

Derleme

21.YY'DA SAğLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE EŞİTSİZLİğİN AŐILMASINDA SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

Health Inequalities in 21st Century and Social Work's Role in Tackling Inequalities

Gonca POLAT*
Arzu İçAğASIOğLU ÇOBAN**

* Dr., Ziyaretçi AraŐtırmacı, Lund Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü
** Doç. Dr., BaŐkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Sağlıkta eşİtsizlikler, sosyal, politik ve ekonomik yönü ağırlıklı olan, bireysel değil toplumsal bağlamda ele alınması gereken, toplumsal gruplar arasında ortaya çıkan sağlıkla ilgili farklılıklardır. Çeşitli gruplar arasında yüksek hastalık hızı, tedaviye erişememe sonucu ölüm/hastalık, kimi hastalıkların daha sık görölmesi ve toplumdaki nüfus grupları arasında sağlık durumunda farklılıklar, bu eşİtsizliklerin somut örnekleridir. Sağlık politikalarının temelinde yer alan bir sorun olarak sağlıkta eşİtsizlikler, pek çok ölke açısından sağlık reformlarının da itici gücü olmuştur. Sorun, bir sosyal adaletsizlik

ve insan hakkı sorunu olarak sosyal hizmet mesleğinin de odağındadır. Bu çalışmanın amacı, sağlıkta dönüşüm, bu dönüşümün sonuçlarının bireye ve topluma yansıma biçimleri ve sosyal hizmet mesleğinin bu sonuçlar karşısında nerede durduğu-durması gerektiği konularını ele almak ve tartıŐmaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlıkta eşİtsizlik, sağlık politikası, sosyal hizmet

ABSTRACT

Health inequalities are health differences among different social groups, which have social, political and economical dimensions that should be considered in a social rather than individual context. High illness rates among certain groups, illness/death as a result of being unable to reach treatment, common exposure to certain illnesses and differences in health status among different social groups can be given as concrete examples of these inequalities. Health inequalities, as a central issue in health policies, have also been driving force for health reforms in many countries. The problem is also central for social work, for being an issue of social injustice and human rights. The aim of this study is to address and discuss health inequalities, its consequences on individual and society and where should social work profession stand against these problems.

Keywords: health inequalities, health policy, social work

GİRİŐ

Sağlıkta reform arayıŐları, 1980'li yıllardan bu yana dünyanın pek ok ölkesinde ve Türkiye'de karşımıza çıkmaktadır. Değişen refah sistemlerinin bir parçası olan sağlık sektörü, bu süreç içerisinde köklü reform girişimlerine

sahne olmuştur. Bu reformların temel amacı, sağlık alanında hızla artan harcamaları kontrol altına almak ve verimliliği artırmak olarak ifade edilmiştir. Ancak bu amaçlara ulaşırken vatandaşların sağlık hizmetlerine, en azından temel hizmetlere ulaşımından ödün verilmemesi, personel ve hizmetlerin dağılımında eşitsizliklerin ortadan kaldırılması büyük önem taşımaktadır (Keyder ve diğ., 2007:7).

Toplumların sağlık politikalarını oluştururken iki temel yönelimi bulunmaktadır. Bu yönelimlerden ilki, tıbbi bakımı bir kamu sorumluluğu olarak kabul etmek ve hizmetleri de, özellikle kamu kuruluşları eliyle sunmaktır. İkincisi ise, tıbbi bakımı, bir kişi sorumluluğu olarak kabul ederek hizmetleri de özellikle özel kuruluşlar eliyle sunmaktır (Akdur, 1990).

Günümüzde değişen ekonomik koşulların ve küreselleşme olgusunun etkisi ile artık dünyadaki pek çok devlet, gizli ya da açık olarak, ikinci yöntemi tercih etmektedir. Bu açıdan dünyadaki değişimlere paralel olarak ülkemizde de son yıllarda "sağlıkta dönüşüm" adı altında bir paradigma değişimi yaşanmaktadır. Ülkemizde "sağlıkta dönüşüm" kapsamında örgütlenme ve hizmet sunumu (aile hekimliği uygulaması), sağlık hizmetlerinin finansmanı (prim ödemeye dayalı sosyal güvenlik), insan gücünün istihdamı (tam gün yasası, performans) olmak üzere üç temel alanda düzenlemeler yapılmaktadır.

Bu uygulamaların sağlık sisteminin performansında önemli iyileştirmeler ortaya çıkardığına ilişkin görüşlerin olmasına karşın (Akdağ ve diğ., 2008:44) konuyla ilgili diğer paydaşlar, sağlık sistemindeki bu değişimin gerek

kullanıcılar gerekse hizmet sunucular açısından sakıncalarını dile getirmişlerdir (Özdemir ve diğ., 2003; Türk Tabipleri Birliği, 2005; Hatun, 2011).

Bu çalışmanın amacı sağlıkta dönüşüm programının bir değerlendirmesini yapmaktan ziyade, sağlıkta dönüşüm ve diğer iyileştirme girişimlerine *rağmen* süregelen sorunları sağlıkta eşitsizlikler perspektifi ile yeniden gözden geçirmek ve bu tabloda sosyal hizmetin yerini netleştirmektir. Bu nedenle öncelikle sağlıkta eşitlik/eşitsizlik kavramının ele alınması yararlı olacaktır.

Sağlıkta Eşit(siz)lik

Alma Ata Konferansı Bildirgesi (1978), uluslararası sağlık politikaları alanında sosyal adalet ve insan haklarının vurgulandığı temel metinlerden biridir. Bu bildirmede 2000 yılında herkes için sağlık hedefi belirlenmiştir. Ancak bugün bu hedefe Türkiye'de ve dünyada ulaştığımızı söylemek güçtür.

1990'lı yıllarda sağlık politikasının temel konularından biri sağlıkta eşitsizliği azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Herkes İçin Sağlık Avrupa Stratejisinin ilk amacını 2000 yılına kadar, ülkeler ve ülke içindeki sosyal grupların sağlık durumlarında meydana gelen eşitsizliği %25 oranında azaltmak olarak belirlemiştir (Dahlgren ve Whitehead, 1992, Akt. Dikmetaş, 2006).

Sağlıkta eşitsizlik;

"doğal değil toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içerisinde saptanması, ele alınması,

incelenmesi, savaşılması gereken; bu nedenle de tüm süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğini gösterdiği; yalnızca sosyal, politik ve ekonomik değil, aynı zamanda ahlaki bir sorun olarak da kavranması gereken; toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır” (Belek, 1998:102).

Tüm bu etkenlere bağlı olarak ortaya çıkacak olan, yüksek hastalık hızı, tedaviye erişememe sonucu ölüm/hastalık, kimi hastalıkların belirli gruplarda daha sık grlmesi ve toplumdaki nüfus grupları arasında sağlık durumunda farklılıklar, bu eşişsizliklerin somutlaştığı durumlardır.

Sağlıkta eşişsizlikler, sosyal gruplar arasında sağlık sonuçları açısından oluşan, sistematik ve önlenebilir farklılıklara işaret etmektedir. Bu farklılıklar gelir, cinsiyet, etnisite vb. farklılıklar açısından dezavantajlı gruplardır. (Whitehead, 1990). Tersinden dşnldğinde sağlıkta eşişlik – ya da adalet– bu farklılıkların olmaması olarak dile getirilmektedir (Braveman ve Gruskin, 2003)

Teorik Arka Plan

Sağlıkta eşişsizlikleri açıklamaya çalışan üç teorik yönelimden bahsedilebilmektedir. Bunlardan birincisi psikososyal yaklaşımlar, ikincisi sağlığın ekonomi politiği, üçüncüsü ise ekososyal yaklaşımdır (Solar ve Irwin, 2010).

Psikososyal yaklaşımlar, bireylerin adaltsiz bir toplumda yaşadıklarına dair algılarının ve deneyimlerinin, strese ve sağlık sorunlarına neden olduğunu ifade etmektedir. Buna göre sosyal çevrede

karşılaşılan stres durumu, kişinin nörolojik yapısını ve bağışıklık sistemini etkilemekte ve bu da kişiyi hastalığa karşı daha savunmasız kılmaktadır. Bu yaklaşımda özellikle sosyal gruplar ve sınıflar arası eşişsizlik, stres yaratan ve sağlığı olumsuz etkileyen bir faktör olarak ele alınmaktadır (Solar ve Irwin, 2010).

Sağlığın ekonomi politiği bakış açısı ise sağlık ve hastalığı belirleyen ekonomik ve politik faktörleri ne çıkarmaktadır. Bu bakış açısına göre, gelir eşişsizliğinin psikososyal sonuçları göz ardı edilmemektedir ancak vurgu çoğunlukla gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin yapısal nedenleri üzerindedir, kişilerin algıları arka planda ele alınmaktadır. Ekonomik süreçler ve politik kararlar, bireylerin ulaşabileceği hizmetleri de belirlemektedir (Solar ve Irwin, 2010).

Eko-sosyal yaklaşım ise sağlıkta eşişsizlikler ve nüfus içerisinde hastalıkların dağılımına ilişkin sosyal ve biyolojik faktörleri, tarihsel ve ekolojik bir perspektif içerisinde sunma çabasını içerisindedir. Buna göre, biyolojik olan nedenler, tarihsel bilgi ve bireysel ve toplumsal yaşantı dikkate alınmaksızın anlaşılamaz (Solar ve Irwin, 2010).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Sağlığın sosyal belirleyicileri teriminden temel olarak birey ya da toplumların sağlığını geliştiren ya da kötüleştiren sosyal faktörler anlaşılmaktadır. Ancak bu faktörler aynı zamanda sağlıkta eşişsizlikleri de yaratan faktörlerdir.

Son yıllarda özellikle kişilerin sağlık davranışlarının, sağlık üzerindeki etkisi üzerine artan bir vurgu söz konusudur. Bilindiği gibi bugün birçok kronik hastalıkta, bireylerin beslenme stilleri ya da yaşam tarzlarının etkili olduğu

söylenmektedir. Bu noktadan hareketle etkili bir korumanın, ancak bireylerin farkındalıklarının artırılması ve sağlık davranışlarının geliştirilip, riskli davranışların azaltılması ile mümkün olabileceği belirtilmektedir.

Öte yandan, konuya sağlıkta eşitsizlikler bağlamında bakıldığında, birçok sağlık davranışının, sosyoekonomik etkenlerden bağımsız olamayacağını söylemek mümkündür. Belek (1998:104)'in de ifade ettiği gibi, düşük gelirli insanların sağlıklı, yeterli proteinli, düşük kolesterolü yiyeceklere ulaşmalarını engelleyen ekonomik durumları buna örnek olarak verilebilir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri Solar ve Irwin (2010) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir;

Gelir: Gelir düzeyi, sosyal ekonomik düzeyin genel göstergesi olduğu gibi, maddi kaynaklara ulaşımı doğrudan belirlemektedir. Gelirin sağlığı etkileme mekanizması ise şöyle işlemektedir; (1) gelir düzeyi, kişinin daha iyi kalitede maddi kaynaklara ulaşmasını (gıda, barınma imkanı gibi) sağlamaktadır. (2) sağlığı doğrudan etkileyen nitelikte hizmetlere doğrudan erişimi (sağlık hizmeti) ya da dolaylı erişimi (eğitim) etkilemektedir.

Eğitim: Eğitim sağlık açısından önemli göstergelerden biridir. Eğitime dahil olma ve eğitim yılı, genel olarak sosyoekonomik düzeyi belirlemektedir. Eğitimin sağlık ile ilişkisi ise, (1) işe yerleşme ve gelir durumunu belirlediği için sağlık durumunda etkiye sahiptir. (2) eğitim sürecinde kazanılan bilgi ve beceri, kişiyi sağlık eğitimi mesajlarını almaya daha hazır hale getirmekte, uygun sağlık hizmetine erişimde de daha etkilidir. (3) özellikle çocukluk

döneminde karşılaşılan sağlık sorunları, eğitime katılım ve eğitimi tamamlama konusunda önemli bir belirleyici olabilmektedir.

Meslek: Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde meslek önemli bir göstergedir. Meslek yalnızca kişinin toplumdaki sosyal hiyerarşi içerisindeki yerini göstermez aynı zamanda kimi mesleki risklere maruz kalma yoluyla sağlığı da etkiler. Meslek ile sağlık arasındaki ilişki ise (1) meslek, geliri belirleyerek, kaynaklara erişimi etkilemekte ve bunun da sağlık sonuçları ortaya çıkmaktadır. (2) meslek, kişiye bazı ayrıcalıklar kazandırarak –örneğin sağlık hizmetlerine kolay erişim- sağlığı etkilemektedir. Belirli meslek gruplarında karşı karşıya kalınan sağlık riskleri, diğerlerine göre daha fazla olabilmektedir.

Cinsiyet: Cinsiyet kelimesi ile ifade edilen biyolojik cinsiyet değil toplumsal cinsiyettir. Kuşkusuz, erkek ve kadının maruz kaldığı sağlık riskleri biyolojik olarak farklılaşabilmektedir. Ancak eşitsizlikler açısından bakıldığında, toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikler anlaşılmalıdır.

Birçok toplumda ve ülkemizde de kadınlar, kaynaklara ve güce ulaşmada ayrımcı uygulamalarla karşılaştıklarından, bu ayrımcılıkların sağlığa yansımaları da olmaktadır. Kadın cinayetleri, kadına yönelik şiddet, kadın sünneti, tecavüz, vb. kadınların sağlık açısından yaşadıkları dezavantaj, onların güce erişimde yaşadıkları eşitsizlikten kaynaklanan, ya da bu sürece eşlik eden eğitim, sosyal statü, gelir düzeyi düşüklüğü gibi durumlarla da ilişkilidir.

Türkiye'de çalışma hayatına doğrudan katılım sağlık sistemine erişimi sağlamaktadır. Ülkemizde kadınların çalışma

yaşamına katılma oranları ve çalışan kadınların da sigortalı bir iřte istihdam edilme oranları dūřüktür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Temmuz 2014 döneminde 15 ve daha yukarı yaştaki istihdam edilenlerin sayısı, 26 milyon 410 bin kiři, istihdam oranı ise %46,3'tir. Bu oran erkeklerde %65,9, kadınlarda ise %27,2 olarak gerçekleşmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16012> erişim tarihi: 11 Kasım 2014). Yine TÜİK verilerine göre, Avrupa Birlięi üyesi ve aday ölkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ölkeler Türkiye'dir (TÜİK, 2013). Bu durum kadınların sağlık sistemine erişiminin erkekler üzerinden sağlanmasına yol açmakta ve toplumsal cinsiyet açısından kadınlar aleyhine bir durum yaratmaktadır.

Tüm bunların yanı sıra, ölkedeki sağlık bakım sisteminin kendisi de sağlığın sosyal belirleyicilerinden biridir. Burada kast edilen sadece sağlık hizmetleri değil, sağlık hizmetlerinin kaynağı, finansmanı ve kalitesidir (Braveman ve Gruskin, 2003).

Eşitsizliğin İstatistiği

Ölkemizde gerçekleştirilen çalışmalar arasında genel kapsamlı, sağlığa erişimi doğrudan ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak sağlığa erişimi belirleyen kimi göstergeler bu konuda bir fikir verebilir.

Gelir eşitsizliği sağlıkta eşitsizlikleri doğuran temel etkenlerden biridir. Çünkü gelir temelindeki eşitsizlik, ücretsiz erişimin olmadığı her temel ihtiyaç alanında (örn. temiz içme suyu) insanlar arasında ciddi eşitsizliklerin oluşmasının temelini hazırlamaktadır.

Ölkemizin gelir dağılımı açısından farklı istatistikî kaynaklara göre durumu incelendiğinde, gelir dağılımına ilişkin iç açıcı bir tablo ile karşılaşmadığımız bir gerçektir. OECD verilerinin temel alındığı bir sıralamada, 2000'li yılların ortalarında Türkiye'nin 30 ölkeler içerisinde Meksika'dan sonra en eşitsiz gelir dağılımına sahip ölkeler arasında bulunduğu görölmektedir. Gelir uçurumuna bakıldığında, Türkiye'de, en zengin ve en yoksul gelir gruplarının gelirleri arasında yine OECD ve AB ölkelerinin tümünden daha büyük bir gelir uçurumu bulunmaktadır. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'nın TÜİK tarafından 2009 yılının sonunda yayınlanması ile birlikte, 2006 yılına ait veriler temelinde de aynı göstergeyi inceleyebilmektedir. 2006 yılında Türkiye'de en zengin yüzde 20'lik nüfusun geliri, en yoksul yüzde 20'lik nüfusun gelirinin yaklaşık 8 katı olarak tespit edilmiştir. Bu rakamın birçok ölkede yıkıcı etkide bulunan dünya ekonomik krizinden önceki bir dönemi yansıttığı da unutulmamalıdır. Dolayısıyla, Türkiye tüm AB üye ölkeleri arasında, en zengin ile en yoksul arasındaki gelir uçurumunun en yüksek olduğu ölkelerden biri olmaya devam etmektedir (Candaş, 2010:11-21). Gelir dağılımına ilişkin istatistikler, hane halkı büyüdükçe, eğitim durumu düştükçe, yevmiyeli ve kayıt dışı çalışanlarda yoksulluk oranının arttığını göstermektedir (TÜİK, 2009). Dolayısıyla bu grupların sağlıkta eşitsizlik riskli ile karşı karşıya olduğunu söylemek çok da yanlış olmayacaktır.

Türkiye'de çalışmaya ve prim ödemeye dayalı bir **sosyal güvenlik sisteminin** varlığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışmanın aynı zamanda yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimlerini

ve emeklilik maaşı sahibi olmalarını da büyük ölçüde belirlediğini söyleyebiliriz (Candaş, 2010:47). Bu anlamda Türkiye’de toplam istihdamın neredeyse yarısına denk gelen kayıtdışı istihdam önemli bir eşitsizlik nedeni olarak belirmektedir. Kayıt dışı çalışanların büyük çoğunluğunun, sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerine erişimlerinin olmaması açısından en ciddi eşitsizliklerle karşı karşıya kalan çalışan grubunu oluşturmaktadır (Candaş, 2010:52).

Çalışma hayatında var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği de kadınlar açısından istihdam olanaklarının dışında kalma, sigortasız işlerde çalıştırılma, erkeklerle aynı işi yapmasına karşın daha düşük ücret alma gibi sorunlara yol açmakta ve gelir eşitsizliğini de arttırmaktadır.

Çocuk ve bebek ölüm hızı ile çocuk beslenme durumu, sağlıkta eşitsizliklerin diğer önemli göstergelerindedir. Düşük ağırlıklı çocuk oranı 2003 yılında 3,9 olarak tespit edilmiştir. Günlük asgari beslenme gereksinimi karşılanamayan nüfusun oranı ise 2005 yılında 0,87 olarak tespit edilmiştir. (HÜNEE, 2009). Düşük doğum ağırlıklı çocukların oranı Doğu’da 16,7 iken, Batı’da 9,1’dir. Çocuk ölüm hızı ve diğer göstergelerle ilgili bölgeler arası farklılık hemen hemen ülkemizde sağlıkla ilgili tüm istatistiklerin ortak noktasıdır (HÜNEE, 2009).

Sağlık istatistiklerine bakıldığında, **kırkent ayrımı** önemli bir farklılaşma göstermektedir. Hastalıkların dağılımı ve sıklığı, kırdan yaşayan nüfusta, kentte yaşayan nüfustan daha dezavantajlı bir tablo sergilemektedir (HÜNEE, 2009).

Ülkemize ilişkin eşitsizlik tablosu değerlendirildiğinde, çalışma durumu,

yaş, cinsiyet, yaşanan coğrafi bölge açısından sağlık hizmetlerine erişim ve nitelikli sağlık hizmeti kullanma açısından önemli farklılıklar olduğu söylenebilir. Konuya sağlık hizmetinin sunumu perspektifinden bakıldığında, hizmetin niteliğinde ve niceliğinde var olan gelişim (tartışmaya açık olmakla birlikte¹) elbette gözden kaçırılmamalıdır. Ancak paradigmamızı değiştirerek konuya sağlık hizmeti kullanıcıları (sağlık hizmetine erişim) açısından baktığımızda, halen var olan eşitsizliklerin aşılması açısından daha fazla çaba sarf etmemiz gerektiği ortadadır.

Eşitsizliğin Aşılması

Sağlıkta eşitliği ve adaleti sağlamaya yönelik politikaların temel amacı, sağlıktaki farklılıkları gidererek herkesin aynı düzeyde ve kalitede sağlık hizmeti almasını sağlamak değil, önlenebilir ve adaletsiz olarak kabul edilen etkenler sonucu oluşan farklılıkları azaltmaktır (Whitehead, 1990:7). **Dolayısıyla şu çok önemlidir ki**, eşitsizliğin aşılması, yalnızca sağlık hizmetlerine yapılan yatırım ve hizmetleri geliştirme çalışmalarını ile gerçekleşemez. Bunun için eşitsizliğe yol açan ve sağlığı ya da sağlık hizmetinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen tüm etkenler dikkate alınmalıdır.

1 Bu konuda var olan tartışmalar, ampirik verilerle de desteklenerek sürmektedir. Özellikle aile hekimliği uygulamasının eşitsizlik açısından değerlendirilmesi konusunda ayrıntılı bilgi için Bkz. Kurt, Ö. (2007) “Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişim sorunlu mudur? Aile Hekimliği bu sorun çözülebilir mi?” içinde: Kent- sel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model Midir? Atölye Çalışması 3. Grup Raporu. TTB Halk Sağlığı Kolu Ed: M. Eskio- cak. 13-14 Ocak 2007, İçkale Oteli, Ankara.

Sağlıkta eğitsizliklerle savaşım alanları (Whitehead, 1990:11-15; Belek, 1998:124);

1. Düşük gelirle ilgili aktiviteler:

Düşük gelir hem bir takım maddi olanaklardan yoksunlukla hem de sosyal dışlanma ile sağlığı olumsuz etkileyebilir. Yoksulluğa yönelik doğrudan (istihdam artırma, ayninakdi yardım sağlama) ve dolaylı (ekonomik büyüme) mücadele yöntemlerinin kullanımı aynı zamanda sağlıkta eğitsizliğin aşılmasında da temeldir.

2. Yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi:

Sağlıkta var olan eğitsizliklerin birçoğu yaşama ve çalışma koşullarından kaynaklandığı için, kökteki nedenlere yönelik iyileştirici her çaba, sağlıkta eğitliği sağlama yönünde bir çaba da olacaktır. Yaşam koşulları ile ilgili hem fiziksel hem de sosyal çevrenin geliştirilmesi bu açıdan söz konusu iken çalışma koşullarının geliştirilmesi amacıyla iş ortamlarında çeşitli kimyasallarla temasın önlenmesi, işçilerin işyerinde kararlara katılımı, işyeri sağlık hizmetlerinin standardının yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması örnek olarak verilebilir.

3. Bireysel yaşam tarzı üzerindeki aktiviteler:

Sigara, alkol, uyuşturucu ile savaşım, fiziksel aktivitelerin artırılması, sağlıklı beslenme gibi bireysel sorumluluk içeren sağlık davranışlarının iyileştirilmesi, riskli davranışların azaltılması bu grupta yer almaktadır. Bu nokta, sağlığın geliştirilmesi kavramını da beraberinde getirmektedir. Bireylerin kendi sağlıkları üzerinde kontrole sahip

bir birey olarak ele alınması sağlığın geliştirilmesine yönelik projelerde temeldir. Ancak burada önemli olan, kimi bireyler, örneğin yetersiz gelir nedeniyle, kendi yaşam biçimleri üzerinde diğerleri kadar kontrole sahip olmayıp daha fazla engelle karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle, olumlu bir çaba olarak görünen sağlığın geliştirilmesi politikaları, sağlığı koruma ve geliştirmeyi sadece bireyler üzerine yüklememelidirler ve altta yatan ve kişiler arası farklılıklar yaratan eğitsizlikleri gözden kaçırmamalıdır.

4. Sağlık hizmetlerine sınırlı ulaşım ile ilgili aktiviteler:

Sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olanların sağlık hizmetinden yetersiz yararlanmaları (ters hizmet yasası) gelişmemiş bölgelerin önemli bir sorunudur. Kamusal sosyal güvenlik sisteminin kapsamının genişletilmesi, coğrafi ve finansal eğitsizliklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Yasalarca garanti altına alınan genel bir sağlık hizmetinin sunumunun eğitliği getirdiğini varsaymak yerine, kaliteli sağlık hizmetine erişimin tüm yurttaşlar açısından garanti altına alınmasını içermektedir.

Sağlıkta Eğitsizliğin Aşılmasında Sosyal Hizmetin Rolü

Sağlıkta eğitsizlik sorunu sosyal hizmet için neden önemlidir? Bu sorunun yanıtı kuşkusuz sosyal hizmet mesleğinin hem felsefesinde hem de uygulamasında yatmaktadır. Sağlıkta eğitsizlikler temelde sosyal adaletsizlik ve insan hakları sorunu olarak görölmektedir (Bywaters, 2007). Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun

(International Federation of Social Workers-IFSW) uluslararası sosyal hizmet tanımında (Hare, 2004) da yer aldığı gibi, insan hakları ve sosyal adalet sosyal hizmet mesleğinin temel ilkelerini oluşturmaktadır. Bu nedenle hak ihlalleri ile eşitsizlikler doğrudan sosyal hizmetin müdahalesini gerektiren konulardır.

Sağlıkta eşitsizliklerin temel nedenlerinin sosyal faktörler olması sosyal hizmet meslek ve disiplininin konuya ilgisini gerektiren bir diğer konudur (Bywaters, 2007). Sağlık ve hastalık belirleyicisi olan eşitsizlikler önlenemez eşitsizliklerdir ve bunların altında yatan faktörler sosyal faktörlerdir. Ekonomik, sosyal, siyasal ve çevresel faktörler yaşam boyunca sağlığın sosyal belirleyicileri olmuşlardır. Sosyal koşullar, kişilerin içinde büyüyecekleri yaşayacakları, çalışacakları ve yaşlanacakları yapıları oluşturmaktadır. Genetik etkiler bireysel sağlık üzerinde önemli rol oynamaktadır ancak sağlığı asıl etkileyen etmenler, sosyal olarak oluşturulan faktörlerdir ve bunlar yapısal ve kurumsal düzenlemeler ile politikalar tarafından şekillenmektedir (IFSW Policy Statement on Health <http://ifsw.org/policies/health/> erişim tarihi: 30 Kasım 2014).

Bir diğer önemli nokta, yoksulluk ve sağlık sorunlarının, sosyal hizmetlerden yararlanan nüfus grubunda en sıklıkla rastlanan sorunlar olmasıdır (Bywaters, 2007). Olumsuz sosyal koşullar ve yoksulluk nedeniyle sağlık sorunları, çoğu müracaatçı grubu için temel sorunlardan biridir. Bu olumsuz koşullar birçok riskli sağlık davranışını da (madde kullanımı, şiddet, beslenme sorunları gibi) beraberinde getirmektedir (SWAP Guide www.swap.ac.uk/

[docs/swapguide_6.pdf](#) erişim tarihi: 02.04.2011). Sosyal hizmet uzmanları, sosyal sorunların sağlık ile ilişkisini, müracaatçı gruplarında doğrudan gözlemektedirler. Sağlık alanında çalışmamalarına karşın sosyal hizmet uzmanları, örneğin çocuğa ve kadına yönelik şiddetin, fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki sonuçlarını fark ederek, şiddete yönelik acil önlemler alınırken (eşin evden uzaklaştırılması, çocuğun koruma altına alınması, vb.), sağlık açısından da müdahaleleri ihmal etmemelidir. Benzer durum koruma altındaki çocuklar için de geçerlidir (Bywaters, 2007). Sağlıkta eşitsizlik sadece sağlık alanında çalışan uzmanlar için öncelikli bir konu değildir (Bywaters, 2007; Doostgharin, 2010), eşitsizliklere maruz kalan bireylerle karşılaştığımız her alanda, sağlıkta da eşitsizliklerin söz konusu olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle her alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları için sağlıkta eşitsizliklerin aşılması, bir mücadele alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

IFSW Sağlıkla İlgili Politika Belgesi'nde vurgulandığı üzere, sağlık alanında eşitlikçi bir yapı için bireylerin temel kaynaklara eşit erişimi şarttır. Bu kaynaklar aynı zamanda sağlığı da belirleyen kaynaklardır (gıda, barınma, gelir, temiz içme suyu, güvenlik, bilgi ve eğitime erişim, kişisel ve profesyonel kaynaklar). Bir toplumda bu kaynaklara eşit erişim garanti edilmedikçe sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetten söz etmek mümkün olmayacaktır. Sosyal hizmet uygulamaları, kişilerin daha iyi sağlık koşullarına erişmelerine yardımcı olacak pek çok kaynak içermektedir; gelirin yükseltilmesi; güvenlik ve barınma gibi somut yardımlar; sosyal desteği geliştirici çalışmalar;

savunuculuk, danışmanlık ve kaynak buluculuk rolleri bu kapsamda etkili olabilecek kimi uygulamalardır (McLeod ve Bywaters,1999).

Sosyal hizmet uzmanları için sağlıkta eşişsizliğe odaklanmak, sosyal adalet ve ayrımcılığı hedefleyecek bir adım olarak nitelendirilebilir (Giles, 2009) ve bu nedenle, bireysel ve davranışsal bir yaklaşımın yanı sıra, bir halk sağlığı yaklaşımını gerektirir (Backwith ve Mantle, 2009).

Sağlıkta eşişsizlikle mücadele etme süreci, iki yönde yürütülebilir. Sonuca odaklanan müdahaleler, sağlıkta eşişsizliğin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin giderilmesini hedeflemektedir (Fish ve Karban, 2013). Başka bir deyişle, bu müdahaleler, birey düzeyinde sağlık sorunlarının nedenlerini ya da eşişsizliğin bireysel sonuçlarını gidermeyi hedeflemektedir. Bireysel düzeyde kişinin sağlıklı yaşam tarzına yönelik farkındalığın artırılması, bu anlamda sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının yürütülmesi, sağlıklı yaşam tarzını geliştirici çalışmalar, müracaatçıların sağlık hizmetleriyle buluşmalarının sağlanması vb. pek çok çalışma bu kapsamda ele alınabilir. Sağlık hizmetlerinin yoksul bireyler ve gruplar için erişebilirliğinin artırılması da yine bu açıdan değerlendirilebilir (Polat ve diğ., basımda).

Kaynağa yönelik müdahaleler ise eşişsizliğin altında yatan faktörleri gidermeye yönelik çalışmaları içerir. Sağlığın yapısal ve sosyal belirleyicileri olan yoksulluk, ayrımcılık, işsizlik, eğitimden dışlanma, yetersiz barınma koşulları, vb. sorunlar hedeflenmektedir (Fish ve Karban, 2013). Bu müdahaleler hastane içi ve dışı ortamlarda

gerçekleştirilebilir ve sadece sağlık sorunları ele almaz, sağlıkta eşişsizliği ortadan kaldıracak tüm çalışmaları içerir.

Benzer bir gruplandırmayı yapan Giles (2009),sosyal hizmetin sağlıkta eşişsizliğe yönelik iki yönelimini bireye ve sisteme yönelik müdahaleler olarak sınıflandırmıştır. Hizmet kullanıcıların (müracaatçıların) sağlık deneyimlerinin ve bilgilerinin farkına varmak bir boyutu oluşturmaktadır. Diğer boyut ise hizmetlerin organizasyonu ve sunumuna ilişkindir. Sosyal hizmet uzmanlarının değişen sağlık sistemine adapte olması ve müracaatçılar yararına yeni işbirlikleri ve fırsatlar geliştirmeleri önemlidir.

Sosyal hizmet mesleği, sağlıkta eşişsizlik açısından merkezi bir konuma sahipse de, genellikle sosyal hizmet müdahalelerinin bu açıdan etkileri göz ardı edilen bir konu olmuştur (Coren ve diğ., 2011). Sosyal hizmet müdahalelerinin (koruma altına alma, kaynaklarla buluşturma, sosyal yardım sunma, vb.) uzun süreli etkilerine bakıldığında sağlıkta eşişsizliğin azalmış olması beklenebilir. Ancak çoğunlukla bu durum yeterli bir Şekilde belgelenmemektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Eşişsizlikler ve Sosyal Hizmetin Rolü

Türkiye’de 2000’li yıllardan itibaren ‘Sağlıkta Dönüşüm’ süreciyle birlikte gerçekleşen değişiklikler temelde sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya yönelik, diğer bir deyişle sağlıkta eşişsizliği azaltmayı hedefleyen değişikliklerdir (Sağlık Bakanlığı İlerleme Raporu, 2008). Sağlıkta dönüşümün temel bileşenleri, sağlık hizmetlerinin yeniden organizasyonu, çalışan ve prim ödemesini temel alan ve özelleştirmeye açılmış sağlık sigortası

sistemi, performans ve kar odaklı bir sağlık yönetim anlayışı olarak ifade edilebilir (Elbek ve diğ., 2009; Belek, 2004).

Türkiye’de dönüşüm kapsamında sağlık hizmetlerinin organizasyonunda iki farklı sürecin işlediği görülmektedir. Bir yandan kamu-özel ortaklığı uygulamasının sağlık alanındaki çarpıcı örneklerinden olan “entegre sağlık kampüsleri” ve şehir hastaneleri kurulurken (Karasu, 2011; Müezzinoğlu, 2014), öte yandan birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulaması ile “birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak” amaçlanmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2013). Bu durum özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, hizmetlere erişimi artırırken, diğer yandan neoliberal politikaları ve yeni kamu yönetimi anlayışını sağlık alanına taşıyarak, eşitsizlikleri artırma riskini de beraberinde getirmektedir.

Sağlıkta dönüşümün sağlıkta eşitsizlik açısından etkilerine yönelik net bir sonuç bulunmamaktadır. Kimi araştırmalar, dönüşümün özellikle hizmetlere erişim açısından olumlu sonuçlara yol açtığını bildirirken (Bostan ve diğ., 2012; Koçak ve Tiryaki, 2011), kimi yayınlar da hizmetin kalitesi açısından eşitsizliklerin halen var olduğunu (TTB, 2005); genel popülasyonda hizmete erişime yönelik olumlu izlenime karşın değişikliklerin sağlıkta eşitsizlikleri yeterince azaltmadığı (Çelikay ve Gümüş, 2011) vurgulamaktadır.

Türkiye’de sağlıkta dönüşümün sosyal hizmet perspektifiyle incelenmesine yönelik yeterli çalışma bulunmamaktadır. Gerçekleştirilen niteliksel bir

araştırmada, hastanede çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, sağlıkta dönüşümün sonuçlarını genel olarak iki boyutuyla vurguladıkları görülmüştür; sağlığa erişim genel popülasyonda artmaktadır, ancak özellikle yoksul gruplar açısından kimi uygulamalar (örneğin katkı payları) ek eşitsizlikler yaratmaktadır ve erişilen sağlık hizmetinin kalitesi bu açıdan farklılaşmaktadır (Polat ve diğ., basımda).

Sosyal hizmet uzmanları, sosyal ihtiyaçlarının yanı sıra sağlık sorunları ile de karşı karşıya kalan müracaatçılarla hemen her uygulama ortamında karşılaşmaktadırlar. Türkiye’de sağlıkta eşitsizliğin görünümü, çeşitli müracaatçı gruplarında farklı şekillerde olabilir;

- Maruz kalınan sosyal sorunların yarattığı sağlık sorunları (kötü çalışma koşulları, yetersiz beslenme, çevresel etkenler nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları).
- Sağlık hizmetine kısıtlı erişim (çalışma yaşamının dışında olma, dezavantajlı bölgede yaşama, hizmetlerin konumlandırılmasında eşitsizlik) ve erişilen hizmette eşitsizlik (Türkiye ölçeğinde sağlık hizmetinin tüm bölgelerde eşit şekilde yürütülmemesi)
- Genel sağlık sigortası kapsamında alınan katkı paylarının yoksul gruplar üzerinde yarattığı sorunlar (sağlık hizmetine, tedaviye, ilaca erişememe).
- Sağlıkta dönüşümün sonucunda değişen hizmet sunum sistemi ve neoliberal anlayışın oluşturduğu eşitliksiz yapı.

Hastanelerde yürütülen uygulamaların daha çok hastaların sosyal ve

ekonomik durumlarının değerlendirilmesi, sosyal guvencesi olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin ilgili toplumsal kaynaklardan karşılanması, tedavi ekibine hastanın psiko-sosyal durumu ile ilgili bilgi verilmesi biçiminde olduğu bildirilmektedir (Duyan, 1996; zbesler ve İçağasioğlu oban, 2010). Özbesler ve İçağasioğlu oban (2010) sağlıkta donüşüm uygulamaları kapsamında sağlık hizmetlerinde artan özelleştirmeler sonucunda, sosyal hizmet uygulamalarında psikososyal boyutun ikinci plana itildiğini iletmektedirler. Genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanması paralel olarak kimi değişiklikler yaşanmış olsa da, genel olarak hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının müdahaleleri "sağlık sigortası olmayan hastaların tedavi giderlerinin karşılanması ve yoksul hastalara yönelik çalışmalar" ile sınırlı olmuştur (zbesler, 2013). Elbette sağlık alanında gerçekleştirilebilecek sosyal hizmet çalışmalarının yoksul hastaların sağlık hizmetine erişimine indirgenmesi eleştiriye açıktır. Gerçekleştirilen bir araştırmada, bu işlevin sosyal hizmet uzmanları tarafından kimi zaman "gerçek sosyal hizmet" olarak görülmediği ifade edilmiştir (Polat ve diğ. basımda). Ancak, ödeme güçlüğü olan hastaların sağlık hizmetinden yararlanma hakkını garanti altına almak ve gerekli kaynaklarla bağlantı kurmak, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmada "sonuca ilişkin müdahaleler" kapsamında değerlendirilebilir ve oldukça önemli bir yere sahiptir.

Genel olarak sosyal hizmet uzmanlarının hastanelerde üstlendikleri roller çerçevesinde bakıldığında, çoğunlukla çalışma odağının müracaatçının sağlık kuruluşunda bulunduğu zaman ile sınırlı olduğu söylenebilir. Yatış öncesi ya da taburculuk sonrasında sağlığın sosyal

belirleyicilerini ele alacak çalışmalar için kaynak ve insan gücü kısıtlılıkları, bu aşamalarda gerçekleştirilebilecek müdahalelerin ikinci plana atılmasına yol açabilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlıkta eşitsizlikler ve donüşüm süreci sosyal hizmet perspektifiyle incelenmeye çalışılmıştır.

Sağlıkta eşitsizlikle mücadele etme süreci, soruna yukarıdan bakma ve görünür nedenlerin ardına ulaşabilme yetisi gerektirmektedir. Eşitsizliğin nedenini ortadan kaldırmanın yanı sıra, sosyal olarak oluşan eşitsizlik ve adaletsizliğin yaşam kalitesi açısından sonuçlarını da hafifletmek gerekmektedir (Bywaters, 2007). Sağlıkta eşitsizlik bu açıdan, sadece hastaneye erişim ile sınırlı algılanmamalı, sağlık üzerinde etkili olan sosyal faktörler de ele alınmalıdır. Bu açıdan bakıldığında, sağlıkta eşitsizlikle mücadele eden bir sosyal hizmet uzmanının iki odakta da çalışması gerektiği açıktır. Bu hem koruma stratejilerinin (birincil, ikincil, üçüncül) hem de müdahalenin bir arada kullanılması anlamına gelmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları, hangi alanda çalışırlarsa çalışsınlar, sağlıkta eşitsizliği çeşitli boyutlarda gözlemlemekte, sebep ve sonuçlarıyla ilgili farkında olmadan dahi olsa, doğrudan çalışmalar yürütmektedirler. Bu açıdan bakıldığında, hastane ortamlarından başlamak üzere, gerçekleştirilen ve artık rutinleşen kimi çalışmaların (sosyal inceleme başta olmak üzere) bu farkındalıkla tekrar gözden geçirilmesi ve sağlıkta eşitsizlikle mücadele etme amacının, sosyal hizmet uygulamalarının gündemine alınması gerekmektedir.

Özellikle son dönemde sağlık alanında yaşanan dönüşüm sürecinde, sağlık hakkının tüm yurttaşlar için vurgulanmasında sosyal hizmet etkin bir rol üstlenmelidir. Günlük sosyal hizmet pratikleri, aslında sağlıkta dönüşümün sonuçlarını yansıtacak bir niteliğe sahiptir. Sosyal hizmet uzmanları sağlık sisteminde gerçekleşen değişim ve dönüşümün etkilerini, hastalar üzerinde net bir şekilde gözlemleyebilmektedirler. Uygulamadan gelen bu bilginin var olan tartışmalara eklenmesi ve bilim ve politika alanına aktarılması oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013 Cuma Resmî Gazete Sayı : 28539

Akdağ, R. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri (Alma Ata'nın 30. yılı hatırasına)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın no:770.

Akdur, R. (1990). Sağlık politikalarında temel ilkeler. *Sağlık ve Toplum*, 2, 19-23.

Alma Ata Bildirgesi (1978) internet erişimli: <http://195.142.135.65/who/ALMAATA.HTM> erişim tarihi: 02.04.2011

Backwith, D., G. Mantle (2009). Inequalities in health and community-oriented social work: Lessons from Cuba?. *International Social Work* 52: 499- 511.

Belek, I. (1998). *Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler: Antalya'da beş yıllık bir araştırma*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını.

Belek, I. (2004) *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği (TTB).

Braveman, P., S. Gruskin. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 57,254-258.

Bostan S, Kılıç T, Acuner T. (2012). Sağlıkta dönüşüm programlarının hastaneler üzerindeki değişim etkisi: Hastane yöneticilerinin görüşleri *TISK Akademi*; 7(14):109-123

Bywaters, P. (2007) Tackling Inequalities in Health: A global challenge for social work. *British Journal of Social Work*, 1-15.

Candaş, A. (2010). Türkiye'de eşitsizlikler: Kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, Haziran 2010.

Coren, E., W. Iredale, D. Rutter, P. Bywaters. (2011). The contribution of social work and social interventions across the life course to the reduction of health inequalities: A new agenda for social work education? *Social Work Education*, 30(6), 594-609

Çelikay F, Gümüş E. Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi [Internet]. Eskisehir: Eskişehir Osmangazi University; 2011 [updated 2012 Nov 5; cited 2013 Oct 20.]. Available from: <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/42363/>

Dikmetaş, E. (2006). Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (2), 2-14.

Doostgharin, T. (2010). Inequalities in health care and social work intervention: The case of Iran. *International Social Work*, 53(4) 556-567

Duyan, Veli (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut, Tıbbi Sosyal Hizmet*. Ankara.

Elbek O, Adas EB. (2009). Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 13;12(1):33-44.

Fish, J. K. Karban (2014) Health Inequalities at the Heart of the Social Work Curriculum, Social Work Education. *The International Journal*, 33:1,15-30

Giles, R. (2009). Developing a health equality imagination: Hospital practice challenges for social work priorities. *International Social Work*, 52(4), 525-537.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009) Türkiye Nüfus ve

- Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nfus Ettleri Enstits, Sağlık Bakanlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Mdrlğ, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Msteşarlığı ve TBİ-TAK, Ankara, Türkiye.
- Hare, I. (2004) "Defining social work for the 21st century. The international federation of social workers' revised definition of social work", *International Social Work*, 47(3), 407-424.
- Hatun, ř. Tıp Fakülteleri Krize Srklenirken. Radikal Gazetesi 3.04.2011
- IFSW Policy Statement on Health internet erişimli: <http://www.ifsw.org/p38000081.htm> erişim tarihi: 02.04.2011
- Karasu, K. (2011). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu-özel ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217-262
- Keyder, ., N. stndağ, T. Ağartan, . Yoltar. (2007). *Avrupa Birliği'nde ve Türkiye'de sağlık politikaları*. İletişim Yayınları, İstanbul.
- Koçak O, Tiryaki D. (2011). Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi: Yalova rneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 201; 10(19):55-88.
- McLeod, E., P. Bywaters (1999). Tackling inequalities in physical health: A new objective for social work. *British Journal of Social Work*; 29, 547-565.
- Müezzinoğlu, M. (2014) Söyleşi. *Ayrıntı Dergisi*, 2(20), 3-9.
- Özbesler, C., A. İçağasioğlu oban. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara rneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 21(2), 31-46
- Özbesler, C. (2013). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının nemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*; 12 (2), 6-12.
- zdemir, O. E. Ocaktan. R. Akdur. (2003). Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56 (4).
- Polat, G., L. Kaupoa, A. İçağasioğlu oban, S. Attepe. (basımda) Bandage it or write it. Experiences with health inequalities of hospital social workers in Turkey. *International Public Health Journal. Special Issue on Health Inequalities and Social Work*.
- Sağlık Bakanlığı (2008). İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dnşm Programı [Development report Turkey health transformation programme]. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Social Policy and Social Work (SWAP) Guide 6: Integrating health inequalities in social work learning and teaching. www.swap.ac.uk/docs/swappguide_6.pdf erişim tarihi: 02.04.2011
- Solar O, Irwin A. (2010) A Conceptual Framework For Action on The Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
- TTB (2005). Genel Sağlık Sigortası. 3. Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayını Yayını, Ankara
- TUİK (2009) 2009 Yoksulluk alışması Sonuları. TUİK Haber Blteni, Sayı: 3 06 Ocak 2011.
- Whitehead M. (1990) The Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe