

## IRK VEYA SINIF YA DA IRK VE SINIF: ABD'DE ARTAN ÖLÜM HIZI FARKLILIKLARI\*

Vicente Navarro  
(Çeviren: Şahin KAVUNCUBAŞI)

*ABD'de siyahlar ve beyazlar arasındaki ölüm hızları bakımından gözlenen farklılıkları yansıtan istatistikler büyük ilgi çekmektedir. Ölüm hızları farklılıklarının giderilmesi önemli bir ulusal hedeftir. Ancak ölüm hızları arasındaki farklılıklar yalnızca ırk ile açıklanamamaktadır. Sağlık istatistikleri derlenirken, ABD dışındaki batılı ülkelerde olduğu gibi sınıfsal özelliklere ilişkin bilgilere de bakılmalıdır. ABD'de insanların nasıl yaşadıkları, nasıl hastalandıkları ve nasıl öldükleri yalnızca yaş, cinsiyet ve ırka bağlı olmayıp, ayrıca, gerek eğitim ve gelir gerekse mesleki durumlarına göre ölçülsün onların sınıfsal üyeliğine de bağlıdır. Hastalanma ve ölümlerde sınıfsal farklılıklar ırksal farklılıklardan daha önemlidir. İlgimizi yalnızca ırk ayrılıklarına yöneltirsek, ABD'de azınlıkların sağlık göstergelerinin kötüleşmesini açıklayamayız.*

Federal hükümetin ABD nüfusunun sağlığı ile ilgili yıllık raporu, ülkede siyah ve beyazlar arasındaki ölüm hızı farklılıkları konusunu çarpıcı biçimde gündeme getirmiştir (1, ss. 14-25). Örneğin bu rapor doğuştan beklenen yaşam süresinin beyazlarda 75.5 yıl, siyahlarda ise yalnızca 69.5 yıl olduğunu ortaya koymaktadır. Bu rapor ayrıca ölüm nedenlerinin bir çoğu açısından siyahlarda gözlenen ölüm hızının beyazlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Üstelik, bir çok ölüm nedeni bakımından, ölüm hızları arasındaki farkın azalmak bir yana sürekli büyüdüğü de gözlenmektedir. Hem genel (2) hem de tıbbi yayınlar (3) siyah ve beyazlar arasındaki ölüm farklılıkları konusunda alarm vermektedir. **2000 Yılında Ülke Hedefleri** isimli yayında ABD hükümeti siyah ve beyazlarda doğuştan beklenen yaşam süresi arasındaki farklılığın 4 yıldan fazla olmaması gerektiğini belirtmektedir (4).

İrk farklılıklarının azaltılmasına yönelik ilgi gerçekten çok önemlidir ve tüm ülkenin etkin desteğini gerektirir. Ancak bu ülkede gözden kaçırılan ve siyahlar ve beyazlar arasında gözlenen ölüm hızları farklılığını önemli ölçüde etkileyen, bir başka etmen daha vardır. Gerçekten siyah ve beyazlar arasındaki ölüm hızları farklılıklarını sadece ırk ayrılığına dayalı olarak açıklamak olanaklı değildir. Her-

şeyden önce çok -ölüm hızlarını da içeren- olumlu sağlık göstergelerine beyazlardan daha fazla sahip siyahlar bulunmaktadır ve üstelik tüm beyazlar da benzer sağlık göstergelerine sahip bulunmamaktadır. Bu nedenle, azal-mak bir yana giderek artan sınıfsal farklılıklar da dikkate alınmalıdır. ABD, hükümeti sosyal sınıflara (\*\*) göre ölüm istatistikleri derlemeyen gelişmiş, endüstrileşmiş tek ülkedir. Sağlık göstergeleri ile ilgili federal hükümet raporu ölüm istatistiklerini, gelir, eğitim ve meslek anlamında sınıfsal göstergelere göre değil, yaş, cinsiyet ve ırka göre sunmaktadır. Benzer gelişmişlik düzeyine sahip batı ülkeleri ölüm istatistiklerinde yaş, cinsiyet ve ırk yanında sınıfsal özelliklere de yer vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosu'nun etkin teyikiyle bir çok Avrupa ülkesi, ölüm hızlarındaki sınıfsal farklılıkların azaltılmasını, 2000 yılında kendi sağlık politikalarının en önemli hedefi olarak benimsemişlerdir (6). ABD hükümeti ise, sınıfsal özellikler bakımından değil, ırk (siyah ve beyazlar) bakımından kitleler arasındaki hastalanma ve ölüm hızları arasındaki farklılıkları gidermeyi benimsemiştir. ABD, sınıflara göre ölüm istatistikleri derlememe yanında, sınıflar arasındaki ölüm hızlarını azaltmayı ilk hedef olarak benimsemeyen endüstrileşmiş tek ülkedir. ABD hükümeti, ölüm hızları bakımından bir farklılık olmasa bile siyahların büyük çoğunluğuna ait ölüm hızının, ABD nüfusuna ait ölüm hızının ortalama ve ortancasından daha yüksek olduğunu görmezlikten gelmektedir. Bunu anlamak için ABD'nin ırklar yanında sınıflı bir toplum olduğunu da kabul etmemiz gerekir.

İnsanların nasıl yaşadığı, hastalandığı ve öldüğü yalnızca onların ırk, cinsiyet ve yaşlarına değil aynı zamanda ait buldukları sınıfa da bağlıdır. Bu durumu doğrulayan kanıtlar bulunmaktadır. Sınıflara göre kalp ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili ölüm hızları konusunda ABD hükümeti, 1986 yılında bilgi toplamış, sonuçta hangi

\* Race or Class or Race and Class: Growing Mortality Differentials in the United States. *Int. J. Health Serv.* 20:229-236, 1991.

\*\* Bilimsel alanyazında sosyal sınıf kavramı, sosyal statü, sosyal tabakalaşma, sosyal eşitsizlikler ve sosyal ekonomik statü gibi değişik formülasyonlarla ele alınmaktadır. Her formülasyon farklı kuramsal geleneğe dayanmaktadır. Ölüm ve hastalanma istatistiklerinde kullanılan sınıfın en önemli göstergesi meslek, eğitim ve gelirdir (5).

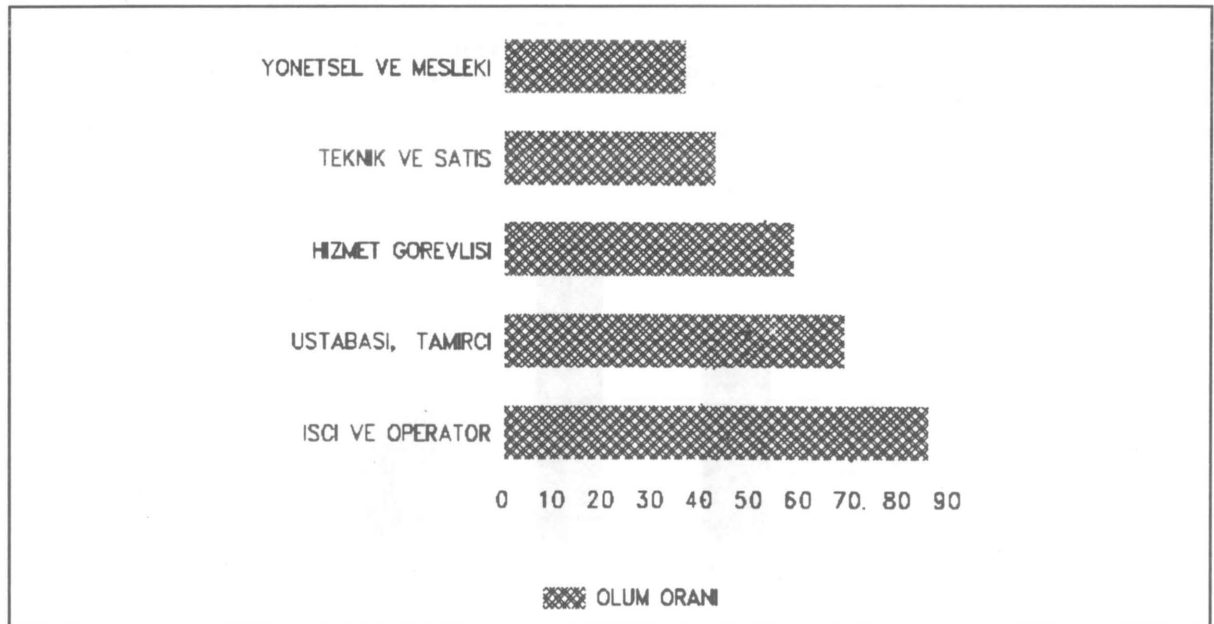
değişkenle (eğitim, meslek, gelir) ölçülürse ölçüsün sınıfsal özelliklerin ölüm hızları ile çok sıkı ilişkili olduğu bulunmuştur. Eğitimi ve gelir düzeyi düşük ve işçi sınıfına dahil insanların bu hastalıktan ölme olasılığı, yüksek eğitilmiş, yüksek gelirli kısacası yüksek sınıfa ait kişilerden (örneğin yönetici ve profesyoneller) daha fazladır (7). Şekil 1'de meslek gruplarına göre kalp hastalıklarından ölüm hızları verilmiştir. Yönetici ve profesyonel grubun ölüm hızı, işçi sınıfının çoğunluğunu oluşturan operatör ve emekçilerden daha düşüktür. Aynı araştırmadan elde edilen veriler, kardiyovasküler hastalıklardan ve diğer nedenlerden ölenlerin yılda 25000 doların altında bir gelir elde ettiklerini, lise eğitiminin altında bir eğitim düzeyine sahip olduklarını ve büyük çoğunluğunun da işçi sınıfına ait olduklarını ortaya koymaktadır (8) (\*\*\*)

Her iki ölüm nedenine bağlı ölüm hızları açısından sınıf farklılıklarının, ırk farklılıklarından daha etkili olduğu görülmektedir. Bu iki hastalık nedeni bakımından, işçi sınıfının ölüm hızı yönetici ve profesyonel sınıfın ölüm hızından 2.3 kat daha yüksektir. ABD'de Sağlık: 1989 isimli yayında, kalp hastalıklarından ölüm hızının siyah erkeklerde beyaz erkeklerden 1.2 kat, siyah kadınlarda ise beyaz kadınlardan 1.5 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (1, ss, 121-122). Bu sonuç, sınıf farklılığının ırk farklılığından daha yüksek derecede ölüm hızını etkilediğini ortaya koymaktadır.

Her ne kadar ırk ve sınıf durumuna göre ölüm hızlarını gösteren yayınlanmış veriler bulunmasa da, beyaz hizmet personelinin ölüm hızının, beyaz profesyonellerin ölüm hızından daha ziyade siyah hizmet personelinin ölüm hızı-

na yakın olduğu beklenen bir durumdur. Bu sonucu gösteren verilerin olmayışı nedeniyle hastalanma hızlarına bakabiliriz. Sınıf durumuna göre hastalanma hızı farklılıkları, ırk durumuna göre hastalanma hızı farklılıklarından daha büyüktür. 1986 yılında yılda 10.000 dolar veya daha az geliri olan kişilerin hastalanma hızının yılda 35.000 dolar veya daha fazla geliri olan kişilerden 4.6 kat daha fazla olduğu saptanırken, siyahların beyazlardan 1.9 kat daha fazla hastalandıkları belirlenmiştir (11). İrksal özelliklere dayanan farklılıklar, sınıfsal özelliklere dayanan farklılıklardan % 50 daha azdır. Aynı rapor, her gelir grubundaki ırk farklılıklarının gelir grupları arasındaki ırk farklılıklarından daha büyük olduğunu da göstermektedir. Şekil 2'de ırk ve aile gelirine göre gruplanmış olan ve sağlık durumlarını -hastalanma sıklıklarını dikkate alarak tehlikeli veya kötü olarak değerlendiren kişilerin yüzdeleri verilmiştir. Yılda 20.000 dolardan daha az gelir kazanan siyahların hastalanma hızı, 20.000 dolardan daha fazla kazanan siyahların ölüm hızından daha ziyade aynı gelir grubundaki beyazların hastalanma hızına yakındır. Benzer biçimde 20.000 dolardan daha az yıllık geliri olan beyazların hastalanma hızı, 20.000 dolardan daha fazla yıllık geliri olan beyazlardan daha ziyade aynı gelir grubundaki siyahların hastalanma hızına yaklaşmaktadır. Ayrıca, 20.000 dolardan daha az yıllık geliri olan siyahların hastalanma hızı, 20.000 dolardan daha fazla geliri olan siyahlardan çok daha yüksektir.

Gelir yerine meslek esas alındığında da benzer sonuç ortaya çıkmaktadır. Mavi yakalı personelin ölüm hızı (9.5) profesyonellerin ölüm hızından (3.2) 2.9 kat daha büyük iken siyahların ölüm hızı, beyazlardan 1.9 kat daha fazladır



ŞEKİL 1. Mesleğe Göre Kalp Hastalıkları Ölüm Hızları

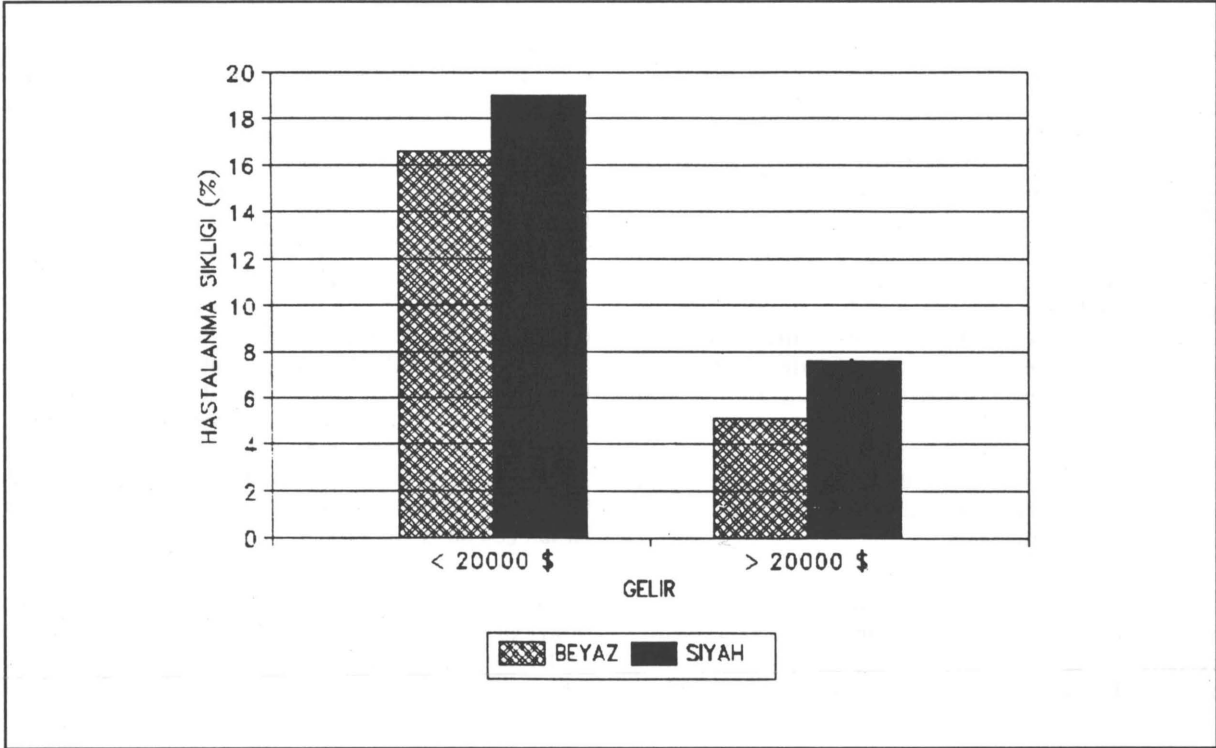
\*\*\* Sınıflara göre ölüm hızı farklılıkları akciğer kanseri ve diğer hastalık nedenlerinde de görülmektedir (9,10).

(12). Kişilerin belirttikleri hastalanma sıklıkları yerine kronik nedenlerle etkinliği kısıtlanmış kişi yüzdesi esas alındığında

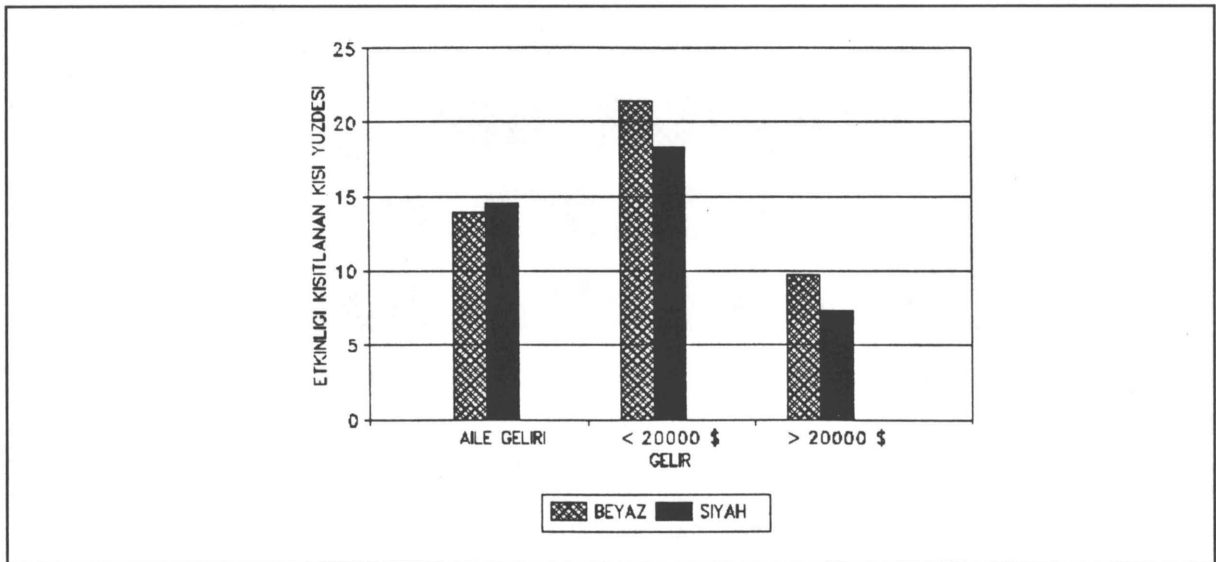
da benzer durumla karşılaşılır. Şekil 3'te, yıllık gelir ile ölçülen sınıf farklılıklarına dayalı olarak belirlenen etkinliği sınırlanmış kişi yüzdesinin, ırk farklılıklarına dayalı olarak belirlenmiş etkinliği sınırlanmış kişi yüzdesinden daha fazla olduğu görülmektedir (13, s.12). 1980'li yıllarda bu farklılıklar, ırk farklılıklarından daha fazla artış göstermiştir

(Şekil 4).

Her sınıf (eğitim, gelir ve meslek açısından ölçülmüş) içinde de siyahlar beyazlardan daha kötü sağlık koşulları içinde yaşamaktadırlar. Bu farklılıklar ABD hükümetinin azaltmayı hedeflediği büyük ölçüde de önemli ve zor bir



ŞEKİL 2. Irk ve Gelir Durumuna göre Sağlık Durumunu İyi ve Kötü Olarak Değerlendiren Kişi Yüzdeleri 1985-1987, (Kaynak 15, Şekil 6)

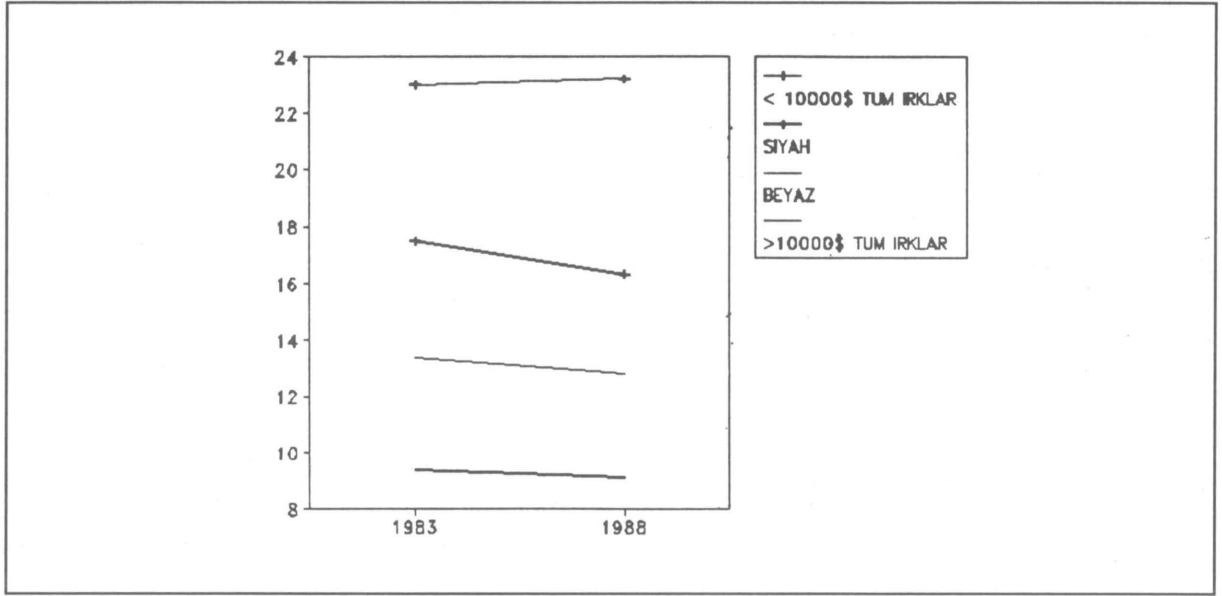


ŞEKİL 3. Irk, Yaş, ve Aile Gelirine Göre Kronik Nedenlerle Etkinliği Kısıtlanmış Kişi Yüzdesi 1985-1987

görevdir. Ancak siyahların büyük çoğunluğu düşük eğitilmiş ve dar gelirli insanlardır ve zengin ve eğitilmiş insanlardan daha yüksek ölüm ve hastalanma hızıyla karşılaşıyorlar. Siyah ve beyazlar arasındaki artan ölüm farklılıkları yalnızca ırksal özelliklere bakılarak anlaşılabilir; ırksal farklılıklar ölüm hızı farklılıklarının yalnızca sınırlı bir etkenidir ve en önemli etken sınıf farklılıklarıdır. 1980'li yıllarda ABD nüfusunda, orta sınıfın erimesi, üst sınıfın yavaş yavaş artması ve düşük gelirli, düşük eğitilmiş,

## KAYNAKLAR

- 1- U.S. Department of Health and Human Services. **Health, United States, 1989**. Washington, D.C., 1990.
- 2- U.S. Health Gap is Widening Between Whites and Black, **New York Times**, March 23, 1990, p. A17.
- 3- Black Health: Grim Statistics. **Lancet** 1: 780-781, 1990.



ŞEKİL 4. Gelir ve Irka Göre Etkinliği Kısıtlanmış Kişi Yüzdesi

kalifiye olmayan ve çoğunlukla sendikası, çok düşük ücretle ve part time çalışan kadınlar ve azınlıklar nedeniyle işçi sınıfının artmasıyla ortaya çıkan sınıfsal kutuplaşmayı göremedik. Düşük ücretli işçi sınıfı heterojen, siyahlardan, İspanyol kökenlilerden, erkeklerden ve kadınlardan oluşan, sosyal ekonomik gökkuşuğuna benzer gerçek bir gruptur ve bu grubun yaşam düzeyi, üst ve alt sınıflar arasında artan refah ve gelir farklılıkları nedeniyle giderek kötüleşmektedir. Bu sosyal grup, 1984 yılında ulusal gelirin % 15.7' sini almaktadır (1947 yılından beri yapılan hesaplamalar dikkate alındığında bu rakam en düşük rakamdır) ve nüfusun % 40'ını oluşturmaktadır. Diğer yönden nüfusun %20'sini oluşturan zengin sınıf ise ulusal gelirin % 42.9'unu almaktadır (14). Ölüm ve hastalanma hızları arasındaki farklılıkları açıklayan şey, sınıflar itibariyle refah ve gelir dağılımındaki farklılaşmadır.

Ölüm hızlarında gözlenen sınıf farklılıkları, sadece ABD'ye özgü değildir. Diğer ülkelerde de bu farklılıklar sadece yaygın olmayıp, aynı zamanda artış eğilimi göstermektedir (15). Sınıf farklılıklarının nedenleri konusunda ulusal ve uluslararası boyutta büyük bir tartışma ortaya çıkmaktadır (16). Bununla birlikte ABD'de bu konuda inanılmaz bir suskunluk yaşanmaktadır. Doğru yanıt bulmak için doğru soruyu sormak gerekirse, yalnızca ırk üzerinde odaklaşırsak azınlıklarımızın sağlık koşullarının için kötüleştiğini asla anlayamayacağız.

- 4- Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. **Goals for the National for the Year 2000**, p. 7, Washington, D.C., 1989.
- 5- Liberatos, P., Link, G.B. Kelsey, L.J. The Measurement of Social Class in Epidemiology, **Epidemiology Review**. 10:87-121, 1988
- 6- World Health Organization, Regional Office of Europe. **Targets for Health For All. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health For All**, pp, 24-25, August 24, 1980.
- 7- Kapantais, G., Powell-Griner, E. Characteristics of Persons Dying of Disease of The Heart. Preliminary Data From the 1986 National Morbidity Followback Survey. **Advance Data From Vital and Health Statistics**, National Center for Health Services, No: 172, pp, 7, 9, 12, August 24, 1989.
- 8- Powell Griener, E Characteristics of Persons Dying From Cerebrovascular Diseases. **Preliminary Data From Vital and Health Statistics**, National Center for Health Services, No: 180, pp, 7, 9, 12, February 8, 1990.
- 9- Kriger, N., Social Class and the Black White Crossover in the Age-Specific Incidence of Breast Cancer: A Study

- Linking Census Derived Data to Population-Based Registry Records. *Am. J. Epidemiol.* 131: 804-874, 1990.
- 10- Marmot, M.G., Kogevinas, M., Elston, M. A. Social - Economic Status and Disease. *Annu.Rev. Public Health* 8:111-113, 1987.
- 11- U.S. Department of Health and Human Services. **Health, United States**, Washington, D.C., 1988.
- 12- U.S. Department of Health and Human Services. **Health Characteristics by Occupation and Industry 1983-1985**. p, 11, Washington, D.C., 1989.
- 13- National Center for Health Statistic. **Vital and Health Statistics, Series 10**, No 171, January 1990.
- 14- Harrison, B., Bluestone, B. **The Great U-Turn: Corporate Restructuring and The Polarization of America**, p. 128, Basic Books, New York, 1988.
- 15- Vagero, D, Lungberg, B. Health Inequalities in Britain and Sweeden. *Lancet* 2: 35, 1989.
- 16- Townsend, P. "Widening Inequalities of Health: A Rejoinder to Rudolf Klein. *Int. J. Health Serv.* 20: 363-372, 1990.