

Sosyal Sınıfın ve Sağlık Güvencesinin Manisa'daki Sağlık Hizmet Kullanımı Üzerine Etkisi: Bir Eşitsizlik Araştırması

Effect of Social Class and Social Security on Access to Healthcare in Manisa: A Research for Inequalities

Dr. Nasır NESANIR,^a
Dr. Gönül DİNÇ,^b
Seval CAMBAZ,^c
Pınar BAYSAN,^d
Müjde ŞERİFHAN,^e
Serol DEVECİ,^c
Dr. Tümer PALA,^f
Dr. Cemil ÖZCAN^b

^aİl Sağlık Müdürlüğü, Düzce
^bHalk Sağlığı AD,
Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
^cCelal Bayar Üniversitesi,
Sağlık Yüksek Okulu, Manisa
^dİl Sağlık Müdürlüğü, Tokat
^eİl Sağlık Müdürlüğü, Gümüşhane
^fSağlık İstasyonu,
Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü,
Aliağa

Geliş Tarihi/Received: 19.05.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 17.07.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Nasır NESANIR
İl Sağlık Müdürlüğü, Düzce
TÜRKİYE/TURKEY
nasimesan@hotmail.com

ÖZET Amaç: Bu çalışmada sosyal sınıf ve sağlık güvencesinin Manisa'daki ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmeti kullanımı üzerine etkisi değerlendirilmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Manisa kent merkezi nüfusunu (n=232.760) temsil eden 11.284 hane halkı bireyine sağlık evi nüfuslarına oranlı küme örnek seçimi yöntemi ile ulaşılmıştır. Veriler, anket yapılan kişilere anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplanmıştır. Farklı sosyal sınıfların ve sağlık güvencesi varlığının sağlık sorunu yaşama, ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşma açısından kaba riskleri hesaplanmıştır. Çok değişkenli riskler yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiştir. **Bulgular:** İşsizlerle karşılaştırıldığında son on beş günde üst sosyal sınıfta 1.79 (1.17-2.75), orta sosyal sınıfta 1.51 (1.10-2.06) ve alt sosyal sınıfta 1.44 (1.04-2.00) kat daha fazla sağlık sorunu yaşandığı tespit edilmiştir. Yine işsizlerle karşılaştırıldığında son on beş günde üst sosyal sınıfta 1.73 (1.08-1.46), orta sosyal sınıfta 1.46 (1.03-2.06), alt sosyal sınıfta 1.53 (1.07-2.20) kat daha fazla ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımı olduğu anlaşılmıştır. Farklı sosyal sınıfların yaş, cinsiyet ve kronik hastalığa göre düzeltilmiş yatarak tanı ve tedavi görme riskleri benzerdir. Bununla birlikte sağlık güvencesi olanlarda, olmayanlara göre son on beş günde sağlık sorunu yaşadığını belirtme oranının 1.58 (1.17-2.13); son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma oranının 2.57 (1.75-3.78) ve son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme oranının 3.37 (2.11-5.40) kat daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. **Sonuç:** Sağlık hizmetine ulaşmada işsizler ve sağlık güvencesi bulunmayanlar aleyhine eşitsizlikler olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal sınıf; sosyal güvenlik; sağlık hizmetleri

ABSTRACT Objective: In the following study, effect of social class and social security on reaching diagnostic and therapeutic health care services in Manisa is evaluated in both out-patient and in-patient basis. **Material and Methods:** The households were determined in proportion to targeting populations in health care facilities (health houses) by using cluster sampling method and 11284 people representing the population in Manisa city center (n:232760) was included in the study. The data was collected by pollsters using face to face technique. Crude risks were calculated in different social classes and in those with or without social security for history of health problems and access to diagnostic and therapeutic health care services on outpatient and the inpatient basis. Multivariable risks were revised in accordance with age, sex and chronic health problems. **Results:** In comparison to unemployed population, the health problems in last 15 days was 1.79 (1.17-2.75) times more common in upper social class and similar figures were also seen in middle social class and lower social class, being 1.51 (1.10 -2.06) and 1.44 (1.04-2.00), respectively. Moreover, reaching to diagnostic\therapeutic health care services in last 15 days was 1.73 (1.08-1.46) times more common in upper social class and this value was 1.46 (1.03-2.06) in middle social class and 1.53 (1.07-2.20) in lower social class. The revised risks of having diagnostic and therapeutic health care were similar in different social classes. In comparison to those without any social security, it was found that those with social security reported having health problems 1.58 (1.17-2.13) times more, and this was also true for out-patient diagnostic\therapeutic medical care being 2.57 (1.75-3.78) and inpatient being 3.37 (2.11-5.40) times more. **Conclusion:** There are inequalities against those being unemployed and those without social securities with respect to accessing to health care services.

Key Words: Social class; social security; health services

Ahlaki ve etik boyutu olan eşitsizlik gereksiz, önlenabilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Sağlıkta eşitsizlik kavramı çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle ortadan kaldırılabilir ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıklar şeklinde tanımlanabilmektedir.¹

Sağlık hizmet kullanımı alanında yürütülecek araştırmalar sağlık sistemi alanında yapılan değişikliklerin toplumdaki farklı sosyoekonomik grupların sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki eşitsizlikleri azaltıp azaltmadığına dair bilgi verebilir vermektedir.² Sağlıkta eşitsizlik konusunda yürütülen araştırmalarda toplumun farklı sosyoekonomik gruplarında yer alan kişilerin ölümlülük, hastalanma, üreme, beslenme gibi sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine ulaşma durumundaki farklılıklar değerlendirilmektedir. Bu araştırmalarda kişilerin sosyoekonomik düzeyi sosyal sınıf, meslek, eğitim düzeyi, gelir, konut, sosyal sigorta gibi değişkenlerle değerlendirilmektedir. Bu değişkenlerin sağlık düzeyi göstergeleri, sağlık hizmet kullanımı ve sağlık risk faktörleri için belirleyici olduğu bugüne dek pek çok araştırmada gösterilmiştir.³⁻¹⁰

Sağlık sigortası ve sosyal sınıf üzerine odaklanmış çalışmalarda, sağlık güvencesi olanların olmalarına;¹¹⁻¹³ üst sosyal sınıfın alt sosyal sınıfa¹⁴ göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığı; başka bir çalışmada da sağlık hizmeti kullanımında sosyal sınıflar arasında fark bulunmadığı¹⁵ belirtilmektedir. Ayrıca sağlık güvencesinin yanı sıra kendisi başlı başına bir sosyal sınıf olan işsizliğin sağlık hizmet kullanımını azalttığı da vurgulanmaktadır.¹⁶

Bu çalışmada sağlık güvencesi varlığının ve sosyal sınıfın Manisa'daki ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşma üzerine etkisi değerlendirilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırmanın verileri 2005 yılı Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması (MNSA) kapsamında toplanmıştır. Manisa merkez ilçe nüfusunu (N=232.760) tem-

sil eden 11284 hane halkı bireyine ait veriler 1 Mart 2005-30 Haziran 2005 tarihleri arasında anketörler tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Örnek grubunun seçiminde sağlık evi nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, her birinde 10 hane bulunan 327 kümeye ulaşılmıştır. Küme başı haneler sağlık ocağı ev halkı tespit fişlerinden sistematik rasgele örnek seçim yöntemi ile belirlenmiştir. Her küme için rasgele seçilen küme başı haneye sahada gidilmiş ve hane halkı ile görüşme yapılmış, ardından küme başı olarak belirlenen evin ön kapısına soldan en yakın beşinci eve geçilerek 10 hane tamamlanmıştır. Her küme için örneğe girecek hanelerin seçiminde önceden, rasgele belirlenmiş kuralları içeren bir saha rehberi kullanılmıştır. Örnek grubuna giren 3270 haneden 53'ü görüşmeyi reddetmiş (%1.6), 114 hane ile (%3.5) ikinci kez adrese gidilmesine rağmen evde bulunamamaları nedeni ile görüşülememiştir.

VERİ TOPLAMA

Hane halkı bilgileri, hanelerde yaşayan toplam 11284 kişi için toplanmıştır. Veriler örneğe giren kişiler 18 yaşından büyükse ve evde ise kişinin kendisi ile görüşülerek elde edilmiştir. Çocuklar veya evde bulunmayan yetişkinler için ise veriler hane halkı reisinin eşinden elde edilmiştir.

Anket formu bireylerin yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, sağlık güvencesi, kronik hastalık durumu ve sağlık hizmet kullanımı konusundaki verileri içermektedir. Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili veriler, bireylerinin son on beş günde sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığını, son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alıp almadığını, son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görüp görmediğini içermektedir.

TANIMLAR

Özel sigorta, Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı ve yeşil kartlılar "sağlık güvencesi var"; sağlık güvencesi olmayanlar "sağlık güvencesi yok" şeklinde tanımlanmıştır.

Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Korkut Boratav'ın kentsel sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir.¹⁷ Bu sınıflamaya göre hanenin sosyal sınıfını hane reisi belirlemektedir. Hanede önce er-

keğın sosyal sınıfı sorulmuş ve alınan cevaba göre hanenin sosyal sınıfı belirlenmiş, erkek yoksa kadının sosyal sınıfı hanenin sosyal sınıfı olarak kabul edilmiştir. Burada sınıflar kentsel alanda küçük işveren (bir veya iki sigortalı işçi çalıştıran), orta-büyük işveren (üç ve üzeri sigortalı çalıştıran), yüksek nitelikli ücretli (mühendis, avukat, doktor gibi), yüksek nitelikli kendi hesabına çalışan (kendi bürosu olan avukat, mühendis gibi), beyaz yakalı ücretli (polis, öğretmen, hemşire gibi), mavi yakalı işçi (marangoz işçisi, elektrik işçisi gibi), küçük esnaf/zanaatkar (yanında sigortalı kişi çalıştırmayan bakkal gibi), niteliksiz hizmet işçisi (bekçi, şoför, tezgahkar gibi), ve işsiz olmak üzere tasnif edilmiştir. Emekli olup çalışmayanlar daha önce yaptıkları işe göre değerlendirilmiştir.

“Üst sosyal sınıf”ta küçük ve orta/büyük işveren, yüksek eğitilmiş olup kendi hesabına çalışanlar, yüksek eğitilmiş ücretliler; “orta sosyal sınıf”ta beyaz yakalı, mavi yakalı, küçük esnaf/zanaatkar, “alt sosyal sınıf”ta niteliksiz hizmet işçisi ve “işsiz”de ise işsizler yer almaktadır.

ANALİZ

Veriler, SPSS for Windows 11.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiş, istatistiksel karşılaştırmalarda tek değişkenli analizlerde ki kare, çok değişkenli analizlerde ise lojistik regresyon kullanılmıştır

BULGULAR

Katılımcıların %4.5’i üst sosyal sınıfta %60.0’ı orta sosyal sınıfta %27.0’ı alt sosyal sınıfta yer almakta olup %8.5’i işsizdir. Hanelerdeki kişilerin %89.8’inin sağlık güvencesi bulunmaktadır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına giren kişilerin %8,3’ü son 15 gün içinde bir sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Son 15 günde sağlık sorunu yaşama 0-6 yaş ile 45 yaş ve üzerindeki (p<0.001), kadınlarda (p< 0.001), kronik hastalığı olanlarda (p< 0.001), sağlık güvencesi olanlarda (p< 0.001) ve üst sosyal sınıflarda (p< 0.001) diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 2). Son 15 gün içinde sağlık sorunu olan bireylerin %89.2’si herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (Tablosu verilmemiştir).

TABLO 1: Katılımcıların bazı özelliklerinin dağılımı.

Özellik	n	%
Yaş grubu*		
0-6 yaş	1148	10,2
7-14 yaş	1565	13,9
15-44 yaş	5671	50,3
45-64 yaş	2091	18,5
65 yaş ve üstü	805	7,1
Toplam	11280*	100,0
Cinsiyet		
Erkek	5653	50,1
Kadın	5631	49,9
Toplam	11284	100,0
Sosyal sınıf**		
Üst sosyal sınıf	510	4,5
Orta sosyal sınıf	6761	60,0
Alt sosyal sınıf	3032	26,9
İşsiz	959	8,5
Toplam	11262*	100,0
Sağlık güvencesi		
Yok	1147	10,2
Var	10137	89,8
Toplam	11284	100,0
Kronik hastalık		
Yok	9770	86,7
Var	1498	13,3
Toplam	11268*	100,0

*Yaş için 4; sosyal sınıf için 22; kronik hastalık için 16 kişinin verisi eksiktir.

Araştırma kapsamına giren kişilerin %8,3’ü son 15 gün içinde ayakta tanı ve tedavi hizmeti aldığını belirtmiştir. Son günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma 0-6 yaş ile 45 yaş ve üzerindeki (p< 0.001), kadınlarda (p< 0.001), kronik hastalığı olanlarda (p< 0.001), sağlık güvencesi olanlarda (p< 0.001) ve üst sosyal sınıflarda (p< 0.001) diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 3).

Araştırma kapsamına giren kişilerin % 6.3’ü son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti aldığını belirtmiştir. Son 15 bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti alma 0-6 yaş ile 45 yaş ve üzerindeki (p< 0.001), kadınlarda (p< 0.001), kronik hastalığı olanlarda (p< 0.001), sağlık güvencesi olanlarda (p< 0.001) ve üst sosyal sınıflarda (p< 0.001) diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 4).

TABLO 2: Katılımcıların son 15 günde sağlık sorunu yaşama durumlarının bazı özelliklere göre dağılımı.

Özellik	Toplam (n)	Evet (n,%)	Hayır (n, %)	χ^2	p
Yaş grubu					
0-6 yaş	1144	139 (12.2)	1005 (87.8)	65.890	<0.001
7-14 yaş	1562	99 (6.3)	1463 (93.7)		
15-44 yaş	5664	388 (6.9)	5276 (93.1)		
45-64 yaş	2089	226 (10.8)	1863 (89.2)		
65 yaş ve üstü	805	79 (9.8)	726 (90.2)		
Toplam	11264*	931 (8.3)	10333 (91.7)		
Cinsiyet					
Kadın	5625	620 (11.0)	5005 (89.0)	112.873	<0.001
Erkek	5643	311 (5.5)	5332 (94.5)		
Toplam	11268*	931 (8.3)	10337(91.7)		
Sosyal sınıf					
Üst sosyal sınıf	510	50 (9.8)	460 (90.2)	20.521	<0.001
Orta sosyal sınıf	6761	600 (8.9)	6161 (91.1)		
Alt sosyal sınıf	3032	233 (7.7)	2799 (92.3)		
İşsiz	958	47 (4.9)	911 (95.1)		
Toplam	11261*	930 (8.3)	10331 (91.7)		
Sağlık güvencesi					
Var	10136	879 (8.7)	9257 (91.3)	22.346	<0.001
Yok	1132	52 (4.6)	1080 (95.4)		
Toplam	11268*	931 (8.3)	10337 (91.7)		
Kronik hastalık					
Var	9770	702 (7.2)	9068 (92.8)	112.479	<0.001
Yok	1498	229 (15.3)	1269 (84.7)		
Toplam	11268*	931 (8.3)	10337 (91.7)		

*Yaş için 20, cinsiyet, sağlık güvencesi, kronik hastalık için 16; sosyal sınıf için 23 kişinin verisi eksiktir.

Tablo 5, 6,7’de sosyal sınıf, sağlık güvencesi, sağlık sorunu yaşama, ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerini kullanma arasındaki ilişkiler yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına düzeltilen lojistik regresyon modelleri bakımından değerlendirilmiştir. İşsizlerle karşılaştırıldığında son on beş günde üst sosyal sınıfta 1.79 (1.17-2.75), orta sosyal sınıfta 1.51(1.10-2.06) ve alt sosyal sınıfta 1.44 (1.04-2.00) kat daha fazla sağlık sorunu yaşanmıştır. Son on beş günde sağlık sorunu yaşadığını belirtme oranı, sağlık güvencesi olanlarda olmayanlara göre 1.58 (1.17-2.13) kat daha fazladır (Tablo 5).

Son on beş günde işsizlere göre üst sosyal sınıfta 1.73 (1.08-1.46), orta sosyal sınıfta 1.46(1.03-2.06), alt sosyal sınıfta 1.53 (1.07-2.20) kat daha fazla ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımını olmuştur. Son on beş günde ayakta tanı ve tedavi hiz-

meti alma oranı ise sağlık güvencesi olanlarda sağlık güvencesi olmayanlara göre 2.57 (1.75-3.78) kat fazla olmuştur (Tablo 6).

Farklı sosyal sınıfların yaş, cinsiyet ve kronik hastalığa göre düzeltilmiş yatarak tanı ve tedavi görme riskleri benzerdir. Son bir yılda yatarak tanı ve tedavi görme ise sağlık güvencesi olanlarda sağlık güvencesi olmayanlara göre 3.37 (2.11-5.40) kat daha fazladır (Tablo 7).

TARTIŞMA

Çalışmada katılımcıların %8.3’ü “son on beş gün içinde bir sağlık sorunu” yaşadığını belirtmiştir. Ülkemizde sağlık hizmeti kullanımı alanında yapılmış çalışmalarda son bir ayda sağlık sorunu yaşama sıklığının %9.1 ile %30.0 arasında değiştiği gösterilmiştir.^{12,18-21} Bu çalışmalarda “son bir ayda sağlık

TABLO 3: Katılımcıların son 15 günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma durumlarının bazı özelliklere göre dağılımı.

Özellik	Toplam (n)	Evet (n,%)	Hayır (n, %)	χ^2	p
Yaş grubu					
0-6 yaş	1148	119 (10.4)	1029 (89.6)	68.967	<0.001
7-14 yaş	1565	80 (5.1)	1485 (94.9)		
15-44 yaş	5671	326 (5.7)	5345 (94.3)		
45-64 yaş	2091	203 (10.8)	1863 (89.2)		
65 yaş ve üstü	805	71 (9.7)	1888 (90.3)		
Toplam	11280*	799 (7.1)	10485 (92.9)		
Cinsiyet					
Kadın	5631	539 (9.6)	5092 (90.4)	106.022	<0.001
Erkek	5653	260 (4.6)	5393 (95.4)		
Toplam	11284	799 (7.1)	10485 (92.9)		
Sosyal sınıf					
Üst sosyal sınıf	510	42 (8.2)	468 (91.8)	17.832	<0.001
Orta sosyal sınıf	6761	511(7.6)	6250 (92.4)		
Alt sosyal sınıf	3032	207 (6.8)	2825 (93.2)		
İşsiz	959	38 (4.0)	921 (96.0)		
Toplam	11262*	798 (7.1)	10464 (92.9)		
Sağlık güvencesi					
Var	10137	770 (7.6)	9367 (92.4)	40.218	<0.001
Yok	1147	29 (2.5)	1118 (97.5)		
Toplam	11284	799 (7.1)	10485 (92.9)		
Kronik hastalık					
Var	1498	198 (13.2)	1300 (86.8)	98.439	<0.001
Yok	9770	601(6.2)	9169 (93.8)		
Toplam	11268*	799 (7.1)	10469 (92.9)		

*Yaş için 4; sosyal sınıf için 22; kronik hastalık için 16 kişinin verisi eksiktir.

sorunu yaşama”nın bizim çalışmamızda “son 15 günde sağlık sorunu yaşama”nın sorgulanması, çalışmaların yapıldığı yerin sosyoekonomik özellikleri ve yapıldığı dönemler gibi nedenlerden dolayı çalışmaların prevalansını birbiri ile karşılaştırmak güçleşse de hem bu çalışmalarda hem bizim çalışmamızda sağlık güvencesi olanların sıklığı arttıkça sağlık sorunu yaşadığını belirtenlerin sıklığının da arttığı görülmektedir.

Bu çalışmada son bir yılda yatarak tedavi görme oranı %6.3 bulunmuştur. 1995 Türkiye Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırmasına göre bütün ülkede son bir yılda yatarak tedavi görme oranı %4.2, kentlerde %4.7 Manisa'nın da dahil olduğu Marmara ve Ege bölgelerinde %4.8'dir.¹¹ 2002-2003 yılı Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırmasına göre son altı ay-

da yatarak tedavi görme oranı %3.6'dır. Manisa'nın da dahil olduğu batı bölgelerinde %3.8'dir.¹² Bu çalışmada son bir yılda yatarak tedavi görme yüzdesinin daha yüksek bulunmasının temel nedeni bu dönemde sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun sayıca fazlalığı olabilir. Nitekim 1995 yılı Türkiye Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırmasına göre nüfusun %54.4'ü sağlık güvencesi kapsamında iken, bu çalışmada bu oran %89.1 olarak saptanmıştır.

Çalışmaya göre son on beş günde sağlık sorunu olan bireylerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı %89.2'dir. MNSA 1999'da sağlık sorunu olanların %68.5'inin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır.²¹ Çağlayan ve ark. tarafından 2004 yılında Kocaeli'nde yapılan çalışmada son bir ayda sağlık sorunu yaşayanların %89.9'unun sağlık sorunu ile ilgili bir sağlık kuru-

TABLO 4: Katılımcıların son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti alma durumlarının bazı özelliklere göre dağılımı.

Özellik	Toplam (n)	Evet (n,%)	Hayır (n, %)	χ^2	p
Yaş grubu					
0-6 yaş	1144	80 (7.0)	1064 (93.0)	134.769	<0.001
7-14 yaş	1561	32 (2.0)	1529 (98.0)		
15-44 yaş	5664	311 (5.5)	5345 (94.5)		
45-64 yaş	2089	187 (9.0)	1902 (91.0)		
65 yaş ve üstü	805	71 (9.7)	1888 (90.3)		
Toplam	11263*	712 (6.3)	10551 (93.7)		
Cinsiyet					
Kadın	5625	449 (8.0)	5176 (92.0)	52.469	<0.001
Erkek	5642	263 (4.7)	5393 (95.3)		
Toplam	11267*	712 (6.3)	10555 (93.7)		
Sosyal sınıf					
Üst sosyal sınıf	509	22 (4.3)	487 (95.7)	35.015	<0.001
Orta sosyal sınıf	6761	502 (7.4)	6259 (92.6)		
Alt sosyal sınıf	3032	146 (4.8)	2886 (95.2)		
İşsiz	958	42 (4.4)	916 (95.6)		
Toplam	11260*	712 (6.3)	10548 (93.7)		
Sağlık güvencesi					
Var	10135	693 (6.8)	9442 (93.2)	45.784	<0.001
Yok	1132	9 (1.7)	1113 (98.3)		
Toplam	11267*	712 (6.3)	10555 (93.7)		
Kronik hastalık					
Var	1498	228 (15.2)	1270 (84.8)	231.218	<0.001
Yok	9769	484 (5.0)	9285 (95.0)		
Toplam	11267*	712 (6.3)	10555 (93.7)		

*Yaş için 21; cinsiyet, ,sağlık güvencesi, kronik hastalık için 17; sosyal sınıf için 24 kişinin verisi eksiktir.

muna başvurduğu saptanmıştır.²² Üç araştırma birlikte değerlendirildiğinde, geçen beş yılda sağlık hizmeti kullanımında niceliksel bir artış olduğu görülmektedir. Bu artış yaşanan süreçte sağlık güvencesindeki nüfusun artmasının yanı sıra sağlık politikalarında kimi değişikliklerin (birinci basamakta döner sermaye ve performans uygulaması, yeşil kartlıların ilaçlarını ücretsiz alması, SSK'lı hastaların devlet hastanelerinden ve sağlık ocağından yararlanması) bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Yıllar içerisinde ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmeti almada ortalama başvuru sayısı artmıştır.²³ Bu sonuçlar ülkemizde ayakta ve yatarak tanı ve tedavi hizmetlerinin ulaşılabilirliğinde bir artış olduğunu göstermektedir.

Bu niceliksel artışa rağmen alt sosyal sınıflar ile üst sosyal sınıflar ve sağlık güvencesi olanlar ile olmayanlar arasındaki sağlık hizmeti kullanımı

TABLO 5: Son 15 günde sağlık sorunu yaşama durumu üzerine etkili olan faktörlerin dağılımı.*

Faktörler	Beta	p	OR	% 95 Güven Aralığı
Sosyal sınıf				
Üst sosyal sınıf (n= 510)	0.587	0.006	1.79	1.17-2.75
Orta sosyal sınıf (n= 6760)	0.413	0.010	1.51	1.10-2.06
Alt sosyal sınıf (n= 3029)	0.369	0.027	1.44	1.04-2.00
İşsiz (n= 958)			1	
Sağlık güvencesi				
Var (n= 10125)	0.461	0.002	1.58	1.17-2.13
Yok (n= 1132)			1	

* Yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiş

eşitsizliği ortadan kalkmamıştır. Sosyal sınıf ve sağlık güvencesini yaş, kronik hastalık ve cinsiyete göre düzelttiğimizde ayakta tanı ve tedavi hizmetleri

TABLO 6: Son 15 günde ayakta tanı ve tedavi hizmeti alma üzerine etkili olan faktörlerin dağılımı*

Faktörler	Beta	p	OR	%95 Güven Aralığı
Sosyal sınıf				
Üst sosyal sınıf (n= 510)	0.544	0.021	1.73	1.08-2.73
Orta sosyal sınıf (n= 6760)	0.381	0.030	1.46	1.03-2.06
Alt sosyal sınıf (n= 3029)	0.430	0.019	1.53	1.07-2.20
İşsiz (n= 958)			1	
Sağlık güvencesi				
Var (n= 10125)	0.947	<0.001	2,57	1.75-3.78
Yok (n= 1132)			1	

* Yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiş.

TABLO 7: Son bir yılda yatarak tanı ve tedavi hizmeti alma üzerine etkili olan faktörlerin dağılımı.*

Faktörler	Beta	p	OR	%95 Güven Aralığı
Sosyal sınıf				
Üst sosyal sınıf (n= 510)	0.025	0.891	1.02	0.71-1.46
Orta sosyal sınıf (n= 6760)	0.256	0.130	1.29	0.92-1.80
Alt sosyal sınıf (n= 3029)	-0.241	0.378	0.78	0.46-1.34
İşsiz (n= 958)			1	
Sağlık güvencesi				
Var (n= 10125)	1.214	<0.001	3.37	2.11-5.40
Yok (n= 1132)			1	

* Yaş, cinsiyet ve kronik hastalık varlığına göre düzeltilmiş.

kullanımı üzerine sosyal sınıf ve sağlık güvencesi değişkenlerinin etkili olduğu yatarak tanı ve tedavi hizmeti kullanımı üzerinde ise sadece sağlık güvencesi değişkeninin etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar gerek ayakta gerekse yatarak tanı ve tedavi hizmetinden yararlanmada, sağlık alanında yapılan değişikliklere rağmen, bireylerin sağlık sigortasının olup olmamasının belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Nitekim ülkemizde ve yurt dışında farklı yıllarda yapılan çalışmalarda sağlık hizmetine ulaşmada sağlık sigortasının önemi vurgulanmıştır.^{11,12,19,21-28} Sağlık sigortasının tanı ve tedavi edici, koruyucu sağlık hizmetini ve kullanımını arttırarak sağlığı olumlu etkilediği, kişinin kendisini daha sağlıklı hissetmesini sağladığı, hastalanma ve yaralanmaya bağlı ölüm oranlarını düşürdüğü tespit edilmiş ve sağlık sigortasının, sağlık ve sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiyi etkileyen altın bir standart olduğu ifade edilmiştir.²⁹

Bu çalışmada ayakta tanı ve tedavi hizmetleri kullanımında sosyal sınıflar arasında fark bulunmasının ve yatarak tanı ve tedavide ise fark bulunmamasının önemli bir nedeni hastaneye yatış gerektiren sağlık sorunlarının daha ciddi ve ertelenemez olma özelliği olabilir. Hastanede yatarak tanı ve tedavi kullanımı açısından, sosyoekonomik farkın olmadığı bildirilmektedir.³⁰ Türkiye, İngiltere ve Brezilya'da yapılan çalışmalarda, sınıflar arasında sağlık hizmet kullanımı açısından fark bulunmamıştır.^{15,31-32} Bu çalışmada sosyal sınıflar arasında ayakta tanı ve tedavi hizmetinde fark görülmesi bir başka nedeni bizim işsizliği ayrı bir

sınıf olarak değerlendirmemiz olabilir. İşsizlerin daha fazla sağlık hizmeti kullanması gerekirken daha az sağlık hizmet kullandıkları belirtilmiştir.³³⁻³⁵ İşsizliğin sağlığa olumsuz etkisi, sosyal sınıf, yoksulluk, yaş ve işsizlik öncesi hastalığa göre düzeltilerek değerlendirildiğinde de varlığını sürdürmektedir.³⁶ İşsizler kalp ve akciğer hastalıkları, yüksek kan basıncı, kemik-eklem bozuklukları risklerine daha açıktır. Mavi yakalı işsizler fiziksel hastalıklara, profesyonel meslek sahibi işsizler ise psikolojik sorunlara daha fazla yatkındır.³⁷ İşsizler çalışanlara göre kendilerini daha kötü hissetmekte, daha çok hastalanmakta, sağlık hizmetini daha az kullanmakta ve daha çok ölmektedirler. İşsizlik sigortasının desteğiyle işsizlerin bir süre sağlık düzeylerini koruyabildikleri, işsizlik sigortası desteği bittiğinde duygulanım bozukluğu ortaya çıktığı saptanmıştır.³⁸⁻⁴² Bazı çalışmalara göre işsizlerde sağlık başvuruları daha yüksektir ve bu fark da mental sağlıkla ilgili tedavi öyküsü olanlardan kaynaklanmaktadır.⁴³⁻⁴⁴

Türkiye'nin en önemli sosyal sorunlarından birisi işsizliktir. Küreselleşme, ekonomideki yeniden yapılanma, siyasal reformlar ve özellikle son birkaç yılda yaşanan ekonomik krizler Türkiye'deki sosyal bir yara olan işsizliğin boyutlarını daha da yükseltmiştir. Ekonomik kriz dönemlerinde sağlık hizmet kullanımı azalmakta, bundan özellikle işsizler ve sigortasızlar olumsuz etkilenmektedir.⁴⁵

Toplumun daha düşük sosyal sınıflarındaki kişilerin daha kötü beslenme ve yaşama koşullarına

sahip olmaları nedeniyle daha fazla sağlık sorunu yaşamaları beklenebilir.³³ Bu çalışmada ise, düşük sosyal sınıfta yer alanlar ve sağlık güvencesi olmayanlar son 15 gün içinde diğer gruplara göre daha az sağlık sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunda, düşük sosyal sınıfta yer alanların belli sağlık sorunlarını “sağlık sorunu” olarak algılamamalarının ve bu sorunları için bir sağlık kurumuna başvuramamalarının etkili olduğu düşünülebilir.¹⁶ Sağlık sorunlarının algısındaki bu farklılık hizmete ulaşma konusunda yaşanan eşitsizliğin boyutunun aslında fazla olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ

İşsizler başta olmak üzere daha alt sosyal sınıflarda ve sağlık güvencesi bulunmayanlarda sağlık hizmeti kullanımı daha düşüktür. Bu konudaki eşitsizliklerin kaldırılması için tüm toplumu kapsayacak bir sağlık sigortası uygulaması ve işsizliği önleyecek politikaların uygulanması önerilebilir.

Teşekkür

Çalışmaya katkılarından dolayı Celal Bayar Üniversitesi Rektörlüğüne ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-45.2.
- Habicht J, Kunst AE. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia, 1999. *Soc Sci Med* 2005;60(4):777-87.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81.
- Sim F, Mackie P. Health inequalities: The Black Report after 25 years. *Public Health* 2006;120(3):185-6.
- Borrell C, Fernandez E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbi JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *Int J Qual Health Care* 2001;13(2): 117-25.6.
- Fotso JC, Kuate-Defo B. Socioeconomic inequalities in early childhood malnutrition and morbidity: modification of the household-level effects by the community SES. *Health Place* 2005;11(3):205-25.
- Martelin T. Mortality by indicators of socioeconomic status among the Finnish elderly. *Soc Sci Med* 1994;38(9):1257-78.
- Matthews RJ, Smith LK, Hancock RM, Jagger C, Spiers NA. Socioeconomic factors associated with the onset of disability in older age: a longitudinal study of people aged 75 years and over. *Soc Sci Med* 2005;61(7):1567-75.
- Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Roos E, Saastamoinen P. Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study. *Eur J Public Health* 2005;15(5):504-10.
- Hosseinpoor AR, Mohammad K, Majdzadeh R, Naghavi M, Abolhassani F, Sousa A, et al. Socioeconomic inequality in infant mortality in Iran and across its provinces. *Bull World Health Organ* 2005;83(11):837-44.
- The Ministry of Health, of Turkey. Health Services Utilization Survey in Turkey. 1sted. Ankara: MoH Publication; İnceleme Araştırma Grubu-BIGTAS; 1996. p.66-166.
- The Ministry of Health, of Turkey. Turkey National Health Accounts Household Health Expenditures 2002-2003. 1sted. Ankara: Abla Tanıtım Organizasyon Matbaası; 2006. p.29-30.
- Bartley M. Health inequalities in France. *Int. J Epidemiol* 2001;30(3):628-31.
- Gray AM. Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv* 1982;12(3):349-80.
- Cooper H, Smaje C, Arber S. Use of health services by children and young people according to ethnicity and social class: secondary analysis of a national survey. *BMJ* 1998;317(7165):1047-51.
- Gürsoy ŞT, Aksu F, Çiçeklioğlu M, Durusoy R, Davas A, Hassoy H et al. Analysis of the case of Izmir, a metropolitan area in Turkey: who could be neglected in health planning in developing. *J Public Health* 2007;15(6):432-32.
- [Socioeconomic Characteristics of the Classes and the Groups]. Boratav K, editör. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 2. Baskı. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları; 2004. p.33-60.
- Nesanır N, İlhan Ö, Dalloğlu S, Manisalı B, Erdoğan A, Bayburt HU, et al. [Use of Health Services and Determinants in a Slum Area in Manisa]. *Health and Society* 2005;15 (4):18-24.
- Pala K, Aytekin NT, Aytekin H. Frequencies of Illness of People and Application to Physicians in Center of Gemlik. *Community and Physician* 1997; 81(12):10-25.
- Kılınc B. Health Services Usage by People living in Gölbaşı District and Affecting Factors. *Community and Physician* 1996;11(74):2-10.
- .Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. [Manisa Demographic and Health Survey 1999]. 1. Baskı. Manisa: CBÜ Tıp Fakültesi Masaüstü Yayıncılık; 2001. p.123.
- Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. [The determinants of health services utilization in the population of primary health care units of Kocaeli University Faculty of Medicine Training and Research Area]. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006; 25(3):15-22.
- Turkish Republic Health Ministry. [A View to Health in Turkey in 2007]. 1. Baskı. Ankara: Bakanlık Yayın No: 710; 2007. p.125.
- Hassoy H, Çiçeklioğlu M. Health services utilization of the 0-6 aged children in Gölyaka Health District in İzmir and the factors affect on it. *Community and Physician* 2005; 5(20):361-71.
- Simpson L, Owens PL, Zodet MW, Chevarley FM, Dougherty D, Elixhauser A, et al. Health care for children and youth in the United States: annual report on patterns of coverage, utilization, quality, and expenditures by income. *Ambul Pediatr* 2005;5(1):6-44.
- Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Publica Mex* 2007;49(Suppl 4):S505-14.

27. Jovanovic Z, Lin CJ, Chang CC. Uninsured vs. insured population: variations among nonelderly Americans. *J Health Soc Policy* 2003;17(3):71-85.
28. McWilliams JM, Meara E, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. Use of health services by previously uninsured Medicare beneficiaries. *N Engl J Med* 2007;357(2):143-53.
29. Freeman JD, Kadiyala S, Bell JF, Martin DP. The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: a systematic review of US studies. *Med Care* 2008;46(10):1023-32.
30. Keskimäki I, Salinto M, Aro S. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Soc Sci Med* 1995;41(3):425-31.
31. [Health Status of the Classes]. Belek İ, editör. *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma*. 1.Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2004. p.75.
32. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. [Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status] *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5-6):365-73.
33. Giatti L, Barreto SM. [The individual's status in the labor market and health inequity in Brazil]. [Article in Portuguese] *Rev Saude Publica* 2006;40(1):99-106.
34. Sermet C, Khat M. [Health of the unemployed in France: literature review] *Rev Epidemiol Sante Publique* 2004;52(5):465-74.
35. Voncina L, Pristas I, Mastilica M, Polasek O, Sosić Z, Stevanović R. Use of preventive health care services among the unemployed in Croatia. *Croat Med J* 2007;48(5):667-74.
36. Wilson SH, Walker GM. Unemployment and health: a review. *Public Health* 1993;107(3):153-62.
37. D'Arcy C, Siddique CM. Unemployment and health: an analysis of "Canada Health Survey" data. *Int J Health Serv* 1985;15(4):609-35.
38. Ahs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2006;78(2-3):178-93.
39. Yüksek İ. [Study of The psycho-social results of unemployment]. *Cumhuriyet Univ İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2003;4(2):21-38.
40. Claussen B, Bjørndal A, Hjort PF. Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J Epidemiol Community Health* 1993;47(1):14-8.
41. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003;57(8):594-600.
42. Matoba T, Ishitake T, Noguchi R. A 2-year follow-up survey of health and life style in Japanese unemployed persons. *Int Arch Occup Environ Health* 2003;76(4):302-8.
43. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 2001;322(7287):647-51.
44. Kraut A, Mustard C, Walld R, Tate R. Unemployment and health care utilization. *Scand J Work Environ Health* 2000;26(2):169-77.
45. Kim H, Chung WJ, Song YJ, Kang DR, Yi JJ, Nam CM. Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. *Bull World Health Organ* 2003;81(8):567-72.