

ARAŞTIRMA

SINIFLAR; SAĞLIK DÜZEYLERİ, SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMLARI VE YARARLANDIKLARI SAĞLIK KURUMLARI ANTALYA'DA İKİ BÖLGE, YEDİ SINIF

İlker BELEK*

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliklerin sosyal sınıflara göre belirlenmesidir. Araştırma Antalya'da, sosyoekonomik açıdan farklı koşullara sahip iki bölgede yapılmıştır. 15 yaş ve üzerindeki 1092 kişi, sistematik örnekleme tekniğiyle seçilmiştir. Sınıf konumu Marksist sınıf teorisine uygun olarak belirlenmiş ve yedi sosyal sınıf elde edilmiştir. Kullanılan sağlık göstergeleri; yakınma(lar), algılanan sağlık, geçici yeti yitimi, GHQ skoru, sınırlanmış ve yatakta geçirilen günlerdir. Sağlık hizmeti kullanımı için hem son bir sene, hem de son 15 gün içindeki hizmet kullanımları analiz edilmiştir. İstatistik analiz olarak ki-kare, tek yönlü varyans analizi ve Tukey testi kullanılmıştır. Sınıflar arasında ciddi eşitsizlikler bulunmuştur. Sosyal güvencelik oranları yüksek olmakla birlikte, hem sağlık düzeyi göstergeleri, hem de sağlık hizmeti kullanımı için en dezavantajlı durumdaki sınıflar mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerdir. Bu da, Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemlerinin sınıfsal sağlık eşitsizliklerini engellemede yetersiz kaldığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Sınıf, sağlık eşitsizlikleri, sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikler, Türkiye.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the inequalities of health and health services utilization according to social classes. The research was made in Antalya, in two quarters whose socioeconomic conditions are different. 1092 people

who are 15 and over were selected according to the systematically sampling method. The class status was determined in accordance with the Marxist class theory and seven social classes were obtained. The health status indicators used in this investigation are: symptom(s), perceived health, temporary disability, GHQ score, restriction days and in bed days. For the health services utilization, services used both in the last one year and in the last 15 days were analysed. As the statistical techniques, chi-square, ANOVA, and Tukey test were used. Serious inequalities were found among social classes. The most disadvantage groups both for the health status indicators and for the health services utilization are blue-collars and the unqualified employees, although the prevalence of insured position is high in these two classes. This data shows us that the social security schemes in Turkey are insufficient to prevent the class inequalities in health.

Key words: Class, health inequalities, inequalities in health services utilization, Turkey.

GİRİŞ: SINIF VE SINIF KURAMLARIYLA İLGİLİ KISA BİR DEĞERLENDİRME

Sağlık eşitsizlikleri, bireyler arasındaki önlenebilir ve ortadan kaldırılabılır sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığı etkileyen risk faktörleri farklılıkları olarak tanımlanmaktadır (WHO 1997:4). 1984 yılında Avrupa için belirlenmiş "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedeflerinin ilki çeşitli toplumsal gruplar ve bölgeler arasındaki eşitsizliklerin azaltılmasıyla ilgili olduğu halde (WHO 1985:24), bugün gerek sağlık düzeyindeki, gerekse sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizliklerin varlığını koruduğu bilinmekte ve bu olumsuz durum, hedefi belirleyen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da saptanmaktadır (WHO 1996).

* Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağ. AD. Öğretim Üyesi

Eğitim, gelir ve sınıfsal konum sağlıktaki eşitsizliklerin saptanması ve izlenmesinde kullanılan üç önemli araçtır. Bir başka deyişle bu üçü hem bireysel düzeyde sağlığın belirleyenleridir, hem de sağlıktaki eşitsizlikler değişik, eğitim, gelir ve sınıfsal grupların sağlık düzeyleri üzerinden izlenebilmektedir (**Kunst AE., Mackenbach JP 1995: 35**).

Yukarıdaki değişkenlerden sınıf sağlık sektörü dışında da geniş bir ilgi ve kullanım alanına sahiptir. Sınıf kavramı Latince kökenli olup Fransızca'da 14., İngilizce'de ise 16. yüzyıldan beri bireylerin toplum içinde çeşitli hiyerarşik derecelere göre dağılımını anlatmak amacıyla kullanılmaktadır (**Öngen T. 1994: 27**). Ancak bütün bunların ötesinde kavramın esas olarak Marksist literatürde özel bir vurguyla ele alındığı ve kendisine toplumsal değişimin arka planındaki ilişkileri ifade eden bir toplumsal olgu olarak işlev yüklediği görülmektedir. Şüphesiz kavramın geçirdiği bu değişimde Marx ve Engels'in ünlü yapıtları Komünist Manifesto'nun belirleyici rolü vardır. Yazarlar bu eserde ilk kez, bireylerin üretim ilişkileri içinde ve üretim araçları karşısındaki nesnel konumlarını gözleterek, çağdaş kapitalist toplum için net bir sınıf şeması vermişler ve bu şema içinde de işçi sınıfına kapitalist toplumun temel çelişkilerini çözecek bir güç atfetmişlerdir (**Marx K., Engels F. 1991: 157**). Daha sonradan bu şemanın yine Marx tarafından Kapital'in 3. (1978) cildinde ayrıntılandırılmaya çalışıldığı görülmektedir. Bütün bu analizlerde önemli olan nokta sınıfın toplumsal yaşantı içinde, bireylerin ötesinde, toplumsal ilişkileri belirleyen, düzenleyen ve değiştiren bir üst belirleyen olarak ele alınmasıdır. Burada toplumsal yaşantıdaki değiştirici gücün, bireylerden oluşan, ancak bireyleri de sarıp sarmalayan ve bireylere kendi özgün değerlerini yansıtan sınıfa ait olduğu vurgusu bulunmaktadır. Dolayısıyla, Marksist sınıf kuramı sınıfta toplumun temel değiştirici gücünü görür. Buna göre toplumsal yaşantıda birbirleriyle ilişki kuran bireyler, ait oldukları sınıfın kendilerine biçtiği sosyoekonomik statü ve değerlerle birbirlerine yaklaşırlar. Sınıfı önemli kılan da bu üst belirleyen olma işlevidir.

2. Dünya Savaşı'nı izleyen dönemde ortaya çıkan sosyal devlet olgusu ile birlikte işçi ve emekçi sınıfların reel gelirlerindeki yükselme, eğitim ve sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu gibi gelişmeler sınıf olgusunun, özellikle Marksistlerce kendisine yüklenen önemi yitirdiğinin göstergesi olarak değerlendirilmiş (**Breen R., Rottman DB. 1995: 31-32**) ve bu gelişme kimi yazarlarca (örneğin Nisbet) "sınıfların ölümü" olarak adlandırılmıştır (**Hout M. ve diğ. 1993: 259-260**). Sosyal devlet uygulamalarıyla birlikte bütün sınıfların "orta sınıf" denilen oldukça homojen bir yapı içinde eridikleri ve böylece "tek sınıflı sınıfsızlaşma" sürecine ulaşıldığı ileri sürülmüştür (**Edgel S. 1993: 118-121**).

Ancak bütün bu görüşlerin etkisinin son derece kısa soluklu olduğu ve sosyal devlet yapısının yıkıldığı ya da yıpratıldığı 1980'lerin başına kadar sürebildiği görülmektedir. Gerçekten de özellikle son 15-20 yıl içinde toplumsal yaşantının her alanında derinleşen eşitsizlikler, sınıfa

ilişkin bu "karşı" tezlerin de sonunu hazırlamıştır. Bugün değişik yaklaşımların sınıfa verdikleri önem derecesi birbirinden farklı olabilse de, sınıf olgusunun reddine ilişkin ciddi bir yaklaşım bulabilmek olanaksızdır. Açığa çıkan gerçek, sosyal devlet döneminde sınıfların ortadan kalkması ve üretim ilişkilerinde sınıfları ortadan kaldıracak değişikliklerin gerçekleştirilmiş olması değil, dönemin özgün politikalarıyla sınıflar arasındaki toplumsal, siyasal ve ekonomik eşitsizliklerin bir dönem için sınırlandırılmış olmasıdır.

Bugün yurt dışında gerçekleştirilen araştırmalarda, çeşitli sağlık göstergeleri ve sağlık hizmeti kullanımı için sınıflar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin varlığını koruduğu, kimi durumlarda var olan eşitsizliklerin daha da derinleştiği saptanmaktadır (**Lundberg O. 1986; Blane D. ve diğ. 1990; Lahelma E., Valkonen T. 1990; Townsend P. 1990; Mapelli V. 1993; Najman JM. 1993; Valkonen T. 1993; Bartley M. Ve diğ. 1996; Kaplan GA. 1996; Katz SJ. ve diğ. 1996; Mackenbach JP. ve diğ. 1997; Roos NP., Mustard CA. 1997; Smith GD. ve diğ. 1997; Weich S., Lewis G. 1998**). Bu veriler sınıf olgusunun, yine, sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımındaki önemli belirleyicilerden birisi olduğunu göstermektedir.

Sınıf yazınında iki önemli akımın bulunduğu ve bunların bugün de belirleyici oldukları bilinmektedir. Bunlar Marksist ve Weberci sınıf kuramlarıdır. Carchedi, Poulantzas, Wright, Callinicos gibi Marksist yazarlar ile Giddens, Goldthorpe gibi yeni Weberciler arasındaki tartışma Marx ile Weber'in ortaya koydukları sınıf kuramları arasındaki farklılığın günümüzdeki yansıması olarak kabul edilebilir (**Myles, 1994: 103**).

Bu iki kuram arasındaki en temel fark sınıf kavramının içine oturtulduğu genel çerçeve ile ilgilidir. Marx'ta ve Marksist kuramda sınıf üretim araçlarının mülkiyeti zemininde tanımlanır. Yani Marksist sınıf kuramında üretim araçlarının mülkiyeti durumu bireylerin sınıf konumlarının belirlenmesinde ana eksendir. Weber'de ise sınıf, tüketim ortamındaki güç ilişkilerini ifade eden toplumsal bir konumlanıştır.

Weber'e göre kapitalist ortamda sınıf, mallarla karşılaşma, yaşam koşulları ve subjektif doyum durumları bakımından ortak bir konumu ifade etmektedir. Bu açıdan Weberci görüş Marksist görüşle aynı noktadadır. Ancak bundan sonra ayırım başlar. Nitekim Weber'de ortak konumu belirleyen, bireylerin mal ve hizmetleri kontrol etme gücüdür ve bu güç piyasa ortamında belirlenmektedir (**Calvert, 1982: 96**). Weber'in kendi dilinden aktarılacak olursa; "Sınıf konumu son kertede piyasa konumudur... Sınıfı yaratan etmen doğrudan doğruya ekonomik çıkardır, hatta sadece piyasayla bağlantılı olan çıkarlardır" (**Weber, 1993: 271-272**). Yine Weber'e göre piyasa olanaklarını belirleyen ise yaşam biçimi, eğitim düzeyi ve mesleki prestij ile ölçülen statü konumudur (**Calvert, 1982: 98**). Böylece statü konumu mesleksi konumla ilintili olarak ortaya çıkan sosyal bir değişkendir ve sonuçta sınıf konumunu

da belirlir. Bu nedenle yeni Weberci yazarların tümünde bireylerin sınıfsal konumları meslekleri üzerinden tanımlanır. Bunun şimdilerde rastlanan ve DSÖ tarafından da standardizasyon amacıyla önerilen en tipik örneği Goldthorpe'un sınıf şemasıdır (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 35-36).

Kıscacası Weberci kuramda sınıf üretim araçlarıyla ilişkiler bağlamında değil; piyasadaki konumlanış bağlamında ve statü konumu tarafından belirlenen bir sonuç olarak ele alınır. Bu nedenle Weber'de; meslek, eğitim, gelir gibi olanakların; kendi başlarına, apriori sosyoekonomik kategoriler olarak işlev gördükleri ortaya çıkar. Kıscacası Weberci görüş zenginliğin üretilmesiyle ilgilenmez. Kendisini zenginliğin kullanılma, piyasaya sürülme biçimleri ve bunların getirdiği ayrıcalıklarla ilgilenme düzeyinde sınırlar. Bu sınırlama noktasında da, piyasanın arkasındaki temel dinamiklerden, yani Marx'ın üretim ilişkileri diye tanımladığı nesnel ortamdan, asli nedenden kopmuş olur.

Sınıfı Weberci tarzda ele almanın pratik yararı mesleğin tek bir soruyla kolayca belirlenebilmesidir. Buna karşılık bu çözümlene önemli dezavantajlara da sahiptir. Bunların içinde en önemlisi aynı mesleğe sahip bireylerin çok farklı üretim koşulları içinde bulunabilmeleri, yani mesleğin bireylerin genel yaşamsal olanak ve koşulları hakkında hemen hiçbir şey anlatamayabilmesidir. Örneğin kaportacılık ya da hekimlik olarak belirtilen meslekler esasen son derece farklı nesnel koşulları ifade edebilirler. Kaportacı kendi işyerine sahip olup, yanında niteliksiz emek gücü istihdam eden birisi ya da kendi işyerine sahip olan birisi olabilir. Aynı şey hekim olarak tanımlanan mesleki konum bakımından da geçerlidir: Yalnızca kamu sektöründe maaşlı olarak çalışan hekim; kendi muayenehanesine, polikliniğine sahip hekim; yanında ücretli olarak hekim istihdam eden poliklinik/hastane sahibi hekim; hem kamuda hem de kendi muayenehanesinde çalışan hekim. Bunların tümü hekimdir. Ancak kabul edileceği gibi aynı meslekte sınıflanan bu bireylerin hem yaşamsal olanakları, hem de üretim süreci içerisindeki nesnel konumları birbirinden tamamen farklı olacaktır. Bu nedenle de aralarındaki nesnel konum farklılığının saptanarak, buna uygun analizlerin yapılması en doğrusudur ve Marksist sınıf kuramının araştırmacılara sunacağı avantaj bu olabilir.

Marksist kuramda sınıf konumunu belirleyen ölçüt üretim araçları ile mülkiyet zemininde kurulan ilişkidir. Böylece Marksist yazındaki temel sınıflar, üretim araçlarının sahibi olan burjuvazi ile üretim araçlarına sahip olmayan üretim sürecine ancak kendi emek güçlerini burjuvaziye satarak girebilen işçi sınıfıdır. Bu ayrım üzerinden hareket eden Carchedi (1975:362-383 ve 1975a: 29-50) burjuvaziyi üretim araçlarının mülkiyetini elinde bulunduran/sömüren/üretmeyen; işçi sınıfını ise üretim araçları mülkiyeti olmayan/sömürülen/üreten toplumsal kategoriler olarak tanımlar.

Benzer yaklaşım Wright (1985) ve Callinicos'ta da (1994: 26-47) vardır. Wright bu iki sınıfa ek olarak bir de

küçük burjuva sınıfını ayırır. Küçük burjuvazi sermayenin hem sahibidir, hem de sermayesinin küçüklüğü nedeniyle üretim ve yönetim işlevlerinin de içinde olabilen bir sınıftır. Callinicos'ta ise işçi sınıfı, bugün işçi ve memur olarak bilinen bütün ücretlileri, emeğin üretken olan ve olmayan bütün sektörlerini içerecek geniş bir kategori olarak tanımlanır. Callinicos ayrıca, eskiden kendi işlerini kurma, bu anlamda sermayeye yakınlık olanağı bulunan hukukçuların, eğitimcilerin ve hekimlerin ciddi biçimde proleterleştiklerini, böylece de işçi sınıfının gerek sayıca çoğaldığını, gerekse artan bir çeşitlilik sergilediğini vurgular.

Buraya kadar özetlenenlerden anlaşılacağı gibi, sınıf konumlarını Marksist anlamda analiz edebilmek için meslek dışında, genel olarak üretim ilişkileri ve daha dar anlamda da üretim ortamı içindeki konumlanışa ilişkin bilgilere (sermayeye ortak olup olmama, işin kafa ve kol emeği bileşimi gibi) gereksinim vardır. Marksist sınıf analizi, sınıf konumunu belirlemede yalnızca mesleği değil, üretim ortamıyla ilintili başka değişkenleri de kullanır. Bu anlamda gerçek yaşamdaki ilişkilerin çok yönlülüğünü daha tam biçimde tanımlayabilme ve kapsayıcı bir müdahale alanı açma avantajına da sahiptir.

AMAÇ, MATERYAL VE METOD

Bu araştırmada, sağlık durumundaki ve sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizliklerin sınıflara göre analiz edilmesi amaçlanmıştır. Sınıfın temel değişken olarak seçilmesinin birkaç nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki sınıfın toplumsal yaşantı ve değişimdeki belirleyici özne olmaktan kaynaklanan önemidir. İkinci nokta ise yurt dışında sınıfsal eşitsizliklere ilişkin yapılmış çeşitli araştırmaların varlığına ve bu araştırmalarda sınıfın eşitsizlikleri belirleyen önemli değişkenlerden birisi olduğunun saptanmış olmasına karşın Türkiye'de sınıfsal sağlık eşitsizliklerini değerlendiren hemen hiçbir çalışmanın bulunmamasıyla ilişkilidir. Dolayısıyla bu çalışma, sınıfsal sağlık eşitsizlikleri ile ilgili boşluğu bir ölçüde de olsa gidermeyi hedeflemektedir.

Sınıfların belirlenmesinde Marksist sınıf şeması tercih edilmiş ve bu amaçla özel bir soru kağıdı geliştirilmiştir. Bireylerin sınıfsal konumu, araştırmanın bağımsız değişkenidir. Sınıfsal konum hane reisinin sınıfsal konumuna göre belirlenmiştir. Yani hane reisinin sınıfsal konumu, hanedeki diğer bireylerin de sınıfsal konumudur. Emekliler emekli oldukları andaki işlerinin koşulları dikkate alınarak sınıflandırılmışlardır. Aile reislerinin sınıfsal konumunun belirlenmesi için geliştirilen anket formu için Boratav ve arkadaşları tarafından 1991-1992 yıllarında İstanbul'da bir alan araştırmasında kullanılmış olan (Boratav K. 1995) sınıf analizi yönteminden yararlanılmıştır.

Sınıf şemasının oluşturulması sürecinin başında hane reisleri üretim aracına sahip olanlar (kendi işine sahip olanlar) ve üretim aracına sahip olmayanlar (ücretli, maaşlılar)

olarak ikiye gruplanmıştır. İkinci aşamada ise, çalışılan işin nitelikleri, çalışan bireyin işi denetleme olanağı, işte çalışan/çalıştırılan işçi sayısı gibi başka ölçütler de analize eklenerek, ilk aşamada elde edilen iki ana sınıf kendi içlerinde alt gruplara (tabakalara) ayrıştırılmıştır. Sonuçta yedi adet sınıf elde edilmiştir: Mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikli beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, küçük-orta burjuvalar, büyük burjuvalar. İlk dört sınıf ücretli maaşlıların, son üçü ise üretim aracına sahip olan burjuvaların alt tabakalarıdır. Bu şema kentli bir topluma aittir.

Bağımlı değişken olarak ise çeşitli bireysel sağlık göstergeleri ile sağlık hizmeti kullanımı alınmıştır. Seçilen sağlık göstergeleri sırasıyla; son gün içindeki yakınma(lar), son 15 gün içindeki yakınma(lar), algılanan sağlık, geçici yeti yitimi, gündelik işlerini aksatma, yatakta gün geçirme (yatak istirahati) ve GHQ ile ölçülen psikolojik sağlık sorunudur.

Yakınmaları saptamak için, 31 adet yakınmadan oluşan ve "diğer" seçeneğini de içeren bir liste araştırmaya katılan bireylere okunmuş ve bunlardan hangilerine sahip oldukları sorulmuştur.

Algılanan sağlık tek bir soruyla ölçülmüştür. Bireyler "Son iki hafta içinde sağlığını genel olarak nasıl hissediyorsunuz?" sorusu yöneltilmiş ve "çok iyi", "iyi", "orta", "kötü", "çok kötü" seçeneklerinden birisini seçmeleri istenmiştir. Analizlerde ilk iki yanıt "iyi", son üçü ise "iyiden kötü" şeklinde gruplanmıştır.

Geçici yeti yitimi bireylerin normalde gerçekleştirdikleri fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememeleri olarak tanımlanmaktadır (Bruin A. ve diğ. 1996). Bu araştırmada kullanılan "Kısa Yeti Yitimi Ölçeği" (Brief Disability Questionnaire) kişilerin hem bedensel, hem de sosyal yeti yitimlerini birlikte soruşturan ve DSÖ tarafından geliştirilmiş dokuz sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin toplam puan sınırları 0 ile 22 arasında değişmektedir. Ölçekten 0-4 puan alanlarda "yeti yitimi yok" kabul edilmekte, 5-7 puan alanlar "hafif yeti yitiği", 8-12 puan alanlar "orta derecede yeti yitiği" ve 13 ve üzeri puan alanlar "ağır yeti yitiği" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yarı kırsal bir alanda gerçekleştirilmiş ve temel sağlık hizmetlerinde yapılacak çalışmalarda kolayca uygulanabileceği belirtilmiştir (Kaplan I. 1995).

GHQ (General Health Questionnaire; Genel Sağlık Anketi) ruhsal hastalıkların tanımlanmasında ilk aşama tarama testi olarak kullanılan bir anket formudur. Çeşitli biçimleri vardır. Bu araştırmada 12 soruluk biçimi kullanılmıştır. 12 soruluk GHQ kısa olduğu için, vakaları ayırmada yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olduğu için ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabilirdiği için tercih edilmektedir (Sartorius N. ve diğ. 1993). Türkçe'ye çevirisi DSÖ'nün 14 ülkede yürüttüğü bir ortaklaşa çalışma

sırasında 1991-92 yıllarında gerçekleştirilmiştir (Kılıç 1996). Bireyler 12 soruluk ölçekten aldıkları puanların toplamına göre yüksek, orta ve düşük GHQ skorlu olarak tabakalanırlar. Özellikle yüksek ve orta skor tabakalarına girenlerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunması olasılığı yüksektir. Ölçekten 4 ve daha fazla puan alanlar yüksek, 2-3 puan alanlar orta ve 2'den az puan alanlar da düşük skorlu olarak değerlendirilmektedir (WHO 1991).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili olarak iki yöntem kullanılmıştır. Bunlardan ilki son 15 gün içindeki sağlık hizmeti kullanımlarını saptamaya yöneliktir. Bu amaçla yukarıda belirtilen her bir yakınma için bireyin ne yaptığı, (bir sağlık kuruluşu listesiyle birlikte) herhangi bir sağlık kuruluşunu kullanıp kullanmadığı ve kaç kez kullandığı sorulmuş, böylece son 15 gün içinde hangi sağlık kuruluşunun, kaç kez kullanıldığı saptanmıştır. Buradaki sorular son 15 güne yönelik olduğundan hafıza faktörünün önemli bir etkiye sahip olmaması beklenir. İkinci yöntem olarak ise son bir yıl içindeki sağlık hizmeti kullanımları soruşturulmuştur. Bu zaman dilimi için hafıza faktörünün önemli derecede yanıltıcı olabileceği düşünüldüğünden, bu soruda bireylere bütün sağlık kurumları teker teker okunarak, son bir yıl içinde bu kurumları herhangi bir nedenle en az bir kez kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Dolayısıyla bu soruda sağlık hizmeti kullanım sayısını değil, ancak sağlık kuruluşlarının son bir yıl içinde en az bir kez kullanıma sıklığını saptamak olanaklı olmuştur. Son bir yıla ilişkili sorunun eklenmesinin nedeni, 15 gün içindeki sağlık hizmeti kullanımının, sürenin kısıllığından ve mevsimden (kış başlangıcı) etkilenebilir olması nedeniyle, genel kullanım eğilimi hakkında yeterli fikir veremeyeceği düşüncesidir. Dolayısıyla bu iki soru birbirlerinin tamamlayıcısı olarak da değerlendirilebilirler.

Sağlık kuruluşu olarak sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı merkezi, verem savaş dispanseri, devlet hastanesi, SSK hastanesi, fakülte hastanesi, özel hekim, özel poliklinik, özel klinik, özel hastane ve diğer seçenekleri tek tek sorulmuştur. Kendi kendine ilaç kullanımları (evdeki ilacı kullanarak ya da eczaneden kendisi ilaç olarak) sağlık hizmeti kullanımı olarak kabul edilmemiştir.

Araştırma Antalya'nın birisi gecekondu diğeri kentsel özellikler gösteren iki mahallesinde (Ahatlı ve Bahçeli) gerçekleştirilmiştir. 15 yaş ve üzerindeki toplam 1092 kişilik bir örnek sistematik örneklem tekniğiyle seçilmiştir. Bireylerle Ekim 1997'de yüz yüze görüşülmüştür. Örnek seçimi ve anketin uygulanmasıyla ilgili ayrıntılı açıklama bir başka çalışmada (Belek İ. 1998) verildiğinden burada daha fazla değinilmeyecektir.

İstatistik analizlerde ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey testi kullanılmıştır. Sağlık düzeyi yaş ile sıkı bir biçimde ilişkili olduğundan, sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili bütün veriler direkt yöntemle (araştırma nüfusunun yaş dağılımı referans olarak kullanılarak) yaşa göre standardize edilmiştir.

ARAŞTIRMA MAHALLELERİNİN SINIFSAI YAPISI

Örneğin seçildiği mahallelerin sınıfsal bakımdan birbirinden ayrı bileşim sergilediği görülmektedir (Tablo 1). Ahatlı bölgesindeki bireylerin %50.5'i mavi yakalılar sınıfına dahildir. (Toplam oranı %1.7 olan işsizler, geçici süre de olsa iş bulabildiklerinden ve iş bulduklarında da mavi yakalı işlerde çalıştıklarından, mavi yakalılar sınıfına dahil edilmişlerdir.) En geniş anlamıyla işçi sınıfının mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar ve yüksek nitelikli beyaz yakalılardan oluştuğu düşünülürse, Ahatlı'da işçi sınıfının payının %80.0 olduğu ortaya çıkmaktadır. İşçi sınıfının yoksul kesimlerini oluşturan mavi yakalılar ile niteliksiz hizmet emekçilerinin toplamı ise Ahatlı'da %68.4'ü bulmaktadır. Ahatlı için dikkat çekici bir diğer nokta, bu bölgede hiçbir yüksek nitelikli beyaz yakalının ve büyük burjuvanın saptanamamış olmasıdır. Bu veriler, Ahatlı'nın neredeyse tam bir işçi ve emekçi mahallesi olduğunu göstermektedir.

Bahçeli'de ise en büyük grup yüksek nitelikli beyaz yakalılardır: %34.1. Beyaz yakalılar sınıfı yüksek niteliklileri izleyen sınıftır: %24.0. Dolayısıyla Bahçeli'ye sınıfsal özelliğini kazandıran unsurların bu iki grup olduğu ve Bahçeli'nin de esas olarak (sosyoekonomik statüsü daha yüksek) bir işçi, emekçi mahallesi olduğu anlaşılmaktadır. Bahçeli'de mavi yakalılar ile niteliksiz hizmet emekçilerinin toplam içindeki ağırlığı ise son derece düşüktür: %12.0. En geniş anlamıyla işçi sınıfının ağırlığı ise %70.1 olmaktadır. Öte yandan burjuva sınıfların Bahçeli'deki ağırlığı da Ahatlı'dan oldukça fazladır. Ancak iki bölge arasındaki asıl farklılık büyük burjuvaların payları arasındadır: %8.9 ve %0.0.

Aynı verilere tersten yaklaşırsa şu sonuçlar ortaya konulabilir: Mavi yakalılarının %86.2'si, niteliksiz emekçilerin de %91.4'ü Ahatlı'da yaşamaktadır. Yani bu iki sınıf için yaşam şansı bulunabilen mekan neredeyse yalnızca geçekondü olmaktadır. Yaşam mekanı, beyaz yakalılar için %62.9, yüksek nitelikliler ve büyük burjuvalar için %100.0 oranında Bahçeli'dir. Küçük burjuvalar ile yalnızca kendi hesabına çalışanların bölgelere dağılımı ise daha dengelidir.

SINIFLARIN SOSYOEKONOMİK DURUMU

Sınıfların sosyoekonomik durumuyla ilgili en temel veriler Tablo 2'de sunulmuştur. Bu tabloda sınıfların eğitim, gelir, sosyal güvenlik ve araba sahipliğiyle ilgili durumları görülmektedir.

Mavi yakalılarının %70.9'unun, niteliksiz emekçilerin %65.7'sinin, kendi hesabına çalışanların %55.0'inin, küçük-orta burjuvaların %46.6'sinin, beyaz yakalılarının %25.8'inin, büyük burjuvaların %13.7'sinin ve yüksek niteliklilerin %5.4'ünün eğitim süresi 5 yıl ya da daha azdır. Bu da, yüksek niteliklilerin ve büyük burjuvaların hanelerinde genel olarak eğitim düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Buna karşılık lise üstü eğitimlilerin oranı mavi yakalılarda %4.0, niteliksiz hizmet emekçilerinde %5.3, kendi hesabına çalışanlarda %21.7, küçük-orta burjuvalarda %28.9, beyaz yakalılarda %31.4, büyük burjuvalarda %40.9 ve yüksek niteliklilerde %66.9'dur. Bu tablodan çıkan sonuç; burjuvaların, işçi sınıfının nitelikli kesimlerine göre daha az eğitilmiş olduklarıdır. İşçi sınıfının aşağı tabakalarının önemli kısmının eğitim süresi beş yıldan daha azdır ve bu gruplarda lise sonrası eğitimi sürdürebilen birey yok gibidir.

Mavi yakalılarının %30.5'inin, niteliksiz hizmet emekçilerinin %32.2'sinin ve kendi hesabına çalışanların %25.4'ünün kişi başı aylık geliri 50 Dolar'dan daha azdır. Kişi başı aylık geliri 100 Dolar'ın altında olanların oranı ise bu üç sınıf için sırasıyla 82.2, 80.9 ve 61.6'dır. Yüksek niteliklilerle büyük burjuvalarda geliri 50 Dolar'ın altında birey bulunmamaktadır. Yüksek niteliklilerin %61.4'ünün, büyük burjuvaların %56.8'inin, küçük-orta burjuvaların %34.5'inin ve beyaz yakalılarının %32.8'inin aylık ortalama geliri 200 Dolar ve daha fazladır. Öte yandan gelirin 300 Dolar düzeyinden gruplanması da ilginç bir durumu açığa çıkarmaktadır. Bu durumda büyük burjuvaların %44.2'sinin; yüksek niteliklilerin %32.5'inin; küçük burjuvaların ise %19.8'inin gelirlerinin 300 Dolar sınırının üzerinde olduğu görülmektedir. Mavi yakalılar ile niteliksiz emekçiler arasında ise bu sınırın üzerine çıkabilen neredeyse bulunmamaktadır: %0.9 ve %1.7.

Tablo 1 : Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Mahalle ve Sınıf Dağılımı

	Ahatlı		Bahçeli		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Mavi yakalılar	299	50.5	48	9.9	347	32.2
Niteliksiz hizmet emekçileri	106	17.9	10	2.1	116	10.8
Beyaz yakalılar	69	11.6	117	24.0	186	17.2
Yüksek nitelikli beyaz yakalılar	0	0	166	34.1	166	15.4
Yalnız kendi hesabına çalışanlar	79	13.3	51	10.5	130	12.0
Küçük-orta burjuvalar	40	6.7	51	10.5	91	8.4
Büyük burjuvalar	0	0.0	43	8.9	43	4.0
Toplam	593	100.0	486	100.0	1079	100.0

Tablo 2: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Sosyal Sınıfları ile Sosyoekonomik Durumlarına İlişkin Çeşitli Göstergeler (Yüzdeler Sütun Yüzdelerdir)

	Mavi Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Küçük Orta	Büyük Toplam		
Bireylerin eğitim süreleri***(N=1075)								
5 yıl ve daha az	70.9**	65.7	25.8*	5.4*	55.0	46.6**	13.7*	46.2
6-8 yıl	10.7	15.8	11.4	4.2	7.8	8.9	4.5	9.6
9-11	14.4	13.2	31.4	23.5	15.5	15.6	40.9	19.9
12 yıl ve fazla	4.0	5.3	31.4	66.9	21.7	28.9	40.9	24.3
Ayda kişi başına düşen gelir(N=1078)****								
0-49.9 Dolar	30.5*	32.2*	6.5	0.0*	25.4*	7.8	0.0*	18.1
50-99.9 Dolar	51.7	48.7	27.4	4.8	36.2	23.3	11.4	34.0
100-149.9 Dolar	9.5	11.3	11.3	16.9	10.0	12.2	15.9	11.7
150-199.9 Dolar	4.3	5.2	22.0	16.9	13.8	22.2	15.9	12.5
200 Dolar ve üstü	4.0	2.6	32.8	61.4	14.6	34.5	56.8	23.7
Sosyal güvence durumu(N=1079)								
Sosyal güvence yok	21.0	18.1	7.0*	1.8*	35.4*	22.2	2.3*	16.4
Sosyal güvence var	79.0	81.9	93.0	98.2	64.6	77.6	97.7	83.6
Araba sahipliği(N=1079)								
Arabası yok	66.3*	58.6*	43.5*	24.7*	28.5*	14.4	2.3	43.7
1 ya da daha çok arabası var	33.7	41.4	56.5	75.3	71.5	85.6	97.7	56.3

* p<0.001, **p<0.01, *** diğer satırlar birleştirilerek ilk satırla karşılaştırılmıştır, **** ilk iki satır ile son üç satır birleştirilerek karşılaştırılmışlardır.

Sosyal güvence bakımından da sınıflar arasında beklenen yönde bir ilişki saptanmaktadır. Sosyal güvenceli olma oranı yüksekten düşüğe doğru sıralandığında, sıralama şu şekilde oluşmaktadır: Yüksek nitelikliler (%98.2), büyük burjuvalar (%97.7), beyaz yakalılar (%93.0), niteliksiz emekçiler (%81.9), mavi yakalılar (%79.0), küçük burjuvalar (%77.6) ve kendi hesabına çalışanlar (%64.6). Mavi yakalılar, niteliksiz emekçiler ve küçük burjuvaların sosyal güvenceli olma oranları arasında farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. Böylece sosyal güvence bakımından mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler muhtemelen resmi devlet kurumlarında ve sigortalı işlerde çalışmanın avantajını görmekte; buna karşılık, kendi hesabına çalışanlar kendilerini sigortalayacak bir mekanizmayı önemli denebilecek oranda kuramamaktadırlar. Tablolarda sunulmayan verilerden anlaşıldığı kadarıyla mavi yakalılar ve niteliksiz hizmet emekçilerinin tek sosyal güvence kaynağı (sosyal güvenceliler içinde mavi yakalılar için %87.5 ve niteliksiz emekçiler için de %86.3 oranında olmak üzere) SSK ya da Emekli Sandığı'dır. Buna karşılık sosyal güvenceli büyük burjuvaların %38.1'i SSK ya da Emekli Sandığı, %61.9'u Bağ-Kur; küçük-orta burjuvaların %31.9'u SSK ya da Emekli Sandığı, %64.8'i Bağ-Kur; yalnızca kendi hesabına çalışanların %50.0'si SSK ya da Emekli Sandığı, %42.9'u da Bağ-Kur üyesidirler. Kısaca mavi yakalı ve niteliksiz emekçiler için SSK ya da Emekli Sandığı dışında bir sosyal güvence mekanizması yoktur denilebilir. Yüksek nitelikliler ile beyaz yakalılar SSK ve Emekli Sandığı kurumları hemen tamamen

kapsama alabilmektedir: %92.0 ve %94.2. Burjuva sınıflarında ise hiyerarşi yükseldikçe Bağ-Kur devreye girmektedir. Diğer bir ilginç nokta burjuva sınıfların bir biçimde SSK ve Emekli Sandığı'nı kullanma yolunu bulabilmeleridir. Bunun çalışan eşler üzerinden ya da kendilerini kendi işlerinin işçileri olarak göstermeleri ile sağlandığı varsayılabilir.

Büyük burjuvalar (%97.7), küçük-orta burjuvalar (%85.6), yüksek nitelikliler (%75.3) ve kendi hesabına çalışanlar (%71.5) araba sahipliği bakımından ön sıralarda yer almaktadır. Araba sahipliği için en olumsuz durumdaki sınıflar yine mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler. Ancak bu sınıflarda da %40'lara ulaşan araba sahipliğinin yüksek olduğu kabul edilebilir.

Bütün bunların sonucunda, sosyoekonomik göstergeler bakımından, avantaj hiyerarşisinin şu şekilde dizildiği ortaya çıkmaktadır: Gelir için büyük burjuvalar, yüksek nitelikliler, küçük-orta burjuvalar, beyaz yakalılar; araba sahipliği için büyük burjuvalar, küçük-orta burjuvalar, yüksek nitelikliler ve kendi hesabına çalışanlar; eğitim için yüksek nitelikliler, büyük burjuvalar, beyaz yakalılar ve küçük-orta burjuvalar. Mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler ise küçük farklarla son sıraları paylaşmaktadır.

Tablo 3'de sosyoekonomik göstergelerin bu kez ortalama değerleri gösterilmiştir. Buradaki veriler de Tablo 2'de ulaşılan sonuçları destekler niteliktedir.

Tablo 3: Sınıflar ve Bazı Sosyoekonomik Göstergelerin Ortalama Değerleri

	Mavi Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Küçük Orta	Büyük Toplam
Araba sayısı/Hane*	0.33	0.40	0.55	0.80	0.76	0.92
Gelir/Kişi(Dolar)**	75.2	70.8	179.0	292.0	116.3	270.3
Eğitim yılı/Kişi***	5.8	6.0	9.8	13.2	7.83	8.8
						11.2
						8.4

p<0.05 düzeyinde olmak üzere; *Tukey testi sonucuna göre kendi hesabına çalışanlar mavi yakalılardan; yüksek nitelikliler ile küçük-orta burjuvalar, mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden; büyük burjuvalar ise diğer bütün sınıflardan farklıdır. **Tukey testi sonucuna göre yüksek nitelikliler, mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden; büyük burjuvalar diğer sınıfların tümünden farklıdır. ***Tukey testi sonucuna göre beyaz yakalılar ile büyük burjuvalar mavi yakalılardan, niteliksiz emekçilerden ve kendi hesabına çalışanlardan; kendi hesabına çalışanlar ile küçük-orta burjuvalar ise mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden; yüksek nitelikliler de bütün diğer sınıflardan farklıdır.

SINIFLARIN SAĞLIK DÜZEYİ

Sınıfların sağlık düzeyi ile ilgili veriler Tablo 4'tedir. Algılanan sağlığın iyiden kötülüğü bakımından en olumsuz durumdaki sınıflar niteliksiz emekçiler (%56.6) ile mavi yakalılar (%42.7)'dir. Yeti yitimi sıklığı niteliksiz emekçiler (%41.1) ile mavi yakalılarda (%34.1) en yüksektir. Orta ve ağır yeti yitimi için de aynı durum söz konusudur; niteliksiz emekçilerde %20.3 ve %11.3, mavi yakalılarda ise %14.7 ve %8.8. Hafif yeti yitiminin sıklığı açısından ise sınıflar arasında fark yoktur. Son gün içinde herhangi bir yakınmaya sahip olma sıklığı en yüksek niteliksiz emekçilerde (%43.0), sonra mavi yakalılardadır (%40.0). Son 15 gün içinde beşten çok yakınmaya sahip olma durumu bakımından da sonuç benzerdir. Niteliksiz emekçilerde %51.7, mavi yakalılarda %45.1. Orta ve ağır derecedeki GHQ skoru sıklığı mavi yakalılarda %46.4 ve niteliksiz emekçilerde %41.8'dir. Bu sağlık göstergelerinin hiçbirisi için diğer sınıflar arasında fark yoktur. Sağlık sorunu nedeniyle iş aksatma sıklığı en yüksek niteliksiz emekçiler (%31.2) ve mavi yakalılarda (%28.4) iken, en düşük yüksek niteliklilerdedir (%11.4). Sağlık sorunu nedeniyle yatakta gün geçirme sıklığı açısından ise en iyi durumdaki sınıflar yüksek nitelikliler (%6.2) ve kendi hesabına çalışanlardır (%9.3), diğer sınıflar arasında fark yoktur. Aksatılan ortalama iş günü sayısı için sınıflar farksızdır. Yatakta geçirilen ortalama gün sayısı açısından ise mavi yakalılar (1.13) durumu en kötü iken, kendi hesabına çalışanlar (0.15) ile küçük-orta burjuvalar (0.25) en iyi durumdadır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINDA SİNİFSAL EŞİTSİZLİK

Sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizlikleri değerlendirebilmek için sağlık düzeyinin bilinmesi gerekir. Çünkü sağlık düzeyi ve sağlık sorunu, sağlık hizmeti gereksinimini ortaya çıkarır. Sağlık hizmetine olan gereksinim ise sağlık hizmeti kullanımını belirleyen en önemli etkenlerden birisidir (Whitehead M. 1992). Bu nedenle gereksinimi gözetmeyen karşılaştırmalar doğru bilgi vermeyebilir. Örneğin gereksinimi fazla olan sınıfın, sağlık hizmetini gereksinimiyle orantılı biçimde fazla kul-

lanması eşitsizlik değil, tam tersine eşitlikçi bir sonuç olacaktır Musgrove (1986: 25). Bunu pozitif eşitsizlikçilik olarak tanımlamaktadır. Eşitlik (equity) kavramı sağlık hizmeti kullanımı için ele alındığında, genel olarak kabul edilen tanım 'eşit gereksinimler için eşit kullanım' biçiminde olmaktadır (Whitehead M. 1992).

Eşit kullanımı değerlendirebilmek için, öncelikle 'eşit gereksinim' için uygun bir göstergenin belirlenmesi gerekir. Gereksinim bir sağlık sorunu sıklığı ile ölçülebilir. Bu çalışmada gereksinim göstergesi olarak sahip olunan yakınma sayısı alınmış ve aynı sayıda yakınma belirten bireyler eşit sağlık gereksinimine sahip olarak kabul edilmiştir. Benzer yöntemin Mapelli (1993) tarafından da kullanıldığı izlenmektedir. Sağlık hizmeti kullanımının değişkeni olarak ise kullanıcı başına ortalama sağlık hizmeti kullanımı alınmıştır.

Tablo 5'te ilgili hesaplama sonuçları gösterilmiştir. Hesaplamalarda bütün bireyler değil, yakınması olan sağlık hizmeti kullanıcıları dikkate alınmıştır. Yakınlı hizmet kullanıcılarının toplam içindeki oranı %35.9'dur. Sağlık hizmeti kullanımının belli bir sosyal grubun toplam nüfusuna göre hesaplanmasının yanıltıcı olacağı varsayılmıştır. Çünkü, bütün nüfusun alınması durumunda, hizmet kullanmamış olanların da hizmet kullananlar kadar hizmet kullanacakları kabul edilmiş olacaktır. Gruplar arası karşılaştırmalar, grup değerlerinin örnek ortalama değerinden farkları hesaplanarak yapılmıştır. Hizmet kullanımındaki eşitsizliğe karar vermek için kullanıcı başına ortalama yakınma sayıları ile kullanıcı başına ortalama hizmet kullanımı birlikte değerlendirilmiştir.

Kullanıcı başına sağlık hizmeti kullanımı, hizmet kullanımının, sağlık gereksinimiyle karşılaştırmalı biçimde aşırı ya da yetersiz tüketildiğine işaret eder. Sağlık hizmetinin aşırı tüketimi, kullanıcı başına sağlık hizmeti kullanımının örnek ortalamasından sapmasının, kullanıcı başına yakınma ortalamasının örnek ortalamasından sapmasından daha yüksek olduğu durumlarda ortaya çıkacaktır. Böylece aşırı hizmet kullanımı grubun sağlık sorununa göre daha fazla oranda hizmet kullandığını gösterir. Buna ilişkin veriler de Tablo 6'dadır. Tablo 6, Tablo 5'ten türetilmiştir.

Tablo 4: Çeşitli Morbidite Göstergelerinin Sınıflara Göre Durumu (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)

	Mavi	Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Küçük Orta	Büyük	Toplam
Algılanan sağlık (N=1087)								
kötü	42.7*	56.6*	25.4	25.0	28.4	26.4	20.9	34.9
Yeti yitimi (N=1084)								
var	34.1*	41.1*	25.8	16.9	25.3	16.9	20.7	28.4
hafif*****	10.6	9.5	10.0	8.8	10.0	9.1	10.8	10.5
orta	14.7**	20.3**	10.2	5.2	10.9	6.4	6.3	11.3
ağır	8.8***	11.3**	5.6	2.9	4.4	1.4	3.6	6.5
Son 15 gün içinde yakınma (N=1077)								
5'ten çok	45.1***	51.7**	41.5	33.6	32.6	33.4	31.0	40.8
Son gün içinde yakınma (N=1077)								
var	40.0*	43.0*	29.2	20.7	34.5	26.0	24.2	33.3
Psikolojik sorun (N=1073)								
orta ve ağır	46.4*	41.8***	31.1	27.9	33.9	20.1	28.9	35.7
İş aksatma (N=1072)								
var	28.4***	31.2**	17.7	11.4*	20.0	19.1	21.9	22.4
Yatak istirahati (N=1072)								
var	18.4	22.8	14.1	6.2*	9.3***	11.3	18.9	14.7
Ortalama aksatılan iş günü****(N=1073)								
	2.36	2.16	1.31	0.98	1.26	1.04	1.23	1.62
Ortalama yatılan gün***** (N=1072)								
	1.13	1.04	0.66	0.33	0.15	0.25	0.72	0.71

*p<0.001. **p<0.01. ***p<0.05. p<0.05 olmak üzere; ****Tukey testi sonucuna göre sınıflar arasında fark yoktur. *****Tukey testi sonucuna göre mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ile küçük-orta burjuvalardan farklıdır.

Tablo 6'dan izlendiği gibi, gereksinimlerine göre sağlık hizmetini fazla tüketen sınıflar beyaz yakalılar, yüksek nitelikliler, küçük-orta ve büyük burjuvalar iken; gereksinime göre sağlık hizmetini az tüketen sınıflar mavi yakalılar, niteliksiz emekçiler ve kendi hesabına çalışanlardır. Örneğin mavi yakalılarının kullanıcı başına yakınma ortalaması, ortalama değerden %3.1 daha fazla iken, aynı sınıfın hizmet kullanım ortalaması, ortalama değerden %2.6 altındadır.

Mavi yakalılar, niteliksiz emekçiler ve kendi hesabına çalışanlarda ortalama yakınma sayısı ortalamanın üzerindedir. Bu durum bu üç sınıfın, ortalamanın üzerinde sağlık hizmetine gereksinimlerinin bulunduğunu gösterir. Diğer dört sınıfta ise tam tersi durum söz konusudur. Buna karşılık mavi yakalılar ve kendi hesabına çalışanlar ortalamanın altında hizmet kullanmakta, niteliksiz emekçilerin kullandıkları ortalamanın üzerindeki hizmet ise yakınma düzeylerini karşılamaktan uzak kalmaktadır. Beyaz yakalılar ile küçük-orta burjuvaların ortalama hizmet kullanımı ortalamanın üzerindedir. Yüksek nitelikliler ile büyük burjuvalar (olması gerektiği gibi) ortalamanın altında hizmet tüketmiş olsalar da, bu fark yine de yakınma düzeylerinin gerektirdiği kadar düşük değildir.

SINIFLAR HANGİ SAĞLIK KURUMLARINI KULLANIYORLAR?

Tablo 7'den izlendiği gibi araştırma kapsamındaki nüfusun %37.2'si son bir yıl içinde en az bir kez bir kamu birinci basamak sağlık kuruluşunu kullanmıştır. Bunun çok önemli bir kısmı (%85.0) sağlık ocakları şeklindedir. Yalnızca yüksek nitelikliler içinde kamu birinci basamak sağlık kuruluşları içinde sağlık ocaklarının payı daha düşüktür ve bu sınıf içinde birinci basamak kamu kurumu kullanımlarının önemli bir kısmını (%55.2) kurum hekimliği oluşturmaktadır. Böylece kamu birinci basamak kurumu denildiğinde sağlık ocaklarının anlaşılması yanlış olmayacaktır. Son bir yıl içinde, en çok oranda en az bir kez kullanılan bir diğer kurum özel birinci basamak sağlık kurumlarıdır (%32.4). Özel birinci basamak sağlık kurumlarının da %81.4'ü özel muayenehane, kalanı ise özel poliklinik şeklindedir. Bu nedenle özel birinci basamak denildiğinde özel muayenehane kullanımı anlaşılabilir. Son bir yıl içinde en az sıklıkta, en az bir kez kullanılan sağlık kuruluşu ise özel hastanelerdir: %7.2. Araştırma nüfusunun kamu kurumlarını (%60.4), özel kurumlara (%39.6) göre daha sık kullandığı görülmektedir. Hastaneler arasında en sık kullanılanı devlet hastanesi (%36.0) iken, onu SSK

Tablo 5: Sınıflara Göre Kullanıcı, Kullanıcı Başına Ortalama Yakınma ve Ortalama Sağlık Hizmeti Kullanımı (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)*

Sınıflar	n	Yakınma/ Kullanıcı	Hizmet/ Kullanıcı
Mavi yakalılar	347	7.39	1.13
Niteliksiz emekçiler	113	8.46	1.21
Kendi hesabına çalışanlar	129	7.32	1.13
Beyaz yakalılar	185	6.10	1.21
Yüksek nitelikliler	166	6.89	1.14
Küçük-orta burjuvazi	91	6.35	1.31
Büyük burjuvazi	43	4.20	0.90
Toplam	1074	7.21	1.15

*Yalnızca yakınmalı sağlık hizmeti kullanımları alınmıştır.

Tablo 6: Sınıflara Göre Kullanıcı Başına Ortalama Yakınma ve Ortalama Sağlık Hizmeti Kullanımının Örnek Ortalamasından % Sapması (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)*

Sınıflar	N	Yakınma/ Kullanıcı	Hizmet/ Kullanıcı
Mavi yakalılar	347	3.1	-2.6
Niteliksiz emekçiler	113	18.0	4.3
Kendi hesabına çalışanlar	129	2.1	-2.6
Beyaz yakalılar	185	-14.9	4.3
Yüksek nitelikliler	166	-3.9	-1.7
Küçük-orta burjuvazi	91	-11.4	12.9
Büyük burjuvazi	43	-41.4	-22.4

*Yalnızca yakınmalı sağlık hizmeti kullanımları alınmıştır.

(%31.1) ve üniversite (%23.8) hastaneleri izlemektedir.

Kurumların sınıflarca kullanımında çeşitli farklılıklar bulunduğu izlenmektedir. Sağlık ocaklarının kullanımı bakımından farklı olan sınıf yüksek niteliklilerdir. Bu sınıf sağlık ocaklarını diğerlerine göre daha az kullanmaktadır (%18.2).

Kamuya ait birinci basamak sağlık kurumlarının son bir yıl içinde en az bir kez kullanım sıklığı açısından sınıflar arasında fark yoktur.

Devlet hastanesinin kullanımı bakımından kendi hesabına çalışanlar (%55.4) ile mavi yakalılar (%21.6) zıt uçlarda diğer sınıflardan ayrılmaktadır. Diğer sınıflar arasında fark olmasa da, $p=0.10$ alındığında büyük burjuvaların da anlamlı bir oranda (%27.6) devlet hastanesini az kullandığı saptanmaktadır. Mavi yakalıların devlet hastanesini daha

az oranda kullanmaları doğaldır. Çünkü bu grup ağırlıklı olarak SSK sağlık kurumlarını kullanmak zorundadır. Büyük burjuvaların devlet hastanesini az kullanması bu sınıfın özellikle ikinci basamak sağlık gereksinimleri için başka kuruluşları tercih etmesindedir. Kendi hesabına çalışanlar ise sosyoekonomik durumlarının kötülüğü ve sosyal güvence oranlarının görece düşüklüğü sonucunda devlet hastanesini daha sık kullanıyor olabilirler. Nitekim bu sınıfta (istatistiksel açıdan fark olmasa da) sağlık ocağı kullanımı da diğerlerine göre daha yüksektir.

SSK hastanesinin kullanım sıklığında sırasıyla mavi yakalılar (%59.7), niteliksiz emekçiler (%42.4) ve beyaz yakalılar (%20.7) öndedir. Diğer sınıflar arasında bu açıdan fark yoktur. Ancak SSK hastanesini en az kullanan sınıf büyük burjuvalardır (%3.5).

Üniversite hastanesini en sık kullanan sınıflar büyük burjuvalar (%41.4), yüksek nitelikliler (%41.3) ve beyaz yakalılar (%36.6)'dır. En az kullananlar ise sırasıyla mavi yakalılar (%11.7), kendi hesabına çalışanlar (%14.1), niteliksiz emekçiler (%16.3) ve küçük-orta burjuvalar (%20.0)'dır. Mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerin ikinci basamak kurumlar olarak SSK ve bir ölçüde de devlet hastanelerine bağlı olmaları onları üniversite hastanesinin kullanılmasından alıkoyuyor olmalıdır. Kendi hesabına çalışanlar için doğrudan ekonomik sınırlamaların bu kurumun kullanımını engellediği düşünülebilir. Küçük-orta burjuvalar açısından ise belki de kültürel etkenler akla gelmelidir.

Özel birinci basamak sağlık kurumlarının kullanımı bakımından küçük-orta burjuvalar (%50.8) ile yüksek niteliklilerin (%44.1) diğer sınıflardan ayrıldıkları görülmektedir. Mavi yakalılar (%24.9), niteliksiz emekçiler (%27.2) ve kendi hesabına çalışanlar (%30.4) gibi sosyal güvenceye sahip ve ekonomik güçlük içinde bulunan sınıfların özel birinci basamak kurumlarını bu denli sık kullanmaları ilginçtir.

Özel hastanelerin kullanımında mavi yakalılar (%2.9) sondaki konumuyla diğer sınıflardan ayrılmaktadır. Diğer altı sınıf arasında bu bakımdan istatistiksel bir fark yoktur. Ancak büyük burjuvaların %17.2 oranıyla ilk sırada yer aldığı ve $p=0.10$ düzeyinde bu oranın diğer sınıflardan anlamlı bir fark sergilediği saptanmaktadır.

Özel sağlık kurumlarının tercihi açısından mavi yakalıların (%27.8), niteliksiz emekçilerin (%32.6) ve kendi hesabına çalışanların (%33.7) en dezavantajlı konumda oldukları görülmektedir. Bir diğer deyişle özel sağlık kurumları en fazla oranda bu üç sınıfa kapalıdır.

Sağlık kurumlarının sınıflarca kullanımı açısından bir değerlendirme de son 15 gün içindeki herhangi bir yakınmaya bağlı olarak gerçekleştirilen başvurular için yapılabilir. Bu değerlendirme ile hangi kurumun kaç kez kullanıldığını ve her sınıfın kendi başvuruları içindeki kurum ağırlıklarını hesaplamak olanaklı olmaktadır. Burada da kamu birinci

Tablo 7: Sınıfların Son Bir Yıl İçinde Çeşitli Sağlık Kuruluşlarını En Az Bir Kez Kullanma Sıklıkları (%) (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)*

Sağlık Kuruluşu	Mavi	Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Küçük Orta	Büyük	Toplam
	n=373	n=92	n=163	n=143	n=92	n=65	n=29	N=858
Sağlık ocağı	31.5	39.1	33.5	18.2**	43.5	30.7	24.1	31.6
Kamu birinci basamak	33.5	43.5	38.4	40.6	43.5	30.7	24.1	37.2
Devlet hastanesi	21.6*	38.0	45.1	38.5	55.4***	41.5	27.6	36.0
SSK hastanesi	59.7*	42.4*	20.7**	7.7	12.0	12.3	3.5	31.1
Üniversite hastanesi	11.7*	16.3*	36.6	41.3	14.1*	20.0***	41.4	23.8
Kamu kurumları	72.2*	67.4*	56.7	44.7	66.3*	41.5	48.3	60.4
Özel birinci basamak	24.9	27.2	31.1	44.1**	30.4	50.8*	34.5	32.4
Özel hastane	2.9*	5.4	12.2	11.2	3.3	7.7	17.2	7.2
Özel kurumlar	27.8*	32.6*	43.3	55.3	33.7*	58.5	51.7	39.6

*Yüzdeler son bir yıl içinde herhangi bir sağlık kurumunu kullanan birey sayısı üzerindedir (N=858). Her yüzde, o sınıfta o sağlık kurumunu en az bir kez kullananların oranını göstermektedir.

basamak sağlık kurumu başvurularının hemen tamamı (%92.3) sağlık ocaklarıdır. Bu nedenle bu ikisi ayrı ayrı gösterilmemiştir. Özel birinci basamak kullanımlarının da %74.5'i muayenehanelere olduğu için (sayıları küçültmemek kaygısıyla) özel polikliniklere tablolarda ayrıca yer verilmemiştir. Büyük burjuvalarda son 15 gün içinde hizmet kullanan kişi sayısı çok az olduğundan (n=9) burjuvalar tek bir sınıf olarak birleştirilmiştir.

Tablo 8'den izlendiği gibi son 15 gün içinde herhangi bir yakınma nedeniyle kamu kurumlarının kullanılma sıklığı, özel kurumlardan daha fazladır: %74.0 ve %26.0. En fazla oranda kullanılan sağlık kuruluşları kamu hastaneleridir (%56.9). Kamu hastanelerini özel birinci basamak (%24.1) ve sağlık ocağı (%17.1) kullanımları izlemektedir. Böylece incelenen nüfusta birinci basamak ile ikinci basamak arasında olması gerekli ilişki neredeyse tersine dönmüştür. Toplam birinci basamak kullanım sıklığı %41.2, toplam ikinci basamak kullanım sıklığı ise (özel hastane kullanımı da dahil edildiğinde) %58.8 olmaktadır. Bu tablodaki bir diğer ilginç bulgu ise birinci basamak sağlık kuruluşları içinde sağlık ocaklarının, özel sağlık kuruluşlarından daha az sıklıkta kullanılıyor olmasıdır.

Mavi yakalılarda ($p<0.001$), niteliksiz emekçilerde ($p<0.01$), beyaz yakalılarda ($p<0.05$) ve kendi hesabına çalışanlarda ($p<0.05$) son 15 gün içindeki kamu kurumlarının kullanım sıklığı, özel sağlık kurumlarının kullanım sıklığından anlamlı biçimde daha fazladır. Diğer iki sınıf için ise kamu ve özel sağlık kurumlarının kullanım sıklığı arasında fark yoktur.

Sınıfların sağlık kurumlarını kullanımları kendi içlerinde değerlendirildiğinde özel hastanelerin bütün sınıflarda anlamlı biçimde az kullanıldığı görülmektedir. Bu beklenen bir sonuçtur. Mavi yakalılarda, niteliksiz emekçilerde, beyaz yakalılarda ve burjuvalarda ikinci farklılığı kamu hastaneleri grubu oluşturmaktadır. Kamu hastaneleri bu sınıflarda anlamlı biçimde en sık kullanılan sağlık kurumudur. Burjuvalar için kamu hastanelerinin sık kullanımı, Tablo 7'deki veriler gözetilerek üniversite hastanesinin sık kullanımına bağlanabilir. Mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerde ise bunun SSK ve kısmen devlet hastanelerinin kullanımındaki sıklığa bağlı olduğu daha önce açığa çıkmıştı. Son 15 günde yüksek niteliklilerde en sık kullanılan kurum özel birinci basamak, kendi hesabına çalışanlarda ise kamu hastaneleri olmakla birlikte, bunların özel hastaneler dışın-

Tablo 8: Son 15 Gün İçindeki Sağlık Kurumu Kullanımlarının Sınıflara Dağılımı (%) (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)

Sağlık Kuruluşu	Mavi	Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Küçük Orta	Büyük	Toplam
Sağlık ocağı	71	17.5	10.4	20.8	12.8	29.3	11.6	17.1
Kamu hastanesi&	236	67.6*	67.2*	52.0*	38.3	43.9	46.5***	56.9
Özel 1. Basamak	100	12.8	19.0	24.7	46.8	26.8	41.9	24.1
Özel hastane	8	2.0*	3.4***	2.5**	2.1*	0.0**	0.0*	1.9
Kamu kurumları	307	85.2	77.6	72.8	51.1	73.2	58.1	74.0
Özel kurumlar	108	14.8	22.4	27.2	48.9	26.8	41.9	26.0
Toplam (N)	415	149	58	77	47	41	43	100.0

&Bu başlık altında ildeki SSK, devlet ve üniversite hastanesi bulunmaktadır. * $p<0.001$. ** $p<0.01$. *** $p<0.05$.

daki diğer kurumlardan farkı bulunmamaktadır.

Son olarak Tablo 9'da her bir sağlık kuruluşunun sınıflarca son 15 gün içindeki kullanılma ortalaması verilmiş ve kullanım ortalamaları arasındaki fark incelenmiştir. Sağlık ocağı kullanım ortalaması açısından sınıflar arasında fark olmadığı izlenmektedir. Kamu hastanelerini mavi yakalılar ile niteliksiz emekçiler, yüksek niteliklilerden, kendi hesabına çalışanlardan ve burjuvalardan daha yüksek oranda kullanmaktadır. Özel birinci basamak kurumlarının kullanımında yüksek nitelikliler ile burjuvalar avantajlı; mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler de dezavantajlı konumdadırlar. Özel hastanelerin kullanımında sınıflar arasında fark saptanamamaktadır. Ancak son 15 günde özel hastane kullanım sayısının azlığı (n=8) gerçekte var olan farkları gizliyor olabilir. Genel olarak kamu kurumları mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerce, beyaz yakalılara, yüksek niteliklilere ve burjuvalara göre daha sık kullanılmaktadır. Bu bakımdan mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerin kendi hesabına çalışanlardan farkı bulunmamaktadır. Genel olarak özel kurumların tercihinde ise yüksek nitelikliler ve burjuvalar mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden farklılık göstermektedir. Sonuçta Tablo 8 ve 9'un sonuçları önemli oranda uyum sergilemektedir.

SONUÇ

Araştırma örneğindeki sınıflar çeşitli bakımlardan önemli farklılıklar sergilemektedir. Yedi sınıfın içinde en avantajlı konumdakiler niteliksiz emekçiler ile mavi yakalılardır. Bu iki sınıfın araştırma nüfusunun %43.0'unu oluşturduğu dikkate alındığında, incelenen hemen bütün değişkenler için, nüfusun yaklaşık yarısının belirgin biçimde dezavantajlı olduğu saptanmaktadır.

Sınıflar arasındaki eşitsizliklerin en net biçimde gözlemlendiği ölçütler sosyoekonomik değişkenlerdir. Bu

ölçütler içinde araba sahipliği ve eğitim süresi açısından hemen hemen bütün gruplar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı fark vardır. Sosyoekonomik göstergelerde mavi yakalılar ile niteliksiz emekçiler en kötü durumdadır. Kendi hesabına çalışanlar ile beyaz yakalıların konumu aradadır. Yüksek nitelikliler ve burjuvalar en avantajlı konumdaki sınıflardır. Gelirle ilgili göstergelerde büyük burjuvalar ile küçük-orta burjuvaların, eğitimle ilgili göstergelerde ise yüksek nitelikliler ile büyük burjuvaların en avantajlı konumda oldukları görülmektedir.

Sağlık düzeyi bakımından sınıflar arasındaki ayrışma daha kaba biçimde ortaya çıkmaktadır. Hemen bütün sağlık göstergeleri için yine mavi yakalılar ile niteliksiz emekçiler en kötü durumdadır. Buna karşılık diğer beş sınıf arasında çoğunlukla anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Ortalama yakınma üzerinden değerlendirilen sağlık gereksinimi için, mavi yakalılar, niteliksiz emekçilerin ve kendi hesabına çalışanların, artmış sağlık gereksinimlerini karşılayamadıkları anlaşılmaktadır. Diğer dört sınıf ise gereksinimlerinin üzerinde sağlık hizmeti kullanmaktadır. Sosyal güvenceli olma oranı diğer sınıflara göre daha düşük olan kendi hesabına çalışanlar için sağlık hizmetinin gereksinimi karşılayamaması "normal" kabul edilebilir. Ancak sosyal güvenceli iki sınıf; mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerde de gereksinimin karşılanamaması, bu iki sınıfın temel hizmet kaynağı olan SSK örgütlenmesinin (mavi yakalıların %66.8'i; niteliksiz emekçilerin %56.9'u SSK'lıdır) yeterliliği konusunda bir kez daha gündeme getirmektedir. Öte yandan bu veri sosyal güvenceli olmanın, sağlık hizmeti kullanımındaki sınıfsal eşitsizlikleri gidermeye yetmediğini de açık biçimde göstermektedir.

Sağlık kurumlarının kullanımı bakımından birinci ve ikinci basamak kullanım sıklıklarının beklenenin tersine

Tablo 9: Son 15 Gün İçindeki Kullanıcı Başına Ortalama Başvuru Sayılarının Sınıflara Göre Durumu (Veriler Yaşa Göre Standardize Edilmiştir)

Sağlık Kuruluşu	Mavi	Niteliksiz	Beyaz	Yüksek	Kendi	Burjuva	Toplam
Sağlık ocağı*	0.21	0.13	0.23	0.16	0.33	0.14	0.20
Kamu hastanesi**	0.76	0.81	0.59	0.46	0.50	0.55	0.64
Özel 1. Basamak***	0.14	0.23	0.28	0.56	0.31	0.50	0.28
Özel hastane****	0.02	0.04	0.03	0.03	0.00	0.00	0.03
Kamu kurumları*****	0.97	0.94	0.82	0.62	0.83	0.69	0.84
Özel kurumlar*****	0.16	0.27	0.31	0.59	0.31	0.50	0.31
Toplam	1.13	1.21	1.13	1.21	1.14	1.15	1.15

P<0.05 olmak üzere; *Sağlık ocağı kullanımı açısından sınıflar arasında fark yoktur. **Kamu hastanelerinin kullanımı açısından Tukey testi sonucuna göre, mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler, yüksek niteliklilerden, kendi hesabına çalışanlardan ve burjuvalardan farklıdır. ***Özel birinci basamak kullanımı açısından Tukey testi sonucuna göre, burjuvalar ve yüksek nitelikliler, mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden farklıdır. **** Sınıflar arasında fark yoktur. *****Bütün kamu kurumlarının kullanımı açısından Tukey testi sonucuna göre, mavi yakalılar, yüksek niteliklilerden, beyaz yakalılardan ve burjuvalardan; niteliksiz emekçiler ise yüksek niteliklilerden ve burjuvalardan farklıdır. *****Bütün özel kurumların için Tukey testi sonucuna göre burjuvalar mavi yakalılardan ve yüksek nitelikliler de mavi yakalılar ile niteliksiz emekçilerden farklıdır.

bir görüntü çizdikleri anlaşılmaktadır. Bu durum Türkiye genelindeki verilerle uyum göstermektedir. Sağlık Bakanlığı istatistiklerinden anlaşıldığı kadarıyla Türkiye’de sağlık ocaklarındaki poliklinik oranı toplamın 2/3’ü kadardır (SB 1997: 60).

Türkiye’de en önemli birinci basamak sağlık kurumu olan sağlık ocaklarının araştırma nüfusu tarafından kullanımını da son derece düşüktür: Son 15 gün içindeki kullanımların %17.1’i. Bu oran 1992 yılı için Türkiye genelinde saptanmış olan %25.9 oranından da (Ministry of Health Turkey 1995: 125) düşüktür. Aradaki farklılığın bu araştırmanın bölgesinin kent merkezinde bulunmasından kaynaklandığı varsayılabilir.

Kullanılan sağlık kurumları açısından ise sosyoekonomik göstergelerdekine benzer bir çeşitlilik izlenmektedir. Son bir yıllık kullanımlar için değerlendirildiğinde; sağlık ocakları en az yüksek niteliklilerce; özel birinci basamak kurumları en çok küçük-orta burjuvalarca ve yüksek niteliklilerce; devlet hastanesi en çok kendi hesabına çalışanlar, en az mavi yakalılar ve büyük burjuvalarca; SSK hastanesi en çok mavi yakalılar ve nitelsiz emekçiler, en az büyük burjuvalarca; üniversite hastanesi en az mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve nitelsiz emekçilerce, en çok büyük burjuvalar, yüksek nitelikliler ve beyaz yakalılarca; özel hastaneler ise en çok büyük burjuvalar, en az mavi yakalılarca kullanılmaktadır.

Özel kurumları tercih eden büyük burjuvaların özel hastane kullanımında; yüksek nitelikliler ile küçük-orta burjuvaların ise özel birinci basamak sağlık kurumları kullanımında avantajlı oldukları görülmektedir. Özel sağlık kurumlarını daha az oranda kullanabilen mavi yakalılar, nitelsiz emekçiler ve kendi hesabına çalışanlarda özel sağlık kurumu kullanımı çok önemli oranda özel birinci basamak sağlık kurumları biçiminde olmaktadır.

Sonuç olarak sağlık sektöründeki özel/kamu sektörü ayrımının, sınıfsal bir eşitsizlik görüntüsü olarak da ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Sosyoekonomik açıdan eşitsizliklerin yükünü üzerlerinde taşıyan mavi yakalılar, nitelsiz emekçiler ile kendi hesabına çalışanlar özel sağlık sektörüne en uzak sınıflardır. Buna karşılık burjuvalar ve yüksek nitelikliler gereksinimlerini yarıya yakın oranda özel sektörden karşılamaktadır. Özel/kamu ayrımı ile ilgili bu sonuçlar son 15 günlük kullanımlar için de geçerlidir.

Türkiye’de sosyoekonomik koşullardaki ve sağlık sektöründeki değişikliklerle birlikte sağlıktaki sınıfsal eşitsizliklerin ne yönde seyredeceğinin izlenmesi, özellikle eşitsizlikler ile sınıfsal koşulların ilişkisinin belirginleştirilmesi ve müdahale yollarının verili bir biçimde tartışılması bakımından yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

Bartley M. (1996), "Measuring Inequalities in Health: An

Analysis of Mortality Patterns Using Two Social Classifications", *Sociology of Health and Illness*, 18(4): 455-475.

Belek İ. (1998), "Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler", *Toplum ve Hekim*, 13(4): 292-299.

Blane D, Smith GD, Bartley M. (1990), "Social Class Differences in Years of Potential Life Lost: Size, Trends, and Principal Causes", *British Medical Journal*, 301: 429-432.

Boratav K. (1995), "İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri", İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

Breen R, Rottman DB. (1995) "Class Stratification", Great Britain: Biddles Ltd.

Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. (1996), "Health Interview Surveys", Finland: WHO.

Callinicos A. (1994), "Giriş", A. Callinicos, C. Harman (ed. by) *Değişen İşçi Sınıfı*, Çev: O. Akınhay, İstanbul: Z Yayınları: 7-19.

Calvert P. (1982), "The Concept of Class", New York: St Martin’s Press.

Carchedi G. (1975), "Reproduction of Social Classes at the Level of Production Relations", *Economy and Society*, 4: 361-417.

Carchedi G. (1975a), "On the Economic Identification of the New Middle Class", *Economy and Society*, 4: 1-86.

Edgel S. (1993), "Class", London: Routledge Pub.

Hout M, Brooks C, Manza J. (1993), "The Persistence of Classes in Post Industrial Societies", *International Sociology*: 259-277.

Kaplan I. (1995), "Yarı Kırsal Bir Alanda Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Yeti Yitimi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 169-179.

Kaplan GA. (1996), "People and Places: Contrasting Perspectives on the Association Between Social Class and Health", *International Journal of Health Services*, 26 (3): 507-519.

Katz SJ, Hofer TP, Manning WG. (1996), "Physician Use in Ontario and the United States: The Impact of Socioeconomic Status and Health Status", *American Journal of Public Health*, 86: 520-524.

Kılıç C. (1996), Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1): 3-10.

Kunst AE, Mackenbach JP. (1995), "Measuring Socioeconomic Inequalities in Health", Copenhagen: WHO.

Lahelma E, Valkonen T. (1990), "Health and Social Inequities in Finland and Elsewhere", *Social Science and Medicine*, 31(3): 257-265.

Lundberg O. (1986), "Class and Health: Comparing Britain and Sweden", *Social Science and Medicine*, 23(5): 511-517.

Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhof F, Geurts JJM. (1997), "Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe", *Lancet*, 349:1655-1659.

Mapelli V. (1993), "Health Needs, Demand for Health Services and Expenditure Across Social Groups in Italy: An Empirical Investigation", *Social Science and Medicine*, 36(8): 999-1009.

Marx K. (1978), "Kapital Cilt 3", Çev: A. Bilgi, Ankara: Sol Yayınları.

Marx K, Engels F. (1991), "Komünist Manifesto", Çev: M. Erdost, 2. Baskı, Ankara: Sol Yayınları.

Ministry of Health (1995), "Health Services Utilization Survey in Turkey", Ankara.

Musgrove P. (1986), "Measurement of Equity in Health", *World Health Statistical Quarterly*, 39: 325-334.

Myles J. (1994), "Comparative Studies in Class Structure", *Annual Review of Sociology*, 20: 103-124.

Najman JM. (1993), "Health and Poverty: Past, Present and Prospects for the Future", *Social Science and Medicine*, 36(2): 157-166.

Öngen T. (1994), "Prometheus'un Sönmeyen Ateşi-Günümüzde İşçi Sınıfı", İstanbul: Alan Yayıncılık.

Roos NP, Mustard CA. (1997) "Variation in Health and Health Care Use by Socioeconomic Status in Winnipeg, Canada: Does the System Work Well? Yes and No", *The Milbank Quarterly*, 75: 89-111.

Sağlık Bakanlığı (1997), "Sağlık İstatistikleri 1996", Ankara.

Sartorius N, Üstün B, Silva JAC. et al. (1993), "An International Study of Psychological Problems of Primary Care", *Archives of General Psychiatry*, 50: 819-824.

Smith GD. (1997), "Lifetime Socioeconomic Position and Mortality: Prospective Observational Study", *British Medical Journal*, 314: 547-552.

Townsend P. (1990), "Widening Inequalities of Health in Britain", *International Journal of Health Services*, 20(3): 363-372.

Valkonen T. (1993), "Problems in the Measurement and International Comparisons of Socio-Economic Differences in Mortality", *Social Science and Medicine*, 36(4): 409-418.

Weber M. (1993), "Sosyoloji Yazıları", Çev: T. Parla, İstanbul: İletişim Yayınları.

Weich S, Lewis G. (1998), "Material Standart of Living, Social Class, and the Prevalence of the Common Mental Disorders in Great Britain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 8-14.

WHO (1985), "Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All", Denmark.

WHO (1991), *The Protocol August 1990 in Psychological Problems in General Health Care, Meeting of Investigators.* Geneva, WHO.

WHO (1996), "Equity in Health and Health Care", Geneva.

WHO (1997), "Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care", Geneva.

Whitehead M. (1992), "The Concepts and Principles of Equity and Health". *International Journal of Health Services*, 22: 429-445.

Wright EO. (1985), "Classes", New York: Verso.