaştırmak için yeni yöntemlerin kullanımı gittikçe artmaktadır. Bu yöntemler, sadece eşitsizlik indeksi ve konsantrasyon indeksinin eğiminin keşişeceğini ileri süren Wagstaff ve arkadaşları tarafından ayrıntılı olarak gözden geçirilmiştir:

"Bu bağlamda eşitsizlik ölçütlerinin geliştirilebilmesi için kullanılması gereken değişkenler, sağlıktaki eşitsizliklerin varlığına sosyoekonomik boyut kazandırır".

Bu tip ölçütler, önce, eşitsizliklerdeki zaman içerisinde meydana gelen değişimlerin analizinde kullanılmış; daha sonraları da hem ülkeler arasındaki sosyoekonomik karşılaştırmalar için hem de zaman içindeki değişimlerin ortaya konması için yapılan ileri analizlerde kullanılmıştır.

İzlem araştırmaları, birleştirilmiş veri grupları ve diğer uygulamalar. Uygulamalar Valkonen sosyoekonomik değişim çalışması için dört farklı tip çalışma biçimi tanımlamıştır: kesitsel bağımsız çalışmalar, bağımlı kayıt çalışmaları, sosyal faktörler ve sağlık çalışmaları için tasarlanmış çalışmalar ve ekolojik çalışmalar. Black raporunun yayınlanmasından sonra, kesitsel çalışmaların yönteminden kaynaklanan sınırlılıkları aşabilmek için pek çok izlem araştırmaları gerçekleştirilmiş ve değişik dergilerde yayınlamıştır. İskandinav ülkelerindeki nüfusun küçük olması nedeniyle toplumun bütün bireylerine ulaşılarak veri toplayabilme olanağı varken, ABD, Fransa ve Britanya'da gerçekleştirilen çalışmalarda toplumu temsil eden örnek(ler) seçme zorunluluğu vardır. Bu tip çalışmalar topluma ulaşılarak ayrıntılı veri toplanabildiği için avantaj sağlarlar.

1980'li ve 1990'lı yıllarda özellikle Britanya'da 1946 ve 1958 doğum kohortlarını içeren çalışma, Whitehall çalışması ve Batı İskoçya bölgesinde yapılan 20-07 çalışması sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalardan bazılarıdır. Kesitsel araştırmalardan da; İskandinav ülkelerinde ve İngiliz genel hane halkı anketinde olduğu gibi, hükümetler tarafından üzerinde durulan genel amaçlara yönelik veya İskoç kalp sağlığı anketinde olduğu gibi sadece sağlığın özel bir başlığıyla ilgili çok değerli sonuçlar elde edilmiştir.

Sınıflararası ölüm oranlarının zamana göre karşılaştırılabilmesi için mesleki sınıf gruplamaları üzerinde de çalışmalar yapmak gerekliliği doğmuştur: Örneğin Pamuk, Britanya nüfus sayımı dönemlerine göre yapılan karşılaştırmaların geçerliliği ile ilgili (improve) düzenlemeler yapmak için değişik yöntemler geliştirmiştir. Bu düzenleme kapsamında; 1921-23, 1930-32, 1949-53 ve 1959-63 yıllarına ait Mesleki Mortalite Raporu'nda belirtilen tüm mesleklerin, 1970 yılında yapılan mesleki sınıflandırmaya göre yeniden sınıflandırılması; hatalı ölüm hızı hesaplamalarına neden olabilecek mesleklerin bu sınıflandırmanın

dışında tutulması; ve 1922'den 1971'e kadar olan yıllardaki 143 meslek grubunun gözden geçirilmesi; bulunmaktadır. Gerçekleştirilen farklı sınıflandırma çalışmaları sonucunda sağlıktaki eşitsizliklerin 1950 ve 60'larda artış gösterdiği belirtilmiştir. Marmott ve McDowall, 1971 ve 1981 yılları arasında karşılaştırma yapabilmek için mesleki sınıfları kolgücü kullanılan (manuel) ve kolgücü kullanılmayan (non-manuel) olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Bu gruplamayı yaparken de on yıllık sürede bu iki grup arasında çok küçük bir hareketlilik olduğunu, kolgücü kullanmayan grupta görülen % 4'lük bir artışın, eşitsizliklerin artmasının nedeni olarak gösterilmesinin bu verilerin ışığında geçersiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Black Raporu'ndan bu yana temel deneysel konular

Birçok ülkede sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili pek çok çalışma yapılmış olmasına karşın hiçbirisinde konuya bu derlemede olduğu kadar etraflıca yer verilmemiştir. Dahası, ileriki dönemlerde gerçekleştirilmek üzere çalışma kapsamına dahil edilmiş yedi yeni konu da burada tanımlanmakta ve tartışılmaktadır.

Britanya dışındaki ülkelere ait veriler. Black Raporu oluşturulduğunda, diğer ülkelerde sosyal eşitsizliklerle ilgili çok az veri bulunmaktaydı. İsveç gibi zengin ülkelerde sağlıkta ve büyüme-gelişimde sosyal sınıf farklılıklarının yok olduğuna, bundan dolayı da sosyoekonomik farklılıklarla ilgili veri toplamaya gerek olmadığı zannedilmiştir. ABD'de mesleki sosyal sınıflarla ilgili veri toplamak, analizlerini yapmak ve yayınlamaya yönelik uzun süren bir gönülsüzlük dönemi olmuştur. Bunun nedeni kısmen toplumu sınıfsız olarak görme eğilimi, kısmen de sağlıktaki ırksal farklılıklardan dolayı konuya önem vermeme olabilir. ABD, ulusal yaşam istatistikleri kapsamında mesleki verileri olmayan az sayıdaki gelişmiş ülkeden bir tanesidir.

1980'den bu yana araştırmanın mortalite, morbidite ve büyümedeki sosyal sınıf değişimlerini gösteren büyük bir bölümü, bütün gelişmiş ülkelerde yayınlanmıştır. Bu uygulama öncelikle Britanya'yı tanımlamak veya Britanya'yı ve diğer ülkeleri karşılaştırmak için (örneğin Illsey ve Stevenson'un çalışmalarında olduğu gibi Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, Federal Almanya, Norveç, Polonya, Portekiz, İsveç ve İsviçre) gerçekleştirildi. Avrupa'da ülkeleri karşılaştırmak için benzer veri grupları ve ölçütler kullanılarak daha sistematik çalışmalar yapıldı. Bu çalışmaların gözlemlerle olan uyumsuzluğu erkeklerde kadınlara göre daha fazladır: Örneğin Valkonen, 6 Avrupa ülkesinde eğitim yılları ve mortalite arasındaki ilişkiyi benzer ve doğrusal değişim gösterir bulunduğu halde ona göre kadınlar için bu her zaman doğrusal değişim göstermemektedir. Yine Kunts ve arkadaşları tüm sağlık göstergeleri için erkeklerde benzer bir pattern olduğunu, ancak kadınlarda sağlık göstergelerinde bu anlamda bir uyum olmadığını ortaya koymuştur. Sosyal sınıf eşitsizlikleriyle uyumlu olan ölüm nedenlerinin, ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği de ortaya konulan bir başka noktadır. Leclerc ve arkadaşları tara-

fından işsiz erkeklerde diğerlerine göre artan ölüm nedenlerinin Danimarka, Norveç ve Finlandiya için kazalar olduğu; İngiltere'de ve Galler'de kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve solunum sistemi hastalıkları olduğu, Fransa'da ise kanser, kazalar ve siroz olduğu ortaya konulmuştur.

Avrupa ülkeleri arasındaki eşitsizliklerin boyutunu değerlendirmek ve karşılaştırma yapmak için de çalışmalar yapılmıştır. Wagstaff ve arkadaşları daha önce yayınlanmış araştırmalar üzerinde yeniden çalıştılar ve, İsveç'te uzun süreli hastalıklardaki sınıfsal farklılıkların İngiltere ve Galler'e göre daha büyük olduğunu ve yine Finlandiya'daki 35-44 yaş grubunda mortalite hızlarında görülen eşitsizliklerin İngiltere ve Galler'e göre daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Kunst ve Mackenbach, 6 ülkeyi karşılaştırmak için eşitsizlik indeksi kullanmışlardır. Bu ülkeler için eşitsizlik indeksleri şöyledir: Norveç 0.18, Danimarka 0.23, İsveç 0.29, İngiltere ve Galler 0.40, Finlandiya 0.95 ve Fransa 1.66. Bu verilere göre, İngiltere ve Galler'deki mortalite eşitsizlikleri Norveç, Danimarka ve İsveç'e göre daha fazla, Finlandiya ve Fransa'ya göre daha azdır. Hem konu hem de farklı sınıflamaların kullanılması sonuçlarda değişiklik meydana getirmez. Bu çalışmalar dışında ABD, Avusturya, Yeni Zelanda gibi Avrupa dışı ülkelerde de mortalitede sosyal sınıf farklılıklarını gösteren veriler yayınlanmaktadır.

Sosyal sınıf eşitsizliklerinin artışı. Pek çok ülkeye ait veriler artan eşitsizlikleri göstermektedir. Britanya'da yapılan 1991 yılı sayımına ait mesleki mortalite ile ilgili on yıllık ek verilerin, 1997 yılına kadar yayınlanması planlanmamıştı. Ancak 1981-1991 sayımlarına göre daha çok ve daha az yoksun bölgeler arasındaki mortalite farklılıkları rapor edildi. Yine 1971-1981 sayımlarına göre mortalitedeki eşitsizliklerde artış saptandı ve son olarak OPCS'nin izlem araştırmasında bu sayım grubunun erkeklerine göre, 1980'lerin ikinci yarısından sonraki grubun erkeklerinde mortalitede artan eşitsizlikler belirlenmiştir.

Valkonen, Finlandiya'da eğitime veya mesleki sınıflara göre değerlendirildiğinde 1971-1985 yılları arasında, orta yaşlı ve yaşlı erkeklerde mortalitede sosyoekonomik farklılıklar olduğunu, kadınlarda görülen farklılıkların erkeklere göre daha az olduğunu ve bu zaman içinde artış göstermediğini ifade etmiştir. Yeni Zelanda'da erkeklerde 1975-1977 ve 1985-1987 arasındaki mortalite hızlarında % 15 oranında bir azalma olmuştur. Ancak sonraki dönemlerde sosyal sınıf farklılıklarında artma görülmüştür. ABD'de eğitim ve gelir düzeyine göre ölüm hızları 1960 ve 1986 yılları arasında bütün ırklarda ve her iki cinsiyette artış göstermiştir.

Bu artış, gelir durumu daha iyi olan gruptaki mortalite oranlarının hızlı bir şekilde azalmasına bağlı olabilir. Ancak Britanya'da yoksul gruplarla ilgili mortalite hızlarındaki düşüş veya ilgili verilerin yetersizliği kanıtlanmıştır. Örneğin; 1971 ve 1981 yılları arasındaki mortalite hızları işçi sınıfında koroner kalp hastalıkları için hem erkeklerde

hem kadınlarda, akciğer kanseri içinse yalnızca kadınlarda artış göstermiştir. 1981-1991 yılları arasında İskoçya'nın yoksul bölgelerinde 20-29 yaş grubunun ve yine aynı dönem içinde İngiltere'nin kuzeyindeki en yoksul bölgelerde yaşayan 15-44 yaş arası erkeklerde de ölüm hızlarında artış görülmüştür.

Mortalite hızlarının sabit olarak düşüş gösterdiği bir dönemde bile sosyal gruplar arasındaki mortalite farklılıkları devam eder. Bu durum sosyal eşitsizliklerin var olmasına neden olan faktörlerin varlığını korumasına rağmen doğuştan yaşam beklentisinin artışına neden olan olaylar arasındaki ilişkiyle ilgili pek çok soruyu akla getirmektedir. Bu iki gelişmenin bir arada bulunması, insan sağlığı ve yaşam beklentisinin sosyal koşullara oldukça duyarlı olduğunu göstermektedir.

Sınıf içi dolaylı farklılıklar. 1921 nüfus sayımı döneminde Britanya'da mesleki sosyal sınıflara göre ölüm oranlarının yayınlanmasından sonra, düşük sosyal sınıfların yüksek mortalite hızlarına sahip olmasıyla ilgili olarak dolaylı bir ilişki gösterildi. Stevenson, mesleki sınıf ve bu oranlar arasındaki ilişki düzeyini kendi sınıflamasını geçerli kılmak ve sosyal sınıf değişimlerini göstermek için kullandı. O zamandan sonra sosyoekonomik durumu ortaya koyan hemen hemen tüm veriler bu dolaylı veya doğrudan ilişkiyi taşıma eğilimindeydi.

Genellikle, bu dolaylı ilişki beklenmedik bir olay olarak nitelendirilemez. Ancak Kuzey Amerika için durum böyle değildir. Son zamanlarda, Kuzey Amerika'da sosyoekonomik durum ve sağlık arasındaki bu dolaylı ilişkinin boyutu şaşırtıcı olarak nitelendirilmeye çalışılmaktadır:

"Sosyoekonomik durumun sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmaların birçoğu, bir sınıfın sosyoekonomik durum itibarı ile kendi içinde en alttaki ile en üstteki grupların sağlık düzeyini karşılaştırmıştır. Bu çalışmalarda ciddi boyutta olan yoksulluğun sağlık üzerindeki etkileri; kötü beslenme, kalabalık ve sağlığa zararlı yaşam koşulları, uygun verilmeyen sağlık hizmetlerinin de etkisiyle açıkça görülebilmektedir. Bu değişkenler kadar, sosyoekonomik durumun biyolojik sonuçlar üzerindeki etkisini inceleyen çözümlenmeler de oldukça önem taşımaktadır. Sosyoekonomik durumun sadece yoksulluk sınırının altında değil, bu sınıflı yapı içerisinde her kademedeki etkin olabileceğiyle ilgili kanıtlar vardır. Aynı sosyal sınıflarda bulunmalarına rağmen bazı alt grupların sağlık durumları birbirlerinden farklılık gösterebilmektedir.

Psikososyal faktörler. Birden fazla sayıdaki yaklaşım ilginç psikolojik faktörler üzerinde yoğunlaşmasına neden olmuştur. İlk olarak, "farklılıklarla mücadele", sosyal durum ve sağlıkla dolaylı ilişkisi olan psikososyal mekanizmaya ve bu mekanizmanın çalıştırdığı olası nöroendokrin, immünolojik ve diğer mekanizmalar üzerinde yoğunlaşmaya neden olmuştur.

Mutlak gelire göre, göreceli gelirin ülkedeki ortalama

beklenen yaşam süresi üzerindeki potansiyel önemiyle ilgili gözlemler, psikolojik mekanizmalar üzerinde daha fazla yoğunlaşılmasının ikinci önemli nedenidir.

Üçüncü olarak da koroner kalp hastalıkları ile ilgili yapılan pek çok çalışmada zaman zaman psikososyal faktörlerle de bağlantı kurulmuştur. Buradan yola çıkarak tüm ölüm nedenlerinde; psikolojik faktörlerin rolü olabileceğine dair bir genelleme yapılmıştır.

Eşitsizlikler ne zaman ortaya çıkmıştır? 1980'ler ve 90'lar boyunca Barker ve arkadaşları İngiltere'de Southamton'de yetişkin sağlığı ve mortalitelerin uterin dönemde ve yenidoğan dönemindeki biyolojik düzenden etkilenebileceği hipotezini geliştirmiş ve bu konuda çalışmalar yapmışlardır.

Barker, Britanya'da güncel coğrafi ve sosyal sınıf eşitsizliklerinin bir veya iki kuşak önceki sosyal koşullarla açıklanabileceğini ileri sürmüştür. Bu sosyal koşullar anne sağlığını etkilemekte; dolayısı ile de fetal büyümeyi ve gelişmeyi etkilemekte sonra yetişkin dönemde hasta olma ve erken ölüme neden olmaktadır. Black raporundan bu yana eşitsizliklerle ilgili araştırma literatüründen bahsetmeye dikkat etmesine rağmen Barker'in sosyal eşitsizliklerin kaynağına yönelik kendi hipotezleri Avrupa'da eşitsizliklerle ilgili çalışmalar yapanlar tarafından büyük ilgi ile karşılanmıştır. Ancak Kuzey Amerika'da konu daha az ilgi görmüştür.

Barker'in gebelik dönemi teorisinin önemli etyolojik ve politik yönleri vardır. Eğer kan basıncı ve lipid metabolizması gibi temel biyolojik parametreler, fetal dönemde oluşmaya başlamışsa o zaman yaşamın akışındaki ve sigara içme, beslenme gibi adolesan ve yetişkin davranışlarını etkileyen kümülatif olumsuzluklar, yaşam ve çalışma koşullarının önemi üzerinde duran çevre bilimcilerin veya riskli davranışları sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirmek yoluyla azaltmanın önemini vurgulayan davranış bilimcilerin savunduklarından daha az önemli gibi durmaktadır. Black Raporu'nda sağlıktaki eşitsizlikleri düzeltmek için yaşamın erken döneminin önemini vurgulanmasına karşın, süregelen sosyal eşitsizliklerin de önemli olduğu üzerinde durulmuştur. Barker'in çalışması, birçok araştırmacı arasında artefakt seleksiyon ve davranışların rölâtif önemini vurgulayan erken dönemdeki fikirlerin yerini alan tartışmalara neden olmuştur.

Bu gebelik dönemi teorisi ve süregelen yanlış davranışlar teorisyenleri arasında meydana gelen fikir ayrılıkları Avrupa'da eşitsizliklerle ilgili araştırmaların yeniden gündeme gelmesine neden olmuştur. Anneye ait ve psikososyal faktörler arasındaki bu ayırımla beraber, erken yaşamı etkileyen faktörler ve yetişkinin yaşamı süresince maruz kalınan faktörlerin karşılıklı olarak tek başlarına etki gösterdiğine dair hiçbir mantıksal açıklama bulunmamaktadır. Bu iki grup faktör sağlıktaki eşitsizliklerin oluşmasında beraberce hareket etmektedirler. Başka araştırmacıların sosyal eşitsizliklerin yaşamda oldukça sabit seyretti-

ğini belirtmelerine rağmen, West, erken çocukluk ve yetişkin döneme göre adolesan dönemdeki etkilerin bazı mortalite ve morbidite ölçütlerindeki eşitsizliklerin belirlenmesine daha az etkili olduğunu vurgulamıştır.

Bu gözlem bir grup veriye dayanarak doğrulanmış ve bir takım olası sonuçlar belirlenmiştir. Bunlar arasında; uterin ve erken çocukluk döneminin etkilerinin net olmaması, sosyal çalışma ve yaşam durumlarının veya sigara, diyet gibi sağlıkla ilgili davranışların kümülatif etkilerine yeterince maruz kalmamak, kohort etkisi, sağlıklı gençleri daha iyi, sağlıksız bireyleri ise daha kötü durumlara yönlendirebilecek eğitim vb.; sayılabilir.

Sağlıklı veya daha az sağlıklı gençlerin eğitim ve iş alanlarındaki tercihleri, yeni bir tartışma yaratmıştır. Çünkü bu yaklaşım "hard seleksiyon" modelinin söylemini çağırılmaktadır. Fakat West'in belirttiği gibi bu durum sosyal Darwinci suçlamalar olmadan sosyal yönden gerekli bir durum olarak da görülebilir. Örneğin çocukluğunda hasta olanların eğer düşük bir sosyal gruptan geliyorsa 36 yaşında sosyal olarak dezavantajlı olduğu, fakat yüksek sosyal grup aileden geliyorsa böyle olmadığı gösterilmiştir. Ayrıca genç insanların elde ettiği sosyal statülerin sağlıklarına direkt etkisi olduğu gözardı edilemez. "Sağlıklı işçi", "sağlıklı göçmen", "sağlıklı evlilik", "sağlıklı asker" gibi kavramlar sosyal epidemiyolojide iyi yerleşmiş kavramlar olmasına rağmen sağlıklı genç bireyleri daha iyi işlere almak ve eğitim verme eğilimleri ırkçılık olarak görülmektedir.

Böylece sosyal eşitsizliklerin en az iki bölüm halinde geliştiği ve bunların her birinin hem etilolojik hemde sosyal anlamda sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli olduğu ve bu durumun toplum sağlığı alanlarında önceden beri devam ettiği bilinmektedir.

Davranışlar için kontrol, sosyal sınıf için kontrol. Black raporundan beri bu alandaki deneysel çalışmaların bir özelliği; sosyal sınıf veya iş durumu ile kalp hastalıkları morbidite ve mortalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması ve davranışları da içeren risk faktörlerinin kalp hastalığıyla ilgisini kontrol etmesidir. Genel olarak bu risk faktörleri ile kalp hastalığı ve sosyal sınıf arasında bir ilişkinin sözkonusu olduğu üzerinde durulmaktadır. Örneğin Scottish Monica çalışmasında sosyal sınıf V'in erkeklerinin, sosyal sınıf I'deki erkeklere göre 3.26 kat; sosyal sınıf V'in kadınlarının, sosyal sınıf I'deki kadınlara göre 4.72 kat daha fazla koroner kalp hastalığına yakalanma riski taşıdığı bulunmuştur. Kolesterol ve fibrinojen hariç diğer tüm risk faktörleri değişik sosyal sınıflarda daha fazla bulunmuş, yaş, sigara, alkol, vücut kitle indeksi, kolesterol, fibrinojen, tiyosiyanat, kan basıncı gibi değişkenlerde düzeltmeler yapıldıktan sonra bile hala düşük sosyal sınıflarda 2.44 ve 2.15 kat daha fazla koroner kalp hastalığı gelişme riski bulunmuştur. Benzer sonuçlar Hollanda ve Whitehall çalışmalarında da bildirilmiştir.

Bu göstergeler önemlidir, ancak bunları değerlendiril-

irken bu değerleri etkileyebilecek karıştırıcı faktörlerin varlığı da dikkate alınmalıdır.

Maddi faktörler ve davranışların karışık olarak görülmemesi gerekliliği argümanı, bazılarının düşündüğü gibi onlar ayrılamazlar, aynı şey olarak görülüyorlar anlamına gelmez. Fakat davranışların maddi ve sosyal yapısal durumlardan köken aldığı (örneğin düşük sosyoekonomik grupların sigarayı bırakması daha zordur, iyi beslenmesi zordur) ve sağlık üzerine davranışın etkileri maddi özellikler ve sosyal yapısal duruma göre değiştiği bilinmektedir. Önemli olan: Sağlıkta eşitsizlikleri belirleyen ne tek başına maddi özellikler ne de davranışlar olduğu değil, her ikisinin sağlığı iyileştirici veya bozan davranışları birlikte şekillendirdiğinin bilinmesidir.

Bazı araştırmacıların epidemiyoloji alanında yapılan çalışmalarda; sosyal sınıfın kontrol değişkeni olarak kullanılmasının gerekli olduğuna, çünkü bunun sağlık ve sağlıkla ilgili davranışlarla oldukça fazla korelasyon gösterdiğine işaret ettikleri bilinmektedir. Davey Smith ve Shipley sigara kullanımının düşük sosyal sınıflarda daha yaygın olduğunu ve sigaradan bağımsız olarak düşük sosyal sınıflarda mortalitenin daha fazla olduğunu ve eğer sosyoekonomik durum dikkate alınmazsa mortalite ve sigara arasındaki ilişkinin olduğundan fazla gösterildiğini belirtmektedirler. Bu yüzden sosyoekonomik durum, olası karıştırıcı faktörler ve sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiye daha fazla kavramsal açıklık getirme gereksinimi vardır.

Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya çalışan müdahalelerin değerlendirilmesi. Black raporundaki literatürün büyük kısmı önerilen çözümlerin yapılabilişliği veya etkililiği yerine; muhtemelen bu önermelerin yerine getirilmeyeceği bilindiği için. tanımı ve analizi üzerine yoğunlaşmıştır. Fakat son zamanlarda birkaç derleme yapılmış, müdahaleler dört ana düzeyde gerçekleştirilmiştir. Bunlar; bireyleri güçlendirmek, toplumu güçlendirmek, gerekli olanak ve hizmetlerin geliştirilmesi ve makro ekonomik değişimi teşvik etmektir. Çoğu müdahale bireysel düzeye yönlendirilmiş, bilgi veya destek sağlamayı içermiştir.

Birçok müdahalenin etkililiği özenli bir şekilde değerlendirilmemiştir. Ayrıca sağlık sonuçlarını belirlemek için kullanılan ölçütler, genellikle eşitsizliklerle ilgili araştırma literatüründe kullanılanlardan farklı olduğu için karşılaştırılabilirliği için uygun olmamıştır. Her ne kadar yapılan derlemeler ve bazı müdahale çalışmaları hedef aldığı yoksun birey veya toplumlar için kısa dönemde yararlı olmuş olsa da uzun dönemde sağlık ve yaşam beklentisindeki eşitsizlikleri azaltmadaki etkinlikleri gösterilememiştir. Güçlüklerden bir tanesi de tıbbi araştırmalarda zorunlu olarak kullanılan standart çalışma modellerinin benzerlerinin, bu alandaki çalışmalarda kullanılmamasıdır. Tüm bu müdahalelerin sonuçlarının ortaya çıkmasındaki gecikmeler, sonuçların değerlendirilmesi için ciddi bir engel oluşturmaktadır. Sağlıktaki eşitsizlikleri gidermeyi öngören müdahale tipinde araştırmalar gerçekleştirilmeye, bu konuda daha doyurucu tezler oluşturmaya neden olacaktır.

SONUÇLAR

Bu derlemede Black Raporu'nun, mortalitede sınıf farklılıklarını gösteren Britanya halk sağlığı politikası geleneğinin bir parçası olduğu gösterilmiştir. Bu durum, raporun başarılarını ve önemini azaltmayacak, fakat tarihsel sürekliliği üzerinde duracak, özellikle mortalitedeki devam eden veya artan sınıf farklılıklarının gözlenmesinde ve sınıf farklılıkları ile ilgili tanımlamaların yapılmasında kullanılan tavrın belirlenmesini sağlayacaktır. Soybilimcilerle çevrebilimciler arasındaki ve çevrebilimcilerle bebek ölümlerinde sadece anne davranışının etkili olduğunu savunanlar arasında meydana gelen tartışmalar, Black çalışma grubu üyelerinin çalışmadaki tanımlayıcı modelleri belirlemelerine neden olmuştur. Artefakt, seleksiyon ve davranışsal modellerin "hard versiyon"larının, sınıflararası mortalite farklılıklarını açıklamaktan çok, bu farklılıkları gizleyebileceğinden, genel anlamda halk sağlığı çevreleri ve çalışma grubu için bu tanımlamaların geçerliliğini çürütmek oldukça önemli olmuştur; aksi takdirde sağlıktaki eşitsizlikler için politik bazı önlemler alınmasının gerekli olmadığıyla ilgili bir düşüncenin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir.

Olası politik ve retorik önemi nedeniyle, araştırma için harcanan enerjinin büyük çoğunluğu bu tanımlamaların geçerliliğinin çürütülmesi için harcanmıştır. Black Raporu'nun ardından literatürde sorulan en önemli soru artefakt, seleksiyon veya davranışların mortaliteyi etkileyen sosyal sınıf farklılıklarını ne kadar etkilediği olmuştur. Bu soruya verilen "çok fazla değil" yanıtı, ilginin sağlıktaki sosyal eşitsizlikleri meydana getiren ve sürdüren kesin mekanizmaların ne olduğu ve sağlıktaki bu eşitsizlikleri azaltmak veya düzeltmek için hangi etkin düzenlemelerin yapılabileceği konularının gündeme girmesine neden olmuştur. Avrupa'da bu alanda çalışan birçok araştırmacının, materyalist/yapısal tanımlama modelini desteklemesine rağmen, bu yaklaşım artık bir "fazlalıklar kategorisi" içinde yer almaya başlamıştır. Artefakt, seleksiyon ve davranışsal modellerin genellikle geçersizliklerini göstermek üzere çalışmalar yapılması nedeniyle çeşitli tartışmalar da yaşanmıştır.

Sally Macintyre konuyla ilgili çalışmalarında öncelikle;

çalışma grubunun, dört tanımlama modelinin de yalnızca "hard versiyon"larını reddettiklerini, ancak mortalitenin sınıfsal farklılıklarının karşılaştırılmasında çeşitli sorunlar yaşanabileceğini farkettilerinden, ayrıca bazı özel durumlarda sağlığın kötü olmasının veya sakatlığın sosyal olumsuzluklara neden olduğunu ve sağlığa zararlı davranışların sınıflararası mortalite ve morbidite farklılıklarına katkıda bulunabileceğini düşündüklerinden ve psikososyal ve fiziksel faktörlerle, sosyal ve maddi kapitalin sağlıktaki eşitsizlikler yaratabileceği gerçeğini gördüklerinden "soft versiyon"ları benimsediklerini farkettilerini belirtmektedir. Sağlıktaki ve erken ölümlerdeki sosyal eşitsizlikler sanayileşmiş ülkelerde her zaman bulunmaktadır; bunların gözlenen boyutu sosyal durum ve sağlığın belirleyicilerine bağlıyken, bazı koşullarda sağlıkla ilgili olarak hem kuşaklar içinde hem de kuşaklar arasında sosyal hareketliliklerin gerçekleşmesi, sağlığı bozan davranışların düşük sosyal sınıf üyelerinde diğerlerine göre daha sık bulunması, yaşamın hem erken hem de diğer dönemlerinde doğrudan sağlığa etkili kötü çevresel faktörlerin de yine düşük sosyal sınıfların yaşadıkları bölgelerde diğerlerine göre daha yoğun bulunması, sağlıktaki eşitsizliklerin var olmasına ve sürekliliğine neden olur.

"Seleksiyon karşısında nedensellik", "artefakt karşısında gerçek farklılıklar" ve "davranış karşısında maddi durumlar" ayrımı hem kavramsal hem de politik açıdan önemlidir. Ancak bunların tek tek incelenmesi yanlış antitezler doğurabilir; maddi ve psikososyal faktörler, yaşamın erken ve erişkin dönemlerindeki eşitsizlikleri etkileyen koşullar gibi yeni ayrımlara neden olabilir. Bunlar gibi ikili karşıtlıklar yeni hipotezler ve önemli kavramsal araştırmalar gerçekleştirmeyi güdüler. Ancak gereksinim duyulan, sadece değişik sosyal koşulların görece önemliliğini inceleyen değil, sosyal koşulların bileşenleri arasındaki olası ilişkileri ve etkilerini de inceleyen araştırmalardır. Sosyal koşulların önemi bu konunun dikkate alınmasını gerektirir ve bu yaklaşımla daha farklı modellere ulaşılabilir. Sağlıktaki eşitsizlikleri azaltacak olası müdahaleleri düşünmek bunlara neden olan olaylar ve mekanizmalar hakkında daha somut ve denenebilir hipotezler geliştirmeyi sağlayacaktır.