





Sağlık Hizmeti Kullanımında Aile Tipinin Rolü: “Büyük Ebeveyn Etkisi”

 Ramazan ERDEM¹

 İskender ÇETİNTÜRK²

 Zeynep KUH³

The Role Of Family Type In Healthcare Use: “Grandparents Effect”

Özet

Amaç: Aile, toplumun en temel ögesi olarak bireyin yaşamında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Türk toplumunun geleneksel yapısı içerisinde büyük ebeveynler zaman içerisinde edinmiş oldukları tecrübeleri diğer aile bireyelerine, özellikle torunlarına aktarmakta ve yol gösterici ve manevi bir doyum kaynağı olmaktadır. Araştırmanın amacı, Isparta ilinde yaşayan geniş ve çekirdek ailelerin sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin tespit edilmesi ve aile içerisinde yaşayan büyük ebeveynlerin (anneanne, babaanne, dede vb.) ailedeki diğer bireylerin sağlık hizmeti kullanımına etkisinin ölçülmesidir. **Yöntem:** Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmış, katılımcılara araştırmacı tarafından oluşturulan ölçek formu yöneltilmiş ve veri analizi için SPSS paket programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya “kolayda örnekleme” yöntemi ile seçilmiş Isparta ilinde yaşayan 415 aile katılmıştır. Araştırma bulgularında, katılımcılar çekirdek aile ve geniş aile olarak incelenmiş ve bireylerin; poliklinik, aile hekimliği, özel hekim sağlık hizmeti kullanımlarında çekirdek aileler ve geniş aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca, katılımcılara yöneltilen basit, ciddi ve çok ciddi (ölümcül) hastalıklarla baş etme tercihleri de çekirdek aileler ve geniş aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahiptir. Ancak aile tipleri arasında geleneksel tıp kullanımına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamamıştır. **Sonuç:** Araştırma sonucunda bireylerin belli alanlarda sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin aile tipinden etkilendiği, büyük ebeveynlerin olduğu ailelerde sağlık hizmeti kullanımının azaldığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: aile, büyük ebeveyn etkisi, sağlık hizmeti kullanımı, geleneksel ve tamamlayıcı tedavi.

Abstract

Objective: Family has an important place in the life of the individual as the most basic element of the society. In the traditional structure of Turkish society, grandparents transfer their experiences they have gained over time to other family members, especially their grandchildren, and they are a guiding and spiritual source of satisfaction. The aim of the study is to determine the health service usage levels of large and nuclear families living in the province of Isparta and to measure the effect of grandparents living in the family (grandmother, grandmother, grandfather, etc.) on the healthcare procurement of other individuals in the family. **Method:** In the research, survey method was used as a data collection tool, the scale form created by the researcher was directed to the participants and SPSS package program was used for data analysis. 415 families living in the province of Isparta selected by the method of “easy sampling” participated in the study. **Results:** In the research findings, the participants were examined as nuclear family and extended family and individuals; A statistically significant difference was found between nuclear families and extended families in outpatient clinic, family medicine, private physician healthcare use. In addition, preferences to cope with simple, serious and very serious (fatal) diseases directed to the participants also have a statistically significant difference between nuclear families and extended families. However, a statistically significant difference in the use of traditional medicine was not achieved among family types. **Conclusion:** As a result of the research, it has been determined that the level of healthcare use of individuals in certain areas is affected by the family type, and the use of healthcare in families with large parents is reduced.

Key words: family, grandparents effect, health care utilization, traditional and complementary therapies

Alındığı tarih/Received Date:

30.06.2020

Kabul tarihi/Accepted Date:

07.9.2020

Sorumlu yazar:

Zeynep KUH

e-mail:

kuh.zeynep@gmail.com

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Sağlık Yönetimi
Bölümü

² Süleyman Demirel Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık
Ekonomisi Programı

³ Süleyman Demirel Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık
Kurumları Yönetimi Programı

Bu çalışma, 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Sakarya, 2019)’nde sunulan “Sağlık Hizmeti Kullanımında Büyük Ebeveyn Etkisi” adlı çalışmanın genişletilmiş halidir.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık sorunlarını önlemek ya da ortaya çıkan sorunları tedavi etmek için, profesyonel sağlık hizmeti arama ve bu sağlık hizmetlerinden yararlanma olarak tanımlanmaktadır (Scheppers vd., 2006). Sağlık hizmetinin kullanımına ilişkin kararlar bireysel veriliyor olsa da, bu seçimlerin arkasında çoğunlukla kültürel, sosyal ve aile bağlarının etkili olduğu düşünülmektedir (Portes ve Sensenbrenner, 1993; Akt: Scheppers vd., 2006). Ngwakongnwi (2017) sağlık hizmeti kullanımının önemli bir sağlık çıktısı göstergesi, sağlık hizmetine erişimin ve tüketici memnuniyetini etkileyebilen bir kavram olduğunu belirtmektedir. Gökkaya ve Erdem (2017)'e göre ise sağlık hizmeti kullanımı, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin hasta kişiler tarafından kullanılması durumudur.

Sağlık hizmetlerinin kullanılmasının birden çok sebebi bulunmaktadır. Gelecekte ortaya çıkabilecek hastalıkları engellemek ve bunları geciktirmek, hastaların ağrısını azaltmak, hastalıkları tedavi etmek ve hastaları iyileştirmek için kullanılabilir. Sağlık hizmeti kullanımı sadece sağlık kurumlarında verilen hizmetlerle kısıtlı değildir. Eczanelerden ilaç alımı ve diğer tıbbi ürünlerin kullanılması da sağlık hizmeti kullanımı kapsamına girebilmektedir (The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine, 2018). Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin değerlendirmeler yapılırken hekime, polikliniğe, acil servise başvurma sayıları, hastanede yatış günü sayısı, kullanılan ilaç miktarı gibi ölçütler kullanılabilir.

Aday ve Andersen (1974)'in sağlık hizmeti kullanımı davranışsal modeline göre sağlık hizmeti kullanımını hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörleri etkilemektedir. Bu model Andersen ve Newman (1973)'ün modelini biraz daha geliştirilmiş halini oluşturmaktadır.

Hazırlayıcı faktörler, kişilerin sağlık hizmetini kullanma eğilimini tanımlayan değişkenleri içermektedir. Bu özellikler hastalık durumunun başlamadan önceki kişide mevcut olan özelliklerdir. Bunlar, yaş, cinsiyet, ırk, din gibi demografik özellikler olabilirken, eğitim düzeyi, meslek, gelir gibi sosyo-ekonomik özellikler ve hastalık bilgisi, tepki eşiği vb. tutum ve davranışlar da olabilmektedir (Aday ve Andersen, 1974). Kişilerin, sağlık hizmetlerini kullanmaya yatkın olmalarına rağmen, bunun için

bazı araçların bulunması gerekmektedir. Hem kişiye ve ailesine özgü kaynaklar hem de kişinin yaşadığı toplumun özellikleri bu faktörler içinde yer almaktadır. Ailenin toplam geliri, sigorta durumu gibi faktörler ailesel özellikler altında bulunurken, ikamet edilen yer, nüfusun hizmet kullanım oranı ve hizmetin ulaşılabilirliği kamusal özellikler içerisinde yer almaktadır (Aday ve Andersen, 1974; Andersen ve Newman, 1973). İhtiyaç faktörü, sağlık hizmeti kullanımının en acil nedeni olan hastalık derecesini tanımlamaktadır. Bu ihtiyacın ortaya çıkması iki farklı şekilde gerçekleşebilmektedir. Ya kişi tarafından algılanan şekilde gerçekleşir ya da uygulama sistemi tarafından değerlendirilen olarak ortaya çıkmaktadır (Aday ve Andersen, 1974).

Aile kavramı, diğer kurumlar ile karşılaştırıldığında en temel ve en eski kurumlardan birini oluşturmaktadır. Genellikle bireyler bir aile grubunun içerisinde dünyaya gelir ve burada büyür. Evlilik ismi verilen bir sözleşme ile aile dediğimiz kurum meydana gelmektedir. Aile zamanla farklılık göstermeye başlamıştır. Her toplumun kendine has bir aile yapısı bulunmaktadır (Özkalp, 2015). Bu yüzden aile kavramının genel ve tek bir tanımının yapılması oldukça zordur.

Giddens (2000) aileyi “Akrabalık bağlarıyla doğrudan birbirine bağlanmış olan ve yetişkin üyelerinin çocukların bakımından sorumlu olduğu bir grup insandan oluşur.” şeklinde tanımlamaktadır. Aile sınıflandırılmasına gidildiği zaman ailenin büyüklüklerine göre büyük ve küçük şeklinde sınıflandırıldığı görülmektedir (Çil, 2013). Geniş aile, en az iki çekirdek ailenin aynı ev içerisinde oturmasıyla meydana gelen bir aile tipidir. Geniş ailelerin en önemli özelliği aile bağlarının kuvvetli olmasıdır. Geniş ailelerde gelenek ve göreneklere olan bağlılık yüksektir. Daha çok geçimini topraktan sağlayan bölgelerde görülmektedir. Ailenin en yaşlı bireyi ailenin reisi kabul edilmektedir (Özkalp, 2015). Literatürde geniş ailenin; Geleneksel aile, eski aile ve köy aileleri şeklinde de isimlendirildiği görülmektedir.

Çekirdek aile, anne-baba ve evli olmayan çocuklardan oluşan en küçük toplumsal birimdir. Bu ailede kişi sayısı oldukça azdır. Çekirdek aileler genellikle iki kuşaktan oluşmaktadır. Bu da bu aile türünün sınırlı olduğunu göstermektedir. Anne ve babadan oluşan daha sonra artan çocuk sayısı ile büyüyen fakat çocukların büyüüp

evlenmesi ile tekrar başa dönen bir aile tipidir (Özkalp, 2015).

Kağıtçıbaşı (2005) insan tutumlarının şekillenmesinde kişinin çevresindeki birçok davranışın etkili olduğunu düşünmektedir. Çocukların tutumlarının oluşmasında anne-babanın önemli bir etkisi vardır. Klasik koşullanma, izleyerek öğrenme ve araçsal koşullanma yöntemleri çocuklar üzerinde etkili olabilmektedir. Çocukların tutumlarının oluşumunda anne ve baba ilk kaynak niteliğindedir (Akt; Tutar, 2013). Çocukların buluş çağına kadar ki sürede oluşan tutumlar daha çok anne-baba tarafından oluşturulur. Örneğin ilkökul çocukları farklı konulara ilişkin tutumları hakkında bilgi verirken genellikle anne ve babalarının kullandıkları örnekleri verdikleri görülmektedir. Anne-baba ve çocukların tutumlarını ortaya koymaya çalışan araştırmalara bakıldığında zaman, ebeveyn ve çocukların tutumları arasındaki tutum benzerliği yüksek çıkmıştır. Bu benzerliğin politik ve dinsel tutumlarda daha fazla öne çıktığı tespit edilmiştir (Morgan, 2009). Bu bilgiler doğrultusunda tutumların oluşmasında çevredeki birçok eylemin etkili olduğu özellikle çocukluk döneminde ebeveyn etkisinin tutum şekillenmesinde çok önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

Bu çalışma ile geniş ve çekirdek ailelerin sağlık hizmeti kullanım düzeyleri tespit edilerek, aile içerisinde yaşayan büyük ebeveynlerin (anneanne, babaanne, dede vb.) aile içerisindeki diğer bireylerin sağlık hizmeti alımına etki edip etmediğini bulmak amaçlanmaktadır.

MATERIALS AND METHODS

Araştırmanın amacı, Isparta ilinde yaşayan geniş ve çekirdek ailelerin sağlık hizmeti kullanım düzeylerinin tespit edilmesi ve aile içerisinde yaşayan büyük ebeveynlerin (anneanne, babaanne, dede vb.) ailedeki diğer bireylerin sağlık hizmeti alımı üzerinde etkisinin olup olmadığının ölçülmesidir. Araştırmanın yöntemini Aile, toplumun en temel ögesi olarak bireyin yaşamında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Aile tanımı yapılırken, geniş aile ve çekirdek aile olarak temel bir ayırım yapmak mümkündür. Geniş aile, bir hane içerisinde birden fazla kuşaktan bireylerin bir arada yaşadığı bir aile yapısını ifade ederken, çekirdek aile anne, baba ve çocuktan oluşan en temel topluluğu ifade

etmektedir. Türk toplumunun geleneksel yapısı içerisinde büyük ebeveynler zaman içerisinde edinmiş oldukları tecrübeleri diğer aile bireyelerine, özellikle torunlarına aktarmakta ve yol gösterici ve manevi bir doyum kaynağı olmaktadır.

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Araştırmada sağlık hizmeti kullanımını ölçmek amacıyla frekans ve tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılmış ve çekirdek aileler ve geniş aileler arasındaki farklılığın tespit etmek amacıyla t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde önemlilik düzeyi olarak $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ değerleri kullanılmıştır. Veriler normallik testine tabi tutularak, belirlenen her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri elde edilmiş, test istatistiği değerlerinin -1.5 ile +1.5 aralığında kaldığı görülmüştür. Buradan hareketle araştırma verilerinin normal dağılıma sahip olduğu söylenebilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007). Analizde, tanımlayıcı bilgiler ve nitel değişkenlerle ilgili sorular için frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. Ayrıca, çekirdek aile ve geniş aile tipleri göre karşılaştırarak belirli bir güven düzeyinde fark olup olmadığını belirlemek için “bağımsız örneklem t testi” ve ki-kare analizi kullanılmıştır.

Bu araştırmanın örneklemini; Isparta ilinde büyük ebeveynleri ile birlikte yaşayan, “kolayda örnekleme” yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 415 kişi oluşturmaktadır. Anket formu bireylere 01.05.2019-01.08.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Uygulanan anket formu literatür taraması yapılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini çekirdek aileler ve geniş ailelerden oluşan iki farklı aile tipine sahip bireyler oluşturmaktadır. Ayrıca araştırmada katılımcıların sahip oldukları çocuk(lar) 0-18 yaş aralığında olması gözetilmektedir.

Tablo 1’de araştırmaya dâhil olan katılımcıların yaş cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, ikamet yeri ve engel durumuna yönelik frekans-yüzde değerleri yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Demografik Değişkenler	f	%	Demografik Değişkenler	f	%
Yaş			Medeni		
18-35	224	53,7	Durum	217	47,2
36-55	168	40,3	Bekâr	198	51,8
56-77	23	6	Evlî	415	100
Toplam	415	100	Toplam		
Cinsiyet			İkamet Yeri		
Kadın	199	48,2	İl merkezi	234	56,6
Erkek	216	51,8	İlçeler	181	43,4
Toplam	415	100	Toplam	415	100
Aile Tipi			Gelir		
Geniş Aile	201	48,2	Durumu	6	1,4
Çekirdek	214	51,2	0-2000	63,1	63,1
Aile	415	100	2001-3500	89	21,3
Toplam			3501-5000	57	13,7
			5000+	415	100
			Toplam		

Katılımcıların demografik değişkenleriyle ilişkin, yaş grupları genellikle ailenin geçimini sağlayan bireyler tarafından cevaplandırıldığından dolayı on sekiz yaş ve üstü bir çerçeve ortaya koymaktadır. 18-35 yaş aralığındaki bireyler toplam katılım sayısının %53,7'sini, 36-55 yaş aralığındaki bireyler toplam katılım sayısının %40,3'ünü ve 56-77 yaş aralığındaki bireyler ise toplam katılım sayısının %6'sını temsil etmektedir. Cinsiyet durumuyla ilgili; katılımcıların, %48,2'si kadın, %51,8'i erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin %48,2'si geniş ailelerden, %51,2'si ise çekirdek ailelerden meydana gelmektedir. Katılımcıların medeni durumlarıyla ilgili olarak, %47,2 evli iken %51,8'lik kısım bekârdır. Katılımcıların, %56,6'sı Isparta il merkezinde, %4,3'ü ilçe ve köylerde yaşamaktadır. Katılımcıların gelir durumları incelenecek olursa, %63,1'lik büyük bir kısım 2000-3500 TL gelire sahiptir. 3501-5000 TL geliri olan kısım toplam katılımcıların %21,3'ünü oluşturmaktadır. 5000 TL ve üzeri gelire sahip olan aileler ise toplam katılımın %13,7'sini oluşturmaktadır. Geliri 2000 TL ve altına olan bireyler ise katılımın %1,4'ünü temsil etmektedir.

Anket formunun ilk bölümünde, katılımcılara ait demografik bilgiler (aile tipi, yaş, cinsiyet, medeni durum vb.) istenmiş, veriler sayı ve yüzde değerler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ardından, ailelerin acil servis, poliklinik, klinik, aile hekimliği, özel hekimlik, işyeri hekimliği, diğer sağlık personeli, diş hekimi ve eczaneden bir yıl içerisinde almış olduğu sağlık hizmeti sayısı öğrenilmek istenmiştir. Ayrıca, ailelerin cepten

sağlık harcaması ve ilaç harcaması tutarları talep edilmiştir. Araştırmanın bir sonraki bölümünde bireylerin, hekime devamlı olarak gitmenizi gerektiren kronik bir hastalığı olup olmadığı, geleneksel tedavi yöntemlerini ne ölçüde tercih ettikleri sorulmuştur. İstenen (acil servis, poliklinik, klinik, aile hekimliği, özel hekimlik vb.) bilgiler bireylere kendisi ve sahip oldukları çocuklar için ayrı ayrı yöneltilmektedir. Anket formunun son bölümünde ise, bireylerin geçirmiş oldukları basit, ciddi ve çok ciddi rahatsızlıklarla nasıl başa çıktıkları sorulmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Aile bireylerinin sağlık hizmeti alımına ilişkin bulgular ile ilgili ifadelerde almış oldukları puan değerleri Tablo 2'de yer almaktadır. Tabloda katılımcıların sağlık hizmetini almış oldukları birimlere göre kendisi ve 0-18 yaş aralığındaki çocuk(lar) için bir yıl içerisinde sağlık hizmeti kullanım sayılarına ilişkin ortalama ve standart sapma dağılımları verilmiştir. Araştırmada, katılım gösteren bireyler bir yıl içerisinde almış oldukları sağlık hizmeti sayısını (acil servis, poliklinik, klinik vb.) hem kendileri hem de çocukları için cevaplamışlardır. Buna göre, bireylerin bir yıl içerisinde kendileri için yanıtladıkları acil servis başvuru sayısı 8,79 iken çocukları için ortalama 11,26'dır. Araştırmaya katılım gösteren bireylerin polikliniğe başvuru sayılarına ilişkin olarak, bireyler bir yıl içerisinde kendiler için ortalama olarak 5,5, çocukları için ise ortalama 8,22 kez poliklinikten sağlık hizmeti almışlardır. Araştırmaya katılan bireylerin basit, ciddi ve ölümcül bir hastalıkla karşılaşması durumunda atlatmak için nasıl bir yol izledikleri 5'li Likert ölçeğiyle ölçülmüş ve katılımcıların orta düzeyde (2,7) geleneksel tedaviye başvurdukları tespit edilmiştir.

Türkiye'de kişi başı hekime müracaat sayısı 2017 yılında 8,9'dur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına kişi başına ortalama başvuru sayısı 6,3'tür (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu araştırmada yer alan kişi başına düşen ortalama sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları değerlendirildiğinde ortalama değerlerin büyük ölçüde örtüştüğü görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireyler basit, ciddi ve ölümcül bir hastalıkla karşılaşması durumunda, verilen yanıtlar "geçmiş tecrübelerim yoluyla kendim çözmeye çalışırım", "aile hekimliğine başvururum", "şehir hastanesi, devlet hastanesi veya özel bir hastaneye başvururum", "üniversite hastanesine başvururum" ve "diğer" olmak üzere olarak 5 kategoride ele alınmıştır. Bireyler basit

bir hastalıkla karşılaştıkları durumlarda geçmiş tecrübelerinin yanı sıra aile hekimliğine başvurduklarını, ciddi bir hastalıkla karşılaştıkları durumlarda genellikle şehir hastanesi ya da devlet hastanesine başvurduklarını çok ciddi bir hastalık karşısında ise, genellikle devlet hastanesi ya da üniversite hastanesine başvurduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Ailelerin Sağlık Hizmeti Alımına İlişkin İfadelerde Almış Oldukları Değerler

Değişkenler		N	\bar{X}	SS
Acil servis başvuru sayısı	Kendiniz	415	8,79	6,52
	Çocuğunuz	415	11,26	6,33
Poliklinik başvuru sayısı	Kendiniz	415	5,50	5,0
	Çocuğunuz	415	8,22	6,26
Klinik birimlere kaç kez yatış sayısı	Kendiniz	415	6,18	6,52
	Çocuğunuz	415	6,93	6,22
Aile hekimliğine başvuru sayısı	Kendiniz	415	5,80	6,11
	Çocuğunuz	415	6,40	6,04
Özel hekime başvuru sayısı	Kendiniz	415	6,48	6,77
	Çocuğunuz	415	8,09	6,73
Dış hekime başvuru sayısı	Kendiniz	415	1,33	1,13
	Çocuğunuz	415	1,24	1,60
Eczaneye danışma sayısı	Kendiniz	415	1,61	3,53
	Çocuğunuz	415	0,79	1,23
İlaç harcama tutarı (TL cinsinden)	Kendiniz	415	152,35	196,37
	Çocuğunuz	415	139,68	305,33
Cepten sağlık harcama tutarı (TL cinsinden)	Kendiniz	415	258,84	430,18
	Çocuğunuz	415	183,22	459,88
Anne, baba ve çocuk/çocuklar haricinde yaşayan ortalama birey sayısı	-	415	2,6	1,18
Basit bir hastalık geçirmeniz durumunda hastalığı atlatma	-	415	1,79	0,97
Bir yıl içerisinde geçirmiş olduğunuz ciddi hastalığı atlatma	-	415	2,87	0,69
Bir yıl içerisinde geçirmiş olduğunuz çok ciddi bir hastalığı atlatma	-	415	3,13	0,66
Hekime devamlı olarak gitmeyi gerektiren kronik bir hastalık durumu	-	415	1,75	0,43
Aile bireylerinden herhangi birinde hekime devamlı olarak gitmeyi gerektiren kronik hastalık durumu	-	415	1,57	0,50
Geleneksel tedavi tercihi	-	415	2,70	1,31

Tablo 3'te aile tiplerine göre sağlık hizmeti kullanımına ilişkin t testi sonuçları yer almaktadır. Bireylerin acil servis hizmetini kullanım düzeyi aile türlerine göre karşılaştırıldığında hem kendileri ($p=0,74$) hem de çocukları için çocukları için ($p=0,14$) kullanılan sağlık hizmeti miktarında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Özellikle acil sağlık hizmetleri açısından talebin genellikle belirsiz olması (Newhouse, 1987) acil servis sağlık hizmetinin kullanımında çekirdek aileler ve geniş aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamasının nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin yıllık poliklinik başvurularıyla ilgili olarak, katılımcıların hem kendileri ($p=0,00$) hem de çocukları ($p=0,00$) için vermiş oldukları cevaplar doğrultusunda yapılan t testi bulgularına göre, çekirdek aileler ve geniş ailelerin poliklinik sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın sağlık hizmeti kullanım ortalamaları dikkate alındığında çekirdek ailelerin geniş ailelere nispeten daha fazla poliklinik sağlık hizmeti alımından kaynaklandığı görülmektedir. Geniş ailede yaşayan büyük ebeveynlerin bilgi ve tecrübelerini kendileri ve diğer aile bireyleri için kullanmaları ve bu tecrübelerini aile bireylerine aktarmaları çekirdek ailede yaşayan bireylerin daha fazla poliklinik başvurusu yapabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılım gösteren bireylerin klinik sağlık hizmet kullanım düzeyleriyle aile türlerine göre karşılaştırıldığında; kendileri için ($p=0,22$) ve çocukları için ($p=0,13$) kullanılan klinik hizmetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Bireylerin sağlık hizmeti kullanımı kararı alırken; aldığı hizmet düzeyini, hastalığın seyrini, uygun tedavi yöntemlerini ve iyileşme ya da hastalığın ilerleme durumu konusunda net bilgiye sahip olamaması, hekim karşısında asimetric bilgiye sahip olması ve hastaneye yatış kararının genellikle hekim tarafından verilmesi (McGuire, 2000; Auster and Oaxaca, 1981), çekirdek aileler ve geniş aileler arasında anlamlı bir farkın olmayışında nedensel bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Sağlık hizmeti kullanımının aile türlerine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Ailelerin Sağlık Hizmeti Alımına İlişkin Yapılan Bağımsız t Testi Bulguları

Katılımcıların Kendileri ve Çocukları İçin Almış Oldukları Sağlık Hizmet Türleri	Aile Türlerine Göre Ortalama Düzeyleri		Bağımsız t Testi Anlamlılık düzeyleri		
	Geniş Aile Ort.	Çekirdek Aile Ort.	t	Anlamlılık (p)	
Acil servis başvuru sayısı	Kendiniz	8,65	8,86	-0,33	0,74
	Çocuğunuz	11,71	10,81	1,44	0,14
Poliklinik başvuru sayısı	Kendiniz	4,46	6,50	-4,21	0,00
	Çocuğunuz	7,61	8,83	-1,98	0,00
Klinik birimlere kaç kez yatış sayısı	Kendiniz	6,54	5,76	1,21	0,22
	Çocuğunuz	7,41	6,50	1,48	0,13
Aile hekimliğine başvuru sayısı	Kendiniz	4,30	7,25	-5,05	0,00
	Çocuğunuz	5,76	7,03	-2,1	0,00
Özel hekime başvuru sayısı	Kendiniz	7,24	5,69	0,02	0,03
	Çocuğunuz	8,53	7,71	0,34	0,02
Diş hekimine başvuru sayısı	Kendiniz	0,63	2,00	0,81	0,41
	Çocuğunuz	0,42	1,98	-0,72	0,46
Eczaneye danışma sayısı	Kendiniz	1,17	2,03	-2,49	0,01
	Çocuğunuz	0,65	0,92	-1,69	0,09
İlaç harcama tutarı (TL cinsinden)	Kendiniz	80,64	220,75	-7,91	0,00
	Çocuğunuz	49,30	225,63	-6,28	0,00
Cepten sağlık harcama tutarı (TL cinsinden)	Kendiniz	221,99	294,83	-1,72	0,00
	Çocuğunuz	119,90	243,84	-2,82	0,00
Geleneksel tedavi tercihi	-	2,61	1,48	1,449	0,09

Araştırmaya katılanların aile hekimliğine başvuru sayıları aile türlerine göre karşılaştırıldığında, bireylerin hem kendisi ($p=0,00$) hem de çocuğu ($p=0,00$) için aile hekimliğinden alınan sağlık hizmeti sayılarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Çekirdek ailelerin geniş ailelere göre aile hekimine başvuru sayıları hem kendileri için hem de çocukları daha yüksektir. Özel hekime başvuru sayılarında ise tam tersi bir durum vardır. Geniş ailelerin çekirdek ailelere göre özel hekime başvuru sayıları hem kendileri için ($p=0,03$) hem de çocukları ($p=0,02$) daha fazladır. Bireylerin aile hekimlerine başvuruları, ikamet yerlerinden kolayca ulaşabilecekleri bir konumda bulunmakta ve kapsamlı, devamlı ve ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ayrıca bireylerin özgürce aile hekimi seçebiliyor olması da hasta ve hekim arasında gönüllü iletişim oluşmasına destek olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004). Bu durumun geniş aileler ve çekirdek aileler arasındaki aile hekimliğine başvuru düzeylerinde neden olan farklılaşmayı açıklayan bir unsur olabileceği, aile içerisinde beraber yaşayan büyük ebeveynlerin tecrübeler yoluyla edindikleri bilgilerin aktarımı yoluyla sağlık hizmeti talebini çekirdek ailelere nispeten düşürdüğü düşünülmektedir. Çekirdek bir ailede yaşayan bireylerin daha fazla eczaneye gitmesi ve daha fazla ilaç harcaması yapması, ailede yaşayan büyük ebeveynlerin geçmiş tecrübelerini sonraki nesillere aktarması ve yaşlı

bireylerin geleneksel tıp yöntemlerini sıklıkla kullanmasından (Sağkal vd., 2013; Dedeli vd., 2011) kaynaklandığı düşünülmektedir. Çekirdek aile ve geniş ailelerdeki yapı değişikliği ortaya çıkan bu farklılığı açıklayabilmektedir. Geniş aile yapısının daha çok köyde yaşayan ve geleneklerine bağlı toplumların bir kurumu olduğu bilinmektedir. Aile içerisinde geliri olan her bireyin bu gelirini ailenin ortak bütçesine koyması gerekmektedir (Kongar, 1972; Topçuoğlu, 2000; Aydoğan, 1992; Akt, Öztürk, 2009). Geniş ailelerin ortak bütçe geleneğine sahip olması kişilerin harcama yaparken ortak hareket etmelerini gerektirmektedir. Bu da geniş aile yapısındaki sağlık harcamalarının değil her türlü harcama da tek başlarına karar veremeyeceklerini gösterebilmektedir.

Araştırmaya katılanların diş hekimine başvuru sayıları karşılaştırıldığında çekirdek ailelerin sağlık hizmeti kullanımı daha fazla olmasına rağmen hem kendileri için ($p=0,41$) hem de çocukları için ($p=0,46$) başvuru sayılarındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Türkiye’de yılda kişi başına ortalama diş muayene sayısı 2017 yılı istatistiklerine göre 0,71’dir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu açıdan, Türkiye’de diş fırçalama ve diş kontrollerine gitme alışkanlığının yaygınlaşmaması (Öztunç vd., 2000; Karabekiroğlu ve Ünlü, 2017), kültürel

dinamiklerin istatistiksel olarak farklılık görülmemesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların eczaneye danışma sayıları karşılaştırıldığında çekirdek ailelerin geniş ailelere göre hem kendileri için ($p=0,01$) hem de çocukları için ($p=0,09$) daha çok eczaneye danıştıkları ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Geniş ailelerdeki katılımcılar kendileri için yıllık 80,64 TL'lik ilaç harcaması yaparken çekirdek ailelerdeki bireyler için bu miktar 220,75 TL'dir ve aradaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,00$). Aynı şekilde geniş ailelerdeki bireyler çocukları için yıllık 49,30 TL'lik harcama yaparlarken, çekirdek ailelerdeki bireyler 225,63 TL'lik harcama yapmaktadırlar. Bu farklılık da istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,00$). Buradan çekirdek ailelerdeki bireylerin geniş ailelere göre daha fazla ilaç harcaması yaptıkları anlaşılmaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamaları açısından geniş ve çekirdek aileler karşılaştırıldığında, geniş ailelerdeki katılımcıların kendileri için cepten yaptığı sağlık harcaması yıllık 221,99 TL iken aynı miktar çekirdek aileler için 294,83 TL'dir ve aradaki farklılık istatistiksel olarak da önemlidir ($p=0,00$). Çocuklar için cepten yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında, geniş aileler yıllık 119,90 TL harcarken, çekirdek aileler 243,84 TL harcamaktadırlar. Aradaki farklılık yine istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Çekirdek ailelerin geniş ailelere göre yıllık cepten yapılan sağlık harcamasının daha fazla olduğu görülmektedir ($p=0,00$). Bu araştırmaya katılan büyük ebeveynlerin gelir kaynaklarının büyük bölümünü sosyal güvence kapsamına girmelerini sağlayan bir emekli aylığı oluşturmaktadır. Sosyal bir güvenceye sahip olan yaşlı bireylerin daha az cepten sağlık harcaması eğilimine sahip olduğu görülmektedir (Bozkaya, 2017). Bu durumun bu araştırmada da geniş ailelerin daha az cepten sağlık harcaması yapmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Bir başka açıdan ise bireylerin yüksek tedavi ve ilaç maliyetlerinden kaçınmak istemesi ve sosyal sigorta sisteminde görmüş oldukları eksiklikler tamamlayıcı ve alternatif bazı uygulamalara itmektedir (Sağkal vd., 2013). Büyük ebeveynlerin de geçmiş tecrübelerini uygulaması ve sonraki nesillere aktarması geniş ailelerde cepten sağlık harcaması ve ilaç harcamasını çekirdek ailelere nispeten azalttığını düşündürmektedir.

Katılımcıların kendilerinde sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren ya da devamlı olarak hekim kontrolünde olmaları gerektiği bir kronik rahatsızlıklarının bulunup bulunmamasıyla ilgili çekirdek aileler ve geniş aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, aynı soru ailelerinde başka bir bireyin sürekli ilaç kullanmalarını gerektiren ya da devamlı olarak hekim kontrolünde olmaları gerektiği bir kronik rahatsızlıklarının bulunup bulunmamasıyla ilgili olarak çekirdek aileler ve geniş aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir. Araştırmanın metodolojisine uygun olarak, katılımcıların vermiş oldukları cevap ortalamalarından yapılan bir çıkarımla bu kronik rahatsızlıkların genellikle büyükanne ve büyükbabalardan kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Bireylere yöneltilen anket formunda 5'li Likert cetveli ile değerlendirilen "geleneksel tedavi yöntemlerini ne ölçüde kullanıyorsunuz?" sorusuna bireylerin vermiş oldukları cevaplarda, geniş ailelerin ortalamasının (2,61) çekirdek ailelere göre (1,48) daha yüksek olduğu, ancak aradaki bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p=0,09$). Dedeli ve Karadakovan (2011) araştırmasında, katılım gösteren yaşlı bireylerin %62.1'inin bitkisel ürünleri ve hazırladıkları karışımları sağlık amacıyla kullandıkları tespit edilmiştir. Geleneksel tıp kullanımıyla ilgili yapılan diğer bir araştırmada, Efe ve diğerleri (2012) hipertansiyon gibi kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin kan basıncını düşürmek amacıyla destekleyici yöntemlerden katılımcıların %94.3'ünün faydalandığını tespit etmiştir. Buradan yapılan çıkarım ise, bu araştırmada geleneksel tıp kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da geniş aile ve çekirdek aileler arasındaki farkın yaşlı bireylerin geleneksel tıp yöntemlerini daha fazla tercih etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların basit, ciddi ve ölümcül hastalıkları olması durumunda nerelere başvuracaklarına dair sorular sorulmuş ve aile türlerine göre verilen cevaplar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Araştırmada katılımcılara, basit bir hastalık, ciddi bir hastalık ve ölümcül bir hastalıkla karşılaşmaları durumunda nereye başvuracakları sorulmuş ve alınan kategorik yanıtlar ki-kare analizine tabi tutulmuştur. Bireylerin algılamış oldukları "basit bir hastalık

geçirmeniz durumunda şifa bulmak için nasıl bir yol izliyorsunuz?” sorusuna vermiş oldukları cevaba göre katılımcılardan 216 kişi “geçmiş tecrübeler yoluyla” çözmeye çalıştığını belirtmiştir. Bu bireylerin 138’i (%63,88) ailesinde anneanne ve babaanne gibi bireylerle yaşayan geniş aileye sahip bireylerdir. Cevap veren 78 (%36,11) kişi ise çekirdek aileye sahiptir. Basit hastalık durumunda çekirdek ailedeki bireylerin birinci, ikinci ve üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına başvurma yüzdelerinin geniş ailedeki bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Geniş aile içerisinde yaşayan bireyler basit bir sağlık problemiyle karşılaşmaları durumunda daha fazla geçmiş tecrübelerden faydalanmaktadır. Bu durum ailede yaşayan

büyük anneanne ve babaanne gibi yaşlı bireylerin sağlık hizmeti alım düzeyini etkilediğini düşündürmektedir. Creasey ve diğerleri (1989)’ne göre basit hastalıklar ve küçük şikâyetlerde anneanne ve dedelerin geçmiş tecrübelerine dayanan koruyucu sağlık önlemlerinin sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları ve maliyetlerini azalttığı belirtilmektedir. Ayrıca büyük aile bireylerinin geçmiş tecrübelerini daha genç kuşaklara aktarması aile ve birey sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Pulgaron ve diğerleri (2016), araştırmasında büyük ebeveyn etkisinin ailedeki torunların sağlık hizmeti alımını etkilediği belirtilmiş, ancak bu etkinin yönü ve şiddeti net biçimde açıklanmamıştır.

Tablo 2. Ailelerin Sağlık Hizmeti Alımına İlişkin İfadelerde Almış Oldukları Değerler

	Değişkenler	Geniş Aile	Çekirdek Aile	Toplam	Test Değerleri
Basit Hastalıklar	Geçmiş tecrübelerim yoluyla kendim çözmeye çalışırım.	Kişi 138 % 63,88	78 %36,11	216 %100	x ² = 100,31 p=0,00 sd=10
	Aile hekimliğine başvururum.	Kişi 39 %47,56	43 %52,43	82 %100	
	Şehir hastanesi, devlet hastanesi veya özel bir hastaneye başvururum.	Kişi 25 %25	75 %75	100 %100	
	Üniversite hastanesine başvururum	Kişi 0 %0	14 %100	14 %100	
	Diğer	Kişi 0 %0	3 %100	3 %100	
Ciddi Hastalıklar	Geçmiş tecrübelerim yoluyla kendim çözmeye çalışırım.	Kişi 5 %45,5	6 %54,5	11 %100	x ² = 123,30 p=0,00 sd=10
	Aile hekimliğine başvururum.	Kişi 45 %63,4	26 %36,6	71 %100	
	Şehir hastanesi, devlet hastanesi veya özel bir hastaneye başvururum.	Kişi 141 %48,6	149 %51,4	290 %100	
	Üniversite hastanesine başvururum	Kişi 11 %29,7	26 %70,3	37 %100	
	Diğer	Kişi 0 %0	6 %100	6 %100	
Ölümcül Hastalıklar	Geçmiş tecrübelerim yoluyla kendim çözmeye çalışırım.	Kişi 1 %25	3 %75	4 %100	x ² =100,31 p=0,00 sd=10
	Aile hekimliğine başvururum.	Kişi 0 %0	16 %100	16 %100	
	Şehir hastanesi, devlet hastanesi veya özel bir hastaneye başvururum.	Kişi 39 %44,3	49 %55,7	88 %100	
	Üniversite hastanesine başvururum	Kişi 162 %53,8	139 %46,2	301 %100	
	Diğer	Kişi 0 %0	6 %100	6 %100	

Katılımcılara “ciddi bir hastalıkla karşılaşmanız durumunda şifa bulmak için nasıl bir yol izliyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve genel olarak bireylerin daha çok ilk sırada yer alan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında (şehir hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane) yoğunlaştıkları ve bunu aile hekimliğinin izlediği görülmektedir. Ciddi bir hastalık durumunda “geçmiş tecrübeler

yoluyla kendim çözerim” ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurum cevabı verme yüzdesi geniş ve çekirdek ailelerde birbirine çok yakınken, aile hekimine başvurmada geniş aileler, üniversite hastanesine başvurmada ise çekirdek aileler daha öndedir.

Son olarak, “çok ciddi/ölümcül bir hastalık durumunda şifa bulmak için nasıl bir yol

izliyorsunuz?” sorusuna bireylerin önemli bir çoğunluğunun üniversite hastanesine başvurmayı tercih ettikleri görülmektedir. Bunu ikinci basamak sağlık kuruluşları izlemektedir. Ölümcül hastalık durumunda başvuru yerleri açısından geniş ve çekirdek aileler arasında bariz bir farklılaşma görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli şekilde sunumunun sağlanmasında uygun sağlık hizmetinin uygun basamakta verilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Gökkaya ve Erdem (2017), araştırmasında bireylerin sağlık hizmeti kullanırken hafif şiddetli hastalıklarda aile hekimini tercih etme eğilimine daha fazla sahip olduğu, hastalık şiddeti arttıkça devlet hastanesine başvurma eğiliminin arttığı belirlenmiştir. Orta ve ağır şiddetli hastalıklarda ise üniversite hastanelerine başvuru eğiliminin arttığı tespit edilmiştir. Üniversite hastaneleri genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleri olarak tanımlanmaktadır. Her bireyin sağlığının takipçisi olması, hastaların doktora kolay erişebilmesi ve hızlı hizmet alabilmesini sağlamaktadır (Başol, 2015). Bu araştırmanın bulguları da hastalığın önem derecesine göre aile hekimliğinden üniversite hastanelerine doğru bir sevk zincirini takip etmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık hizmeti kullanımını aile türüne göre karşılaştırmak amacıyla 201'i geniş aileden ve 214'ü çekirdek aileden olmak üzere toplam 415 kişiye ulaşılmıştır. Sağlık hizmeti kullanımları son bir yıl içinde yapılan “acil servise başvuru sayısı”, “poliklinik başvurusu sayısı”, “klinik yatış sayısı”, “aile hekimine başvuru sayısı”, “özel hekime başvuru sayısı”, “diş hekimine başvuru sayısı”, “eczaneye danışma sayısı”, “ilaç harcama tutarı”, “cepten yapılan sağlık harcama tutarı” ölçütleriyle değerlendirilmiştir. Her bir ölçüt için

katılımcıların kendisi ve çocuğu için ayrı cevaplar alınmıştır.

Acil servise başvuru, klinik yatış sayısı, diş hekimine başvuru sayılarında geniş ve çekirdek aileleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Poliklinik, aile hekimliği ve eczaneye danışma sayıları ile ilaç harcama ve cepten yapılan sağlık harcaması tutarlarında çekirdek ailede yaşayan bireylerin geniş ailelerde yaşayanlara göre daha önde oldukları tespit edilmiştir. Bu kriterler açısından çekirdek ailenin daha çok sağlık hizmeti kullandığı ve sağlık harcaması yaptığı söylenebilir. Özel hekime başvuru sayısında ise geniş ailelerin çekirdek ailelere göre daha önde oldukları tespit edilmiştir.

Türk toplumu geçmişten günümüze süregelen geleneksel yapısı sayesinde büyük ebeveynler, diğer aile fertleri bilhassa torunlar/çocuklar için manevi bir doyum kaynağıdır. Bu çalışmada ortaya çıkan geniş ailelerdeki sağlık hizmeti kullanımının çekirdek ailelere göre (özel hekime başvuru sayısı hariç) daha düşük olması, aile içerisinde yaşayan büyük ebeveynlerin (anneanne, babaanne, dede vb.) varlığına bağlanabilir. Geniş ailede yaşayan bireylerin “büyük ebeveyn etkisi” ile çekirdek ailede yaşayan bireylere kıyasla daha az sağlık hizmeti kullandığı ve daha az ilaç harcaması ve cepten sağlık harcaması gerçekleştirdiği tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçları bir bütün olarak göz önünde bulundurulduğunda, büyük ebeveyn etkisiyle geçmiş zamanlara ait tecrübelerin ve GETAT uygulamalarının komplike bir durum içermeyen, nispeten daha basit hastalıklarda sıklıkla kullanılabildiği görülmekte, sevk zinciri, sağlık hizmeti kullanımı ve harcamalarının daha etkin ve verimli kullanımı açısından sağlık bakanlığı tarafından onaylı uygulamaların kullanımı önerilmektedir.

REFERENCES

- Aday, L.A. and Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Andersen, R. and Newman, J.F. (1973). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51(1), 95-124.
- Başol, E. (2015), Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Bozkaya, R. Z. (2017). Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Cepten Sağlık Harcamaları ve 2050 Yılı İçin Projeksiyon, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği. Tezli Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Creasey, G L.; Myers, B.J.; Epperson, M.J. and Taylor, J. (1989). Grandchildren of Grandparents with Alzheimer’s Disease: Perceptions of Grandparents, Family Environment, and the Elderly. *Merrill-Palmer Quarterly*, 35, 227-237.
- Çil, A. (2013). İsrail’de Toplumsal Yapı: Evlilik ve Aile. Marmara Üniversitesi Ortadoğu Araştırmaları Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dedeli, Ö. ve Karadakovan, A. (2011). Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi, *Spatula DD*, 1(1), 23-32.
- Efe, D.; Kılıç Akça, N.; Kiper, S.; Aydın, G. ve Gümüş, K. (2012). Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD*, 2(4), 207-212.
- Giddens, A. (2000). *Sosyoloji*. Ankara: Ayraç Yayınevi.
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Karabekiroğlu, S.; Öncü, E.; Kaplanoğlu, K. ve Ünlü, N. (2015). Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi. *Selçuk Dental Journal*, 2, 58-64.
- Morgan, C.T. (2009). *Psikolojiye Giriş*. Konya: Eğitim Akademi Yayınları.
- Newhouse, J.P. (1977). Medical Care Expenditure: A Cross-National Survey. *Journal of Human Resources*, 12, 115-25.
- Ngwakongnwi, E. (2017). Measuring Health Services Utilization in Ethnic Populations: Ethnicity and Choice of Frameworks. *Public Health Open J*, 2(2), 53-58.
- Özkalp, E. (2015). *Sosyolojiye Giriş*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Öztunç, H.; Haytaç, M.C.; Özmeriç, N.; Uzel, B. (2000). Adana İlinde 6-11 yaş Grubu Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Durumlarının Değerlendirilmesi. *G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1-6.
- Öztürk, B. (2009). Bingöl İli Örneğinde Geniş ve Çekirdek Aile Yapılarında Anne-Çocuk İlişkisinin İncelenmesi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Pulgaron, E.R.; Marchante, A.N.; Agosto, Y.; Lebron, C.N. and Delamater, A.M. (2016). Grandparent Involvement and Children’s Health Outcomes: The Current State of the Literature. *Families, Systems and Health*, 34(3), 260-269.
- Sağkal, T.; Demiral, S.; Odabaş H. ve Altunok, E. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27(1):19-26.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bakanlığı, Ankara. https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096_turkcesiydijiv1pdf.pdf?0 (20.01.2020).
- Scheppers, E.; Van Dongen, E.; Dekker, J.; Geertzen, J. and Dekker, J. (2006). Potential Barriers to the Use of Health Services Among Ethnic Minorities: A Review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004), Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara.

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2007). Using Multivariate Statistics. Pearson International. 5. Baskı. Boston, MA: Pearson.

The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine. (2018). Factors

That Affect Health-Care Utilization. Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination.

Tutar, H. (2013). Tutumlar ve Davranışlar. Davranış Bilimleri Kavramlar ve Kuramlar, Ankara: Seçkin Yayıncılık.