

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM: KADINLARIN
MEME VE RAHİM KANSERİ TARAMA
HİZMETLERİNE ERİŞİMİNE YÖNELİK BİR NİTEL
ÇALIŞMA**

DOKTORA TEZİ

Şafak KIRAN

ORCID: 0000-0003-4805-0464

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

ORCID: 0000-0002-2899-6722

TEMMUZ – 2023

Şafak KIRAN tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadınların Meme ve Rahim Kanseri Tarama Hizmetlerine Erişimine Yönelik Bir Nitel Çalışma” başlıklı bu tez, 22/06/2023 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Mahmut Akbolat
Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Cemal SEZER
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa Cahit UNGAN
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Sedat BOSTAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi



SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

İŞLETME ENSTİTÜSÜ

TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK
BEYAN FORMU

Sayfa : 1/1

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Şafak KIRAN
Öğrenci Numarası	:	d189047002
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	<input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadınların Meme ve Rahim Kanseri Tarama Hizmetlerine Erişimine Yönelik Bir Nitel Çalışma
Benzerlik Oranı	:	% 2

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

14/ 07 / 2023

Şafak Kıran

Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbtez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Tarih: 14/ 07 / 2023

İmza:

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

Enstitü Birim Sorumlusu
Onayı

EYK Tarih ve No: / / 20.... -

ÖNSÖZ

Akademik kariyerimin ilk başında tanıdığım, akademik bilgi birikimi, engin tecrübesi ve hoşgörüsüyle korkmadan eleştirebilmeyi ve eleştirilmeyi bana öğreten, tez sürecimin başından sonuna kadar benden her anlamda desteğini esirgemeyen, hatalarıma sabır gösteren ve bir danışman olmasından da öte manevi babam, değerli hocam sayın Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a tüm içtenliğimle saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Akademisyenlik kariyerimin baş mimarı, beni bu tercihin zorluklarına rağmen en başta teşvik eden, tüm zorluklarımı kolaylaştırmak için fedakârlık göstermeye, uzun mesailerime ve bu süreçte yaşadığım strese rağmen bana sabır gösterip beni rahatlatmaya gayret gösteren eşim Hanife KIRAN'a, beni birçok akşam geç de gelsem heyecanla bekleyen ve bana tüm zorluklara katlanma ve dayanma gücü veren sevgili oğlum Ahmet Seyit KIRAN ve kızım Süheyla KIRAN'a ve bu yaşıma kadar varlıklarıyla bana güç veren annem Fatma KIRAN, babam Ahmet KIRAN ve kardeşlerime sonsuz sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Doktora eğitim ve tez sürecinde bana katkı ve destek sağlayan, başta sayın Prof. Dr. Sedat BOSTAN ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Gökhan YILMAZ olmak üzere KTÜ Sağlık Yönetimi bölümü hocalarıma, özellikle de tez sürecim boyunca uzun çalışma gecelerinde bana eşlik eden kıymetli arkadaşlarım Arş. Gör. Ferit SEVİM ve Dr. Öğr. Üyesi Osman ŞENOL'a, ayrıca tavsiyeleriyle bana önemli bir fayda sağlayan sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ hocama ve burada ismini saymadığım hocalarıma ayrı ayrı teşekkürü borç bilirim.

Son olarak tez için gerekli verileri elde etmemde benden yardımlarını esirgemeyen Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı personeli sayın Yasemin YEŞİLİRMAK'a, Çukurçayır Aile Sağlığı Merkezi personeli sayın Uzm. Dr. Ömer ERTEM'e ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi birimi personellerine ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Şafak KIRAN

22.06.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iv
TABLolar	v
ŞEKİLLER	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
1.1. Sağlık Hizmetine Erişim Nedir?	9
1.1.1. Potansiyel ve Fiili Erişim	13
1.1.2. Kullanıma Uygunluk	14
1.1.3. Erişilebilirlik	14
1.1.4. Uyumluluk	15
1.1.5. Satın Alınabilirlik.....	15
1.1.6. Kabul Edilebilirlik.....	15
1.2. Erişimin Belirleyicileri.....	16
1.2.1. Sağlık Politikası	16
1.2.2. Hizmet Sunum Sistemi Özellikleri.....	17
1.2.3. Bireysel Özellikler	18
1.2.4. Sağlık Hizmet Kullanımı.....	19
1.2.5. Kullanıcı Tatmini	19
BÖLÜM 2: CİNSİYET VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM	20
2.1. Cinsiyet ve Sağlık Hizmetlerine Erişim	20
2.1.1. Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi.....	21
2.2. Cinsiyet ve Sağlık Yaklaşımları.....	22
2.2.1. İlişkisel Teori ve Sağlık Erişimi.....	23
2.2.2. Kesişimsellik Teorisi ve Sağlık Erişimi.....	24
BÖLÜM 3: TEZ ÇALIŞMASININ GEREKÇESİ	26
3.1. Problem Tanımı.....	26
3.2. Literatür Tarama Süreci	28
3.2.1. Bireysel Faktörler.....	30
3.2.2. Sosyokültürel Faktörler	32
3.2.3. Hizmet Sunum Sistemiyle İlgili Faktörler	33

3.2.4. Coğrafi Faktörler	35
3.2.5. Sağlık Politikası ile İlgili Faktörler	36
3.3. Araştırma Sorularının Hazırlanması	37
BÖLÜM 4: YÖNTEM	39
4.1. Araştırmanın Amacı	39
4.2. Araştırma Dizaynı	39
4.2.1. Yöntemin ve Desenin Gerekçesi	40
4.2.2. Örneklem Stratejisi	42
4.3. Veri Toplama Süreci	43
4.3.1. Görüşme Yerin Seçimi	46
4.3.2. Görüşme Süreci	46
4.4. Verilerin Analizi	47
4.5. Geçerlik ve Güvenirlik	49
4.5.1. Üçgenleme Prosedürü	49
4.5.2. Araştırmanın İnanırlılığı	51
4.6. Araştırma Etiği	53
BÖLÜM 5: BULGULAR	54
5.1. Katılımcıların Özellikleri	54
5.2. Tema ve Kategorilerin Özellikleri	56
5.2.1. Bireysel Özellikler	58
5.2.1.1. Sağlık İnanıcı	59
5.2.1.2. Bilgi ve Farkındalık	61
5.2.1.3. Deneyim	62
5.2.1.4. Motivasyon	63
5.2.1.5. Çalışma Hayatı	63
5.2.1.6. Maddi Durum	64
5.2.1.7. Hastalık Öyküsü	64
5.2.2. Hizmet Sunum Sistemi	65
5.2.2.1. Bekleme Süreleri	65
5.2.2.2. Tutum ve Davranışlar	67
5.2.2.3. Güven	68
5.2.2.4. Kullanılabilirlik	69
5.2.2.5. Beklentilerin Karşılanması	69
5.2.3. Çevresel ve sosyokültürel yapı	69
5.2.3.1. Hizmet Sunucu Cinsiyet Tercihi	70

5.2.3.2. Utanma	70
5.2.3.3. Dini İnanç.....	71
5.2.3.4. Aile Desteği.....	71
5.2.3.5. Sorumluluklar.....	71
5.2.3.6. Pandemi.....	72
5.2.4. Psikolojik Özellikler.....	72
5.2.4.1. Korku	72
5.2.4.2. Kaygı	73
5.2.5. Coğrafi özellikler	74
5.2.5.1. Mesafe	74
5.2.5.2. Ulaşım	74
5.2.6. Sağlık politikası.....	75
5.2.6.1. Sağlık Eğitimi	75
5.2.6.2. Finansman	75
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
KAYNAKÇA	87
EKLER.....	111
ÖZGEÇMİŞ.....	123

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GCO	: The Global Cancer Observatory
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
TAH/BSO	: Total Abdominal Histerektomi/Bilateral Salpingooferektomi

TABLÖLAR

Tablo 1: Anket Uygulanan Kadınlara İlişkin Bilgiler	54
Tablo 2: Görüşme Yapılan Kadınlara Ait Bilgiler	56
Tablo 3: Tema, Kategori ve Kodlama Yapısı	57

ŞEKİLLER

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kavramsal Modeli	12
Şekil 2: PRISMA Akış Şeması	29
Şekil 3: Meme ve Rahim Kanseri Taramasına Erişim Modeli (Literatüre Dayalı).....	38
Şekil 4: Meme ve Rahim Kanseri Taramasına Erişim Modeli (Araştırma Kapsamında)	58
Şekil 5: Bireysel Özellikler Teması	59
Şekil 6: Sağlık İnancı Kategorisi	59
Şekil 7: Bilgi ve Farkındalık Kategorisi	61
Şekil 8: Hizmet Sunum Sistemi	65
Şekil 9: Bekleme Süreleri Kategorisi	66
Şekil 10: Tutum ve Davranışlar Kategorisi	67
Şekil 11: Çevresel ve Sosyokültürel Yapı	70
Şekil 12: Psikolojik Özellikler	72
Şekil 13: Coğrafi Özellikler	74
Şekil 14: Sağlık Politikası.....	75

ÖZET

Kıran, Ş. (2023). *Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadınların Meme ve Rahim Kanseri Tarama Hizmetlerine Erişimine Yönelik Bir Nitel Çalışma* (Yayımlanmamış doktora tezi). Sakarya Üniversitesi.

Kansere bağlı ölümler arasında kadınlarda ilk sırada meme kanseri dördüncü sırada ise rahim kanseri yer almaktadır. Dünya genelinde ise meme kanseri ikinci sırada rahim kanseri ise yedinci sırada kanser ölümlülüğünün nedenleri arasındaki önemlerini korumaktadır. Pek çok ülkede önemli bir halk sağlığı müdahalesi olarak bu kanser türlerine bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak için kanser tarama programları yürütülmektedir. Ancak tarama programlarının etkinliği büyük oranda kadınların tarama yaptırma motivasyonlarına bağlıdır. Bu bağlamda meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim son yıllarda araştırmacıların üzerinde durduğu önemli konulardan biri haline gelmiştir. Bu nitel tez çalışmasının amacı, kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak erişimi zorlaştırıcı veya kolaylaştırıcı durumları keşfetmektir.

Çalışma temel nitel araştırma desenine göre yürütülmüştür. Bu kapsamda Trabzon iline bağlı bir aile sağlığı merkezi ve bir Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezine başvuran 19 kadınla bireysel ve altı kadınla odak görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Görüşme için kavramsal çerçeve ve literatürden yararlanılarak oluşturulan yarı-yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır. Görüşmeler katılımcının onayı alındıktan sonra ses kayıt cihazı ile kaydedilerek kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür. Elde edilen metinler her görüşmenin ardından deşifre edilerek araştırma soruları geliştirilmiştir. Görüşmeler araştırmacı tarafından yeni cevaplar gelmediği anlaşılan kadar devam etmiştir. Metinlerin analizinde NVivo 12 nitel analiz programı kullanılmıştır. Elde edilen metinlere, NVivo 12 nitel analiz yazılımı kullanılarak temaları, kategorileri ve kodları belirlemek için içerik analizi uygulanmıştır.

Çalışma kapsamında elde edilen model altı tema ve 24 kategori altında toplanmıştır. Temalar kodlama sıklıklarına göre kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran durumlar hakkındaki görüşlerini içeren “bireysel özellikler”, “hizmet sunum sistemi”, “psikolojik özellikler”, “çevresel ve sosyokültürel yapı”, “coğrafi özellikler” ve “sağlık politikasından” oluşmaktadır. Bireysel özellikler teması kapsamında genel olarak kadınlar kendilerinde risk görmemeleri nedeniyle tarama yaptırmaya gerek duymadıklarını belirtmiştir. Hizmet sunum sistemi teması kapsamında kadınlar en çok bekleme süreleri ve hizmet sunucunun tutum ve davranışları gibi konuların genel olarak taramaya erişimi zorlaştırıcı yönleri hakkında görüş bildirmiştir. Psikolojik özellikler teması kapsamında kadınların çoğu tarama öncesi, tarama süreci ve tarama sonrası korku ve kaygılarını dile getirmiştir. Çevresel ve sosyokültürel yapı teması kapsamında kadınlar genel olarak hizmet sunucu cinsiyetinin, coğrafi özellikler teması kapsamında mesafe ve ulaşımın ve sağlık politikası teması kapsamında ise finansman ve sağlık eğitiminin taramaya erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı yönleri hakkındaki görüşlerini ifade etmiştir.

Sonuç olarak elde edilen bulgular literatürde yer alan araştırmalarla benzerlik ve farklılıklar göstermiştir. Bu çalışmaya özgü ortaya çıkan önemli bulgulardan bazıları kadınların kanser ve tarama hizmetleri hakkındaki doğru bildikleri yanlışlar, olumsuz doğum deneyimleri nedeniyle ortaya çıkan jinekolojik masa korkusu ve özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınlar için yaz mevsiminde mevsimsel göçün başlaması ve tarımsal faaliyetlerin artması nedeniyle taramaya erişimde güçlük yaşamalarıdır. Bu nedenle araştırmacıların bu konuda farklı bağlamlarda çalışmalar yapması, politika yapıcılarının finansman, eğitim, iş gücü, tedarik ve personel eğitimlerine yönelik konularda iyileştirme yapması ve uygulayıcıların hasta merkezli hizmet sunumuna özen göstermesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın Sağlığı, Meme Kanseri Taraması, Rahim Kanseri Taraması, Halk Sağlığı, Sağlık Hizmetlerine Erişim

ABSTRACT

Kiran, Ş. (2023). *Access to Health Services: A Qualitative Study on Women's Access to Breast and Cervical Cancer Screening Services* (Unpublished doctoral thesis). Sakarya University.

Breast cancer is the leading cause of cancer-related fatalities in women, followed by cervical cancer. Breast cancer is the second leading cause of cancer-related deaths globally, and cervical cancer is the seventh. As a crucial public health measure, several nations have cancer screening programs to lower the mortality and morbidity linked to certain cancer forms. The keen interest of women to have screening, however, has a significant impact on the success of screening programs. In this setting, researchers' attention has recently turned to access to breast and cervical cancer screening programs as one of the key challenges. This qualitative thesis seeks to examine how women perceive the barriers to and facilitators of access to services for breast and cervical cancer screening.

The study was conducted using a basic qualitative research design. Individual interviews were conducted with 19 women attending a primary healthcare center and six women attending a Cancer Early Detection, Screening, and Education Center in Trabzon province. A semi-structured interview form was developed based on the conceptual framework and literature and used for the interviews. After obtaining the participant's consent, the interviews were recorded using an audio recording device and transcribed verbatim. The obtained texts were analyzed using NVivo 12 qualitative analysis software, applying content analysis to identify themes, categories, and codes.

Within the scope of the study, the resulting model was categorized into six themes and 24 subcategories. The themes included "individual characteristics," "service delivery system," "psychological characteristics," "environmental and sociocultural factors," "geographical characteristics," and "health policy," representing women's perspectives on factors that either hinder or facilitate their access to breast and uterine cancer screening services. Under the theme of individual characteristics, women generally expressed not feeling the need for screening due to the absence of perceived risks. Within the service delivery system theme, women shared their views on factors such as waiting times and behaviors of healthcare providers which generally hindered their access to screening. Under the theme of psychological characteristics, most women expressed their fears and anxieties before, during, and after the screening process. Regarding environmental and sociocultural factors, women commonly mentioned the gender of service providers; geographic characteristics encompassed the aspects of distance and transportation, while health policy referred to issues of funding and health education hindering and facilitating access to screening services.

In conclusion, the findings of this study demonstrated similarities and differences compared to existing research in the literature. Some of the significant findings specific to this study included women's misconceptions about cancer and screening services, gynecological table fear arising from negative childbirth experiences, and the difficulty in accessing screening services for women, especially in rural areas, due to seasonal migration during the summer and increased agricultural activities. Therefore, it is recommended that researchers conduct further studies in different contexts, and policymakers make improvements concerning funding, education, workforce, supply, and personnel training.

Keywords: Women's Health, Breast Cancer Screening, Cervical Cancer Screening, Public Health, Access to Health Services

GİRİŞ

Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. 2020 yılında 2,3 milyondan fazla yeni vaka ve 685.000 ölüm meydana gelmiştir (Arnold vd., 2022; GLOBOCAN, 2020). Gelişmiş ülkelerde daha sık görülen meme kanserinin görülme sıklığı, gelişmekte olan ülkelerde de artmaktadır (Unger-Saldana, 2014). Hastalığın tedavisi, cerrahi müdahale, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemleri içerebilmektedir. Ancak bu yöntemler hastalar üzerinde maddi ve manevi yıkıcı etkilere neden olmaktadır (Kale ve Carroll, 2016; Markovitz vd., 2015). Buna karşın meme kanseri taraması için kullanılan mamografi, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi yaygın yöntemler daha az yıkıcı etkiye sahiptir. Bununla birlikte meme kanseri taraması, meme kanserinin erken teşhis edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Erken teşhis, tedavi şansını artırmakta ve meme kanseri nedeniyle kaybedilen yaşamları azaltmaktadır (Wang, 2017).

Dünya genelinde meme kanserinden sonra kadın kanserleri arasında en sık görülen kanser türlerinden biri de rahim kanseridir. Küresel kanser istatistiklerine göre 2020 yılında dünya genelinde 417.000 kadına rahim kanseri teşhisi konulmuş ve 97.000 kadın bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir (GLOBOCAN, 2020). Rahim kanseri tedavisinde de meme kanseri tedavisinde olduğu gibi cerrahi müdahale, radyoterapi ve kemoterapi gibi yıkıcı etkilere sahip yöntemler uygulanmaktadır (Cohen vd., 2019). Buna karşın Pap smear testi veya HPV (insan papilloma virüsü) gibi tarama yöntemleri daha az yıkıcı etkilere sahiptir. Ayrıca, rahim kanseri taramaları, kanserin erken evrelerinde teşhis ve tedavi edilmesine yardımcı olmaktadır (Bedell vd., 2020). Bu önemlerine rağmen pek çok ülkede meme ve rahim kanseri tarama oranları istenen düzeye ulaşamamıştır. Bu nedenle son zamanlarda pek çok araştırmacı kadınların tarama hizmetlerine erişim sorunları üzerine çalışmalar yapmaktadır (Binka vd., 2019; Darj vd., 2019; Dsouza vd., 2020; Marzouq Muhanna ve Floyd, 2019; Matenge ve Mash, 2018; Ragan vd., 2018).

Erişim kavramı çok boyutlu bir kavramdır. 1960'lı yıllarda ilk olarak finansman kapsamının yetersiz olması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sorunları üzerinde durulmuştur. Zamanla yeni ihtiyaç ve gelişmeler ortaya çıkmış ve erişim kavramı politika, sosyokültürel yapı ve hizmet sunum sistemi gibi olgularla açıklanmaya başlanmıştır. İlk olarak Aday ve Andersen (1974) tarafından geliştirilen kavramsal model sağlık hizmetlerine erişimin çok boyutlu yapısını ortaya koymaktadır. Modele göre erişim

belirli süreçleri ve bu süreçlerin sonunda oluşan çıktıları ifade etmektedir. Süreçler sağlık politikası, hizmet sunum sistemi ve bireysel özelliklerden oluşmaktadır. Sağlık politikası, erişimin artırılması için eğitim, finansman ve iş gücü gibi makro konularda müdahale önermelerini içermektedir. Hizmet sunum sistemi ise kaynaklar ve bu kaynakların tahsisi yoluyla bireyin sistem girişini kolaylaştıran özellikleri içermektedir. Modele göre bu süreçlerin çıktılar (hizmet kullanımı ve tatmin) üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri söz konusudur (Aday ve Andersen, 1974; Klein vd., 1999).

Sağlık hizmetlerine erişimi birey ve sistem özellikleri arasındaki bir uyum alanı olarak ele alan sonraki temel yaklaşımlardan biri Penchansky ve Thomas (1981) tarafından ortaya koyulmuştur. Modelin, daha önce Aday ve Andersen (1974) tarafından önerilen modelin psikometrik özelliklerini ele aldığı görülmektedir. Bu kapsamda erişimi birey ve sistem arasındaki uyum alanını temsil eden beş boyutla açıklamaktadır. Bu boyutlar kullanıma uygunluk, erişilebilirlik, uyumluluk, satın alınabilirlik ve kabul edilebilirlik olarak sınıflandırılmıştır.

Literatürde yer alan çalışmalar genel olarak kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim konusunda yaşadıkları güçlükleri sağlık politikası (Jin vd., 2019; Jin vd., 2017; Kirch vd., 2012; Yao vd., 2020), hizmet sunum sistemi (Farooqui vd., 2013; Ragas vd., 2014), coğrafi yapı (Merten vd., 2015), psikososyal özellikler (Chorley vd., 2017; Ndikom ve Ofi, 2012), sosyokültürel yapı (Logan ve McIlpatrick, 2011; Lovell vd., 2007; Ragan vd., 2018) ve bireysel özellikler (Ndukwe vd., 2013; Ramjan vd., 2016; Yang vd., 2019) temelinde ele almaktadır. Sağlık politikasıyla ilgili güçlükler eğitim, finansman ve iş gücü gibi alanlardaki etkili kararların erişim üzerindeki etkisini içermektedir (Dsouza vd., 2020; Matenge ve Mash, 2018; Ragas vd., 2014). Hizmet sunum sistemiyle ilgili zorluklar bekleme süreleri, çalışanların tutum ve davranışları, güven, kaynaklar ve bu kaynaklara erişim gibi faktörlerle ilişkilidir (Cohen vd., 2016; Peters ve Cotton, 2016). Coğrafi yapı hizmet sunucuya uzaklık ve ulaşım araçlarıyla ilgili zorlukları kapsamaktadır (Bateman vd., 2019; Fletcher vd., 2014; Onyenwenyi ve Mchunu, 2018). Psikososyal özellikler tarama süreci veya sonrası için duyulan korku ve kaygıları ifade etmektedir (Granado vd., 2014; Tejada vd., 2009). Sosyokültürel yapı utanma, damgalanma, cinsiyet tercihi ve inanç nedeniyle algılanan zorlukları içermektedir (Binka vd., 2019; Darj vd., 2019; Markovic vd., 2005). Bireysel özellikler ise en çok üzerinde durulan konu olarak eğitim, yaş, cinsiyet, maddi durum ve sağlığa

yönelik tutum ve davranışlarla ilgilidir (Dsouza vd., 2020; Greibe Andersen vd., 2020; Kue vd., 2014; Marzouq Muhanna ve Floyd, 2019; Mele vd., 2005; Pieters vd., 2011).

Bu çalışma ile kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetine erişim hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı durumların tespiti ve bu tespite dayalı olarak akademik camiaya, uygulayıcılara ve politika yapıcılara erişim önündeki engelleri ortadan kaldırmaya ya da etkilerini azaltmaya yönelik öneriler sunulması hedeflenmektedir.

Tez temelde altı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde tezin ana konusu olan sağlık hizmetlerine erişim kavramı incelenmektedir. Kavramı açıklarken farklı araştırmacılar tarafından ileri sürülen tanım ve modeller tartışılmaktadır. Bu bağlamda ele alınan temel yaklaşımlardan biri Aday ve Andersen (1974) tarafından oluşturulan kavramsal erişim modelidir. Bu model temelde erişimi sağlık politikası, hizmet sunum sistemi özellikleri, bireysel özellikler, hizmet kullanımı ve kullanıcı tatmininin bir fonksiyonu olarak açıklamaktadır. Bir diğer yaklaşım Penchansky ve Thomas (1981) tarafından tanımlanan erişim boyutlarıdır. Bu boyutlar erişimi kullanıcı tarafından algılanan yönleriyle tartışan beş boyutu içermektedir.

İkinci bölümde tezin analiz birimi olan kadınların cinsiyetleri nedeniyle sahip oldukları dezavantajların erişime sıkça konu olmasından yola çıkarak sağlıkla ilişkili cinsiyet yaklaşımları ele alınmıştır. Bu bağlamda, cinsiyet konusundaki genel literatür ile cinsiyet rollerinin ve hanedeki karar verme normlarının sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri yapılan araştırmalarla birlikte desteklenerek incelenmektedir. Bu kapsamda tartışılan yaklaşımlardan biri Connell (2012) tarafından cinsiyet ve sağlık konusunu açıklamada en uygun çerçeve olarak görülen cinsiyet-ilişkisel yaklaşımdır. Bir diğer yaklaşım, Crenshaw (1991) tarafından cinsiyetle kesişen bir dizi faktörün (yaş, eğitim, kültür, etnisite gibi) sağlığa erişimi nasıl etkilediğini açıklamada yararlanılan kesişimsellik yaklaşımıdır.

Üçüncü bölümde tez çalışmasının gerekçesi açıklanmaktadır. Bu bölümde tez konusunun seçilme gerekçesini açıklamak üzere problem tanımı, literatür incelemesi ve araştırma sorularının nasıl belirlendiği üzerinde durulmaktadır. Bu tez çalışmasının odağı doğrultusunda öncelikle Türkiye’de yürütülen araştırma bulguları özetlenmiştir. Yapılan araştırmalar Türkiye’de tarama hizmetlerinden yeterince yararlanılmadığını göstermesine karşın nedenleri hakkında detaylı bilgi sağlamamaktadır. Bu nedenle bu bölümde

kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimlerini engelleyen durumları ortaya koymak üzere uluslararası literatüre yönelik sistematik inceleme sonuçları sunulmuştur. Bu kapsamda kadınların deneyimlerini içeren tanımlayıcı çalışmalar derinlemesine incelenmiş, araştırma modeli temellendirilmiş ve araştırma soruları oluşturulmuştur.

Dördüncü bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmıştır. Bu bölümde, araştırmanın amacına yönelik geliştirilen sorular; katılımcıların seçimi, nitel yöntemin neden benimsendiği; veri toplama – derinlemesine görüşmenin gerekçesi ve veri analiz yöntemi ayrıntılı bir biçimde açıklanmıştır.

Beşinci bölümde araştırmanın bulguları sunulmuştur. Bu bölümde kadınların meme ve rahim kanseri ve taramalar hakkında ne bildiklerini, sağlık inançlarını, taramaya katılmalarını zorlaştıran ve kolaylaştıran durumlar hakkında ne düşündüklerini keşfetmek amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Sonuç ve öneriler bölümünde ise çalışmanın bulguları literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmaktadır. Bu tartışmalar ve tezin sonuçlarından yararlanılarak araştırmacılara, politikacılara ve uygulayıcılara çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmanın Amacı, Problemi ve Soruları

Meme ve rahim kanserine bağlı mortalite ve morbidite önemli bir halk sağlığı problemidir. Problemin çözümü için toplum tabanlı ve fırsatçı tarama programları ülkeler için iki temel önleme yöntemi olarak görülmektedir. Ancak tarama programlarının başarıya ulaşması için hastaların uygun bir taramaya katılma motivasyonuna sahip olması gerekmektedir. Daha açık bir ifade ile kadınların taramaya erişimin önündeki olası tüm engeller ortadan kaldırılmalıdır. Bu çalışmada erişimin önündeki sorunları tespit etmek için kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşleri nitel araştırmaya dayalı olarak incelenmektedir. Diğer bir ifadeyle tarama yaptırımlarına engel olarak gördükleri olumsuzlukların yanı sıra onları tarama yaptırıma yönlendiren motivasyon faktörleri ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada öncelikle kapsamlı ve sistematik bir yaklaşımla literatür incelemesi gerçekleştirilmiş ve bu inceleme sonucunda cevaplanma gereği ortaya çıkan aşağıdaki dört temel soruya cevap aranması öngörülmüştür:

1. Kadınlar meme/rahim kanseri ve tarama hizmetleri hakkında neler biliyor?
2. Meme/rahim kanseri ve taramaya yönelik tutum ve davranışları nasıldır?

3. Tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran durumlar nelerdir?
4. Tarama hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran durumlar nelerdir?

Araştırmanın Önemi

Sağlık hizmetlerinde erişim, belirli bir bölgedeki toplam nüfusun sağlığının önemli bir geliştiricisi olarak kabul edilmektedir (Kanuganti vd., 2016). Bu sebeptendir ki sağlık politikası ve planlamasının temel amaçlarından biri olan sağlığa erişim (Andersen vd., 1983), bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması temeline dayanmakta ve ulusal ve uluslararası düzeyde belirlenen politik hedefler içerisinde önemli bir yere sahiptir (McGrail, 2012). Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün "herkes için sağlık" politikasında belirlenen 10 küresel hedefin sekizincisi "kapsayıcı, hayati öneme sahip ve yüksek kalitede sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması" şeklinde belirlenmiştir (World Health Organization, 1999). 2003 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, sağlık sistemi hedeflerine yönelik belirlenen sekiz temel bileşenin üçüncüsü "yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi" olarak sağlık hizmetlerinde erişimin önemine işaret etmektedir (Akdağ, 2007). Bunlara ilave olarak Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)) ülkelerinde sağlık politikalarının temel hedefleri arasında sağlık hizmetlerine erişimin teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Docteur ve Oxley, 2003). Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişim, tüm sağlık sistemlerinin önemli bir bileşenidir ve dünyada gelişmekte olan birçok ülkenin hastalık yükü üzerinde direkt etkiye sahiptir (Black vd., 2004). Bununla birlikte sağlık hizmetlerine erişimin incelenmesi sistem performansının daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına katkı sağlayarak kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesini kolaylaştırmaktadır (Black vd., 2004; Kanuganti vd., 2016).

Son yirmi yılda meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim konusuna artan bir ilgi bulunmaktadır. Bu konuda yürütülen araştırmaların büyük çoğunluğunda nitelik olarak açıklayıcı bir yaklaşımı benimsemiştir. Ancak bazı araştırmalar tanımlayıcı bir yaklaşım izleyerek erişim ile ilgili sorunlara yönelik detaylı tanımlamaları keşfetmeye odaklanmaktadır. Hizmete erişim dinamiklerinin farklı toplumlarda bağlamsal olarak değişiyor olması, elde edilen sonuçların çeşitliliğini artırmıştır. Örneğin bazı ülkelerde finansman ve sağlık güvencesi tarama hizmetlerinin önündeki önemli sorunlardan biri olarak görülürken; bazı ülkelerde yaygın sosyal sağlık sigortasının varlığı bu sorunların

daha az bildirilmesiyle sonuçlanmıştır. Özetle tarama hizmetlerine erişim ile ilgili sorunlara yönelik yerel bağlamların incelenmesi önemli bir gereklilik olarak görülmektedir.

Bu tez çalışmasının konusuyla ilgili ulusal literatür incelendiğinde gerek açıklayıcı gerekse de tanımlayıcı çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmüştür. Bu kapsamda Yükseköğretim Kurumu tez ve akademik veri tabanlarında “sağlık hizmetlerine erişim” anahtar kelimesiyle 9 tez, 8 proje, 10 makale ve 22 bildiriye ulaşılmıştır. Bu çalışmaların çoğu sığınmacı ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını belirlemek üzere yürütülmüştür. Buna karşın kadınlara yönelik erişim konusunu ele alan araştırma bulunmamaktadır. “Sağlık hizmet kullanımı” anahtar kelimesi kullanılarak 3 tez, 6 makale ve 6 bildiriye ulaşılmıştır. Bu çalışmaların da çoğunluğunun mülteci veya göçmenlere yönelik olduğu görülmüştür. Ayrıca Google Akademik veri tabanında “mamografiye erişim”, “meme kanseri taramasına erişim” ve “meme kanseri taramasına erişim” anahtar kelimeleriyle herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bununla birlikte “access to health”, “mammography”, “breast cancer”, “cervical cancer”, “screening” anahtar kelimeleri ve kombinasyonlarıyla yapılan arama sonucunda pek çok yabancı dilde araştırmaya ulaşılmıştır. Ancak bu araştırmaların da büyük çoğunluğu nicel desende yürütülmüştür. Özetle uluslararası literatürde tanımlayıcı araştırmaların sınırlı olduğu, bununla birlikte ulusal literatürde ise genel olarak sağlık hizmetlerine erişim, özelde ise kadınların tarama hizmetlerine erişimde karşılaştığı engellere yönelik araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmanın hem ulusal hem de uluslararası literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca derinlemesine kanıt sunması nedeniyle taramaya erişimi artırmak amacıyla yürütülen programların iyileştirilmesi için politikacılara ve uygulayıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada belirtilen amaca ulaşmak için nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmanın örnekleme amaçlı örnekleme yönteminden yararlanarak Trabzon il merkezinde bulunan bir aile sağlığı ve bir Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezine (KETEM) başvuran kadınlardan seçilmiştir. Görüşme için uygun kadınların belirlenmesi amacıyla ön anketler uygulanmıştır. Dahil edilme kriterlerini sağlayan kadınlara araştırmanın amacı, olası yarar ve zararları hakkında bilgi verilerek görüşme için davet edilmiştir. Bu kapsamda 102 kadına anket uygulanmış ve toplam 25 kadınla

(19 derinlemesine görüşme ve 1 odak grup- 6 kişi) görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler mesai saatleri içerisinde yapılma zorunluluğu nedeniyle Haziran 2022 ve Ocak 2023 tarihleri arasında tamamlanabilmiştir. Görüşmeler toplam 526 dakika sürmüştür. Bireysel görüşmelerde her bir görüşmeciye K1,...K19 odak grup görüşmesinde her bir görüşmeciye OG1,...OG6 olarak rumuz verilmiştir.

Görüşmeler yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler katılımcının uygun görüşü alınarak ses kayıt cihazı yardımıyla kayıt altına alınmıştır. Her bir görüşmenin ardından ses kayıtları deşifre edilerek bir Word belgesi üzerinde yazıya dökülmüştür. Elde edilen metinler birden çok kez okunarak araştırma sorularıyla ilgisi kurulmaya çalışılmıştır. Bu süreç belirli görüşmelerden sonra yinelenerek görüşmeler deşifre edilmiş ve bir sonraki görüşmenin analizine geçilmiştir. Bu kodlama stratejisi iki araştırmacı tarafından izlenerek kodlamalar sonucunda yapılan analizler karşılaştırılmış ve uyumsuzluklar araştırmacılar tarafından tartışılarak uzlaşmaya varılmıştır. Analiz ve kodlamalarda NVivo 12 nitel analiz programı kullanılmıştır.

Verilerin analizinde hem tümdengelimsel hem de tümevarımsal analize uygun olması nedeniyle yönlendirilmiş içerik analizi tercih edilmiştir. Ayrıca geçerlik ve güvenilirliği artırmak için açık ve gizli içerik analizinden yararlanılmıştır.

Araştırmada geçerliğin sağlanmasında üçgenleme prosedüründen yararlanılmıştır. Bu kapsamda yöntem-içi üçgenleme, araştırmacı üçgenleme ve teori üçgenleme prosedürleri benimsenmiştir. Bununla birlikte güvenirliliğin, diğer bir ifadeyle araştırmanın inandırıcılığının artırılması için araştırma tasarımı, veri toplama ve analiz süreçlerinde inanılrlık, aktarılablrlık, güvenilebilrlık ve onaylanabilrlık kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk kısıt, örnekleme ile ilgilidir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemine göre katılımcı seçildiğinden ve nitel araştırmanın doğası gereği daha küçük bir örnek grubuyla çalışılmak zorunda kalındığı için elde edilen bulgular genellenememektedir. Bu çalışmanın ikinci önemli kısıtı, görüşmelerin sağlık tesisinde yapılmış olmasıdır. Katılımcılar görüşlerini belirtirken hizmet sunucunun veya tesisin herhangi bir özelliğinden etkilenmiş olabilirler.

Araştırmadaki bir diğer kısıt, veri toplama yöntemiyle ilgilidir. Çalışmada veri toplamak için bireysel ve odak grup görüşmelerinden yararlanılmıştır. Odak grup görüşmelerinde

bazı kadınlar, grup içinde deneyimlerini aktarmaktan veya onları farklılaştırmaktan kaçınabilmektedir. Bununla birlikte deneyimler veya görüşler paylaşılırken bazı kadınlar, kendilerinden önce söylenenleri tekrarlamış olabilmektedir. Bireysel görüşmelerde ise katılımcılar mahremiyetlerine yönelik kaygıları nedeniyle bazı görüş ve deneyimlerini aktarmaktan çekinebilmektedir. Ancak araştırmada kadınlara mahremiyetleri hakkında kaygı duymalarına neden olacak özel sorular sorulmamaya özen gösterilmiştir. Bu nedenle araştırmacıda kadınların herhangi bir bilgi ya da görüş sakladığı izlenimi oluşmamıştır.

Araştırmanın son kısıtı katılımcı seçimiyle ilgilidir. Bu çalışmanın amacı özellikle kadınların meme ve rahim kanseri taramalarına erişim hakkındaki görüşlerini incelemektir. Nitel bulguların yorumunda karmaşadan kaçınmak ve belirli bir olguya doğrudan maruz kalan kişilerin görüşlerine odaklanmak için araştırmaya erkeklerin ve sağlık çalışanlarının bakış açısı dahil edilmemiştir.

BÖLÜM 1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde sağlık hizmetlerine erişim kavramının açıklanmasına yönelik genel bir çerçeve sunulmaktadır. Bu kapsamda erişim kavramı, çeşitli erişim tanımları, erişimin belirleyicileri ve erişimin boyutları hakkında genel tanım ve sınıflandırmalar tartışılmaktadır.

1.1. Sağlık Hizmetine Erişim Nedir?

Sağlık hizmetlerine erişimi tanımlama ve sınıflandırmayla ilgili çalışmalar, 1960'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu dönemde ortaya koyulan çalışmalarda erişim farklı yönleriyle ele alınıp tartışılmaktadır. Erişim konusunda ilk öne çıkan faktör finans olarak kabul edilmektedir ve uygun koşullarda sağlanmayan finans erişimin önündeki en önemli engel olarak görülmektedir (Fox, 1972). Bu nedenle erişimi açıklarken yapılan tanımlar genel olarak bireyin sosyo-ekonomik statüsü (Bice vd., 1972) ve sağlık hizmeti karşılığında ödeme kabiliyeti (Kehrer, 1972) gibi finansal faktörleri içermektedir. Ancak erişim yalnızca finansal faktörlerle açıklanamayacak kadar geniş bir kavramdır (Andersen vd., 1983). Öyle ki daha sonra yapılan tanımlarda uygun bir erişim için sağlık sistemi, bireyin kendisi ve yaşadığı çevrenin özelliklerine de vurgu yapılmıştır. Öte yandan literatürde bazı araştırmacıların bireye ve sisteme yönelik özelliklere dayalı bir model önermesi ile açıkladıkları erişim (Aday ve Andersen, 1974), bazıları araştırmacılar tarafından birey ve sisteme yönelik özelliklerin etkileşimiyle ortaya çıkan bir uyum alanı olarak kabul edilmektedir (Khan ve Bhardwaj, 1994; Penchansky ve Thomas, 1981). Bu durum zaman zaman erişim kavramının araştırmacılar tarafından karmaşık (Higgs vd., 2001; Levesque vd., 2013), anlaşılması zor (Goddard ve Smith, 2001; Khan ve Bhardwaj, 1994) ve çok boyutlu (Andersen vd., 1983; Higgs vd., 2001; Russell vd., 2013) bir kavram olarak nitelendirilmesine neden olmuştur. Bununla birlikte erişimin toplumlara göre farklılık göstermesi, hem sistem özellikleri hem de toplum özellikleri tarafından şekillenen bir kavram olması (Higgs vd., 2001) ve nihai olarak bu durumların da etkisi ile farklı şekillerde tanımlanmasından (Levesque vd., 2013; McGrail, 2012) kaynaklanmaktadır. Örneğin, özel sağlık finansmanını benimseyen bir ülkede erişimi tanımlarken hizmeti satın alma yeteneği vurgulanırken yaygın sosyal sağlık finansmanını benimseyen bir ülkede hizmet kalitesi ve tatmin daha fazla vurgulanabilmektedir.

Erişim bazı araştırmacılar tarafından erişebilirlik, kullanılabilirlik gibi farklı kavramların yerine de kullanılmaktadır (Haggerty vd., 2011; Higgs vd., 2001; Ricketts ve Goldsmith, 2005). Ancak erişim ve bu kavramların birbirlerinin yerine kullanılmasının eksik tanımlamalara neden olduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981; Russell vd., 2013).

Etimolojik olarak erişim, bir yere yaklaşmanın, ulaşmanın veya girmenin bir yolu, ulaşma, kullanma veya ziyaret hakkı veya fırsatı olarak tanımlanmaktadır (Levesque vd., 2013). Ancak sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili farklı görüşler, erişimin farklı tanımlarını ortaya çıkarmıştır. Bu kapsamda bazı erişim tanımları belirli bir nüfusun sağlık sistemine potansiyel ve fiili girişi (Aday ve Andersen, 1981), hasta ve hizmet sunum sistemi arasındaki uyum (Penchansky ve Thomas, 1981), ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini alma yeteneği (Khan ve Bhardwaj, 1994), sağlık hizmetlerine girme ve sağlık hizmetlerinden bakım alma becerilerini etkileyen kolaylaştırma veya engelleme düzeyi (Meyer vd., 2013), doğru yer ve zamanda doğru hizmetin sunulması (Rogers vd., 1999) ve sorunun aciliyetine uygun bir zaman çerçevesi içinde tercih ettiği hizmet sunucudan gerekli bakımı (tavsiye ve destek dahil) alabilme kolaylığı (Haggerty vd., 2011) olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak bu tanımların üç temel görüş etrafında şekillendiği görülmektedir.

İlk görüşte erişim tanımları, hizmet sunum sistemi özellikleri etrafında şekillenmektedir. Buna göre erişimin sağlanması için bireyin hizmet sunum sisteminin coğrafi konumuna, çalışma saatlerine, iş gücü ve ekipman gibi kaynaklarına kolaylıkla erişebilmesi gerekir. Bu kapsamda erişim bir bölgedeki finans ve sağlık sistemine ait kaynakların kullanıma uygunluğu (Aday ve Andersen, 1974), hastaların ihtiyaç duyduğu hizmetlerin uygun yer ve zamanda kullanıma uygunluğu ve sisteme giriş olanağı (Aday, 1976; Bodenheimer, 1970; Freeborn ve Greenlick, 1973) ve sağlık tesisleri ile sağlık personelinin varlığı, bunların kullanımından kaynaklı çeşitli maliyetler, fiili sağlık hizmet kullanımı ve ihtiyaç bazlı sağlık hizmet kullanımı (Andersen ve Aday, 1978) olarak tanımlanmaktadır.

İkinci görüş birey üzerine odaklanan tanımları kapsamaktadır. Fiedler (1981)'e göre erişimden bahsedebilmek için bireysel açıdan bazı ön koşullar yerine gelmelidir. Öncelikle bireyin sağlık hizmetine ihtiyaç duyması gerekir. Diğer bir ifadeyle, bireyin tıbbi müdahale gerektirecek sağlık durumundan haberdar olması gerekir. Bu kapsamda erişim, sağlık ihtiyacının niteliğine göre hizmet kullanımı (Levesque vd., 2013; Waters,

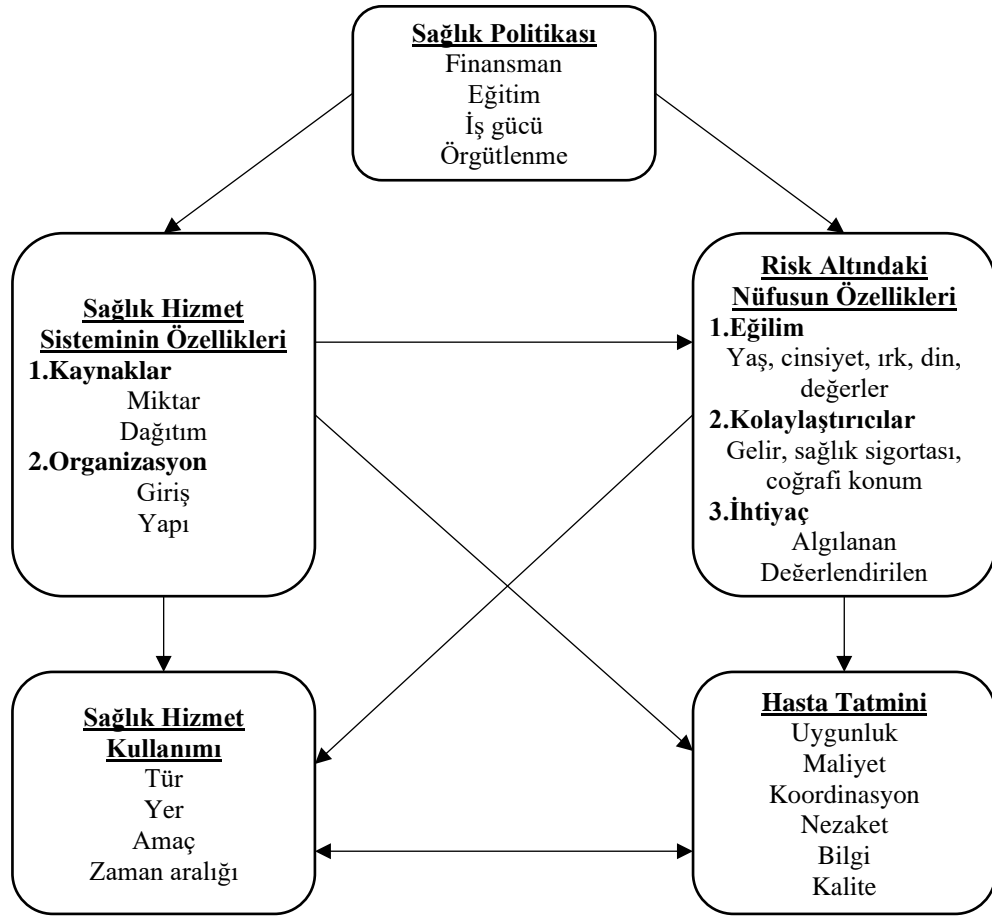
2000) veya mümkün olan en iyi sağlık çıktılarını elde etmek için kişisel sağlık hizmetlerinin zamanında kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Gold, 1998; Smith, 2008).

Üçüncü ve en yaygın olan görüş ise hem sağlık sistemi hem de bireyi erişimin temel objesi olarak gören tanımları içermektedir. Buna göre erişim, belirli bir bölgedeki sağlık hizmet sistemi ve potansiyel kullanıcılar arasındaki etkileşim süreci sonunda ortaya çıkan bir çıktı veya uyum alanı olarak tanımlanmaktadır (Khan ve Bhardwaj, 1994; Panchansky ve Thomas, 1981; Ricketts ve Goldsmith, 2005; Shengelia vd., 2003; Thomas ve Panchansky, 1984). Bu görüşler etrafında yapılan tanımlardan hareketle sağlık hizmetine erişimi “belirli bir nüfusun mevcut sağlık durumundan haberdar olma yeteneğine ve hiçbir engelle takılmadan ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini talebe dönüştürebilecek kaynaklara sahip olması, harekete geçmesi ve hizmet sunum sisteminin tüm nüfusun ihtiyaçlarıyla uyumlu nitelik ve nicelikteki kaynaklarla nüfusun ihtiyacına yönelik hizmet sunarak beklentileri karşılaması” olarak tanımlamak mümkündür.

Erişimin daha detaylı ve kapsamlı açıklanmasını içeren sınıflandırmalarda çeşitli erişim tanımları ifade edilmektedir. Kavramsal açıdan erişimi belirli bir çerçevede ele alan ilk yaklaşımlardan biri Aday ve Andersen (1974) tarafından ortaya koyulmuştur.. Bu yaklaşıma göre erişimi, potansiyel sağlık hizmet kullanıcılarının sisteme girişini kolaylaştıran veya engelleyen faktörlerin (hizmet sunum sistemi özellikleri, bireysel özellikler, politik faktörler) birbirleri arasındaki ilişki ve etkileşimler sonucu ortaya çıkan sonuçlar (hizmet kullanımı, tatmin) olarak tanımlamak mümkündür. Şekil 1’de modelin kavramsal çerçevesi gösterilmektedir. Modele göre erişim belirli süreçleri ve bu süreçlerin sonunda oluşan çıktılarını ifade etmektedir. Süreçler sağlık politikası, hizmet sunum sistemi ve bireysel özelliklerden oluşmaktadır. Modele göre bu süreçlerin çıktılar (sağlık davranışı, hizmet kullanımı ve tatmin) üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri söz konusudur. (Aday ve Andersen, 1974; Klein vd., 1999).

Şekil 1

Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kavramsal Modeli



Kaynak: Aday ve Andersen (1995)

Sağlık hizmetlerine erişimi birey ve sistem özellikleri arasındaki bir uyum alanı olarak tanımlayan diğer yaklaşım Penchansky ve Thomas (1981) tarafından ortaya koyulmuştur. Bu yaklaşım, Aday ve Andersen (1974) tarafından oluşturulan kavramsal erişim çerçevesini psikometrik olarak ele almaktadır. Diğer bir deyişle Aday ve Andersen (1974)'e göre ekonomik erişim gelir ve sağlık sigortasına sahip olmak anlamına gelirken, Penchansky ve Thomas (1981)'a göre birey tarafından algılanan satın alınabilirlik anlamına gelmektedir. Bu açıdan her iki yaklaşım içerisinde yapılan tanımlar birbirine benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Bu kapsamda Aday ve Andersen (1974) tarafından erişimi tanımlamak için kullanılan temel kavramlar potansiyel ve fiili erişim iken, Penchansky ve Thomas (1981) tarafından kullanılan kavramlar kullanıma uygunluk, erişilebilirlik, uyumluluk, satın alınabilirlik ve kabul edilebilirliktir. Aşağıda bu kavramlara ilişkin tanımlar verilirken birbirine benzerlikleri ve farklılıkları tartışılmaktadır.

1.1.1. Potansiyel ve Fiili Erişim

Sağlık hizmetlerine erişim, erişimin belirli süreçlerden ve bu süreçler sonucunda elde edilen çıktılardan oluşması temeline dayanarak potansiyel ve fiili erişim ayrımıyla ele alınmaktadır. Potansiyel erişim olarak adlandırılan erişim süreci, bireyin sağlık sistemine giriş sağlayıp sağlayamadığı ve giriş sağlayanların tatmin olup olmadığını belirleyen hizmet sunum sistemi ve bireysel özellikleri içermektedir. Buna göre en basit anlamda potansiyel erişim, erişimi kolaylaştırıcı kaynakların varlığı olarak tanımlanmaktadır. Daha fazla kaynak hizmet kullanımı için araçlar sağlayarak kullanımın gerçekleşme olasılığını artırmaktadır (Andersen, 1995; Davidson vd., 2004). Bu kaynaklar sağlık sistemi (hastane, sağlık personeli, malzeme vb.) içinde yer alabileceği gibi bireye dair özellikler (gelir, sağlık sigortası vb.) içerisinde de yer almaktadır. Çünkü bireyin sağlık sistemine giriş olasılığı hem hizmet sunum sisteminin yapısal özelliklerinden hem de bireyin istek, kaynak ve ihtiyaçlarından etkilenmektedir (Andersen vd., 1983; Gold, 1998).

Öte yandan potansiyel erişim, hizmet sunucuya uzaklık bakımından coğrafi anlamda potansiyel erişilebilirlik olarak da ifade edilmektedir (Higgs, 2004; Schuurman vd., 2010; Yoshida ve Deichmann, 2009). Coğrafi erişim, bireyin hizmet almak için katlanmak zorunda olduğu mesafe ve zamanın bir fonksiyonu (Aday ve Andersen, 1974; Al-Taiar vd., 2010) veya nüfusun alansal dağılımı ile sağlık tesisleri arzı arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır (Black vd., 2004; Peters vd., 2008). Coğrafi erişim, özellikle düşük ve orta düzeyde gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin değerlendirilmesinde (Peters vd., 2008) kırsal-kentsel erişim farklılıklarının belirlenmesinde (Delamater vd., 2012) ya da spesifik bir bölgede sağlık hizmetine erişim sorununun değerlendirilmesinde (Dummer ve Parker, 2004; Onega vd., 2008) ele alınan bir göstergedir. Potansiyel erişim ile ilgili göstergeler sağlık politikalarının nasıl ve neden oluşturulması gerektiği konusunda önemli bilgiler sağlamaktadır (Andersen, 1978).

Çıktılar, erişim ile ilgili sağlık hizmet sunumunun nihai sonucu olan hizmet kullanımını (hekim muayene sayısı ve hastane başvuru sayısı gibi) ve tatmin düzeyini (hasta memnuniyeti), diğer bir ifadeyle fiili erişimi ifade etmektedir. Fiili erişim, sağlık hizmet kullanımının önemli bir sonucu olan tatmin düzeyini ve hizmet kalitesi ile ilgili diğer sonuçları (nezaket, ilgi, uygunluk, hizmet sunumunun diğer özellikleri gibi) içeren çok yönlü bir kavram olarak ele alınmaktadır (Andersen vd., 1983; Gelberg vd., 2000; Russell

vd., 2013). Sağlık politikalarının etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir araç olan fiili erişim (Andersen, 1978), sağlık hizmet kullanımı ile benzer anlamlarda kullanılabilir (Cabrera-Barona vd., 2017; Kılıç ve Çalışkan, 2013). Sonuç olarak süreç göstergeleri sağlık hizmetlerine potansiyel erişimi temsil ederken çıktı göstergeleri fiili erişim göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Aday ve Andersen, 1974; Andersen, 1978).

1.1.2. Kullanıma Uygunluk

Kullanıma uygunluk, mevcut hizmetlerin miktar ve türü ile kullanıcı ihtiyaçlarının miktar ve türü arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981; Ricketts ve Goldsmith, 2005). Sağlık hizmetlerine erişim için gerekli koşullardan biri yeterli arz kaynaklarının bulunurluğudur. Diğer bir ifadeyle kaynakların yetersiz olduğu durumda potansiyel bir erişimden bahsetmek mümkün görülmemektedir (Gulliford vd., 2002). Öte yandan hizmetlerin kullanıma uygun olması yalnızca miktar olarak bulunmasına değil ayrıca bu hizmetlerin dağılımı, ihtiyaçlarla uyumu ve belirli bir toplumun ihtiyaçlarına hizmet etme istekliliği ve yeteneğine bağlıdır (Wallace ve Macentee, 2012).

1.1.3. Erişilebilirlik

Erişilebilirlik, tüketicinin ulaşım kaynakları, seyahat süresi, mesafesi ve katlandığı maliyet dikkate alındığında, arz kaynaklarının konumu ile bireyin konumu arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır (Neutens, 2015; Penchansky ve Thomas, 1981). Literatürde erişilebilirlik ve kullanıma uygunluk kavramlarının birbirleri yerine kullanılabilmesi ifade edilmektedir. İki kavram arasındaki ayrım hizmet bölgesinin kırsal ya da kentsel olma durumuna göre farklı şekillerde yorumlanmaktadır. Başka bir deyişle kırsal bölgede erişimi etkileyen temel değişkenlerden biri mesafe olduğu için erişilebilirlik, şehir merkezinde mesafe daha az etkili olduğu için kullanıma uygunluk kavramının kullanımı söz konusudur (Guagliardo, 2004). Erişilebilirlik kavramına yönelik açıklamalarda, bireylerin yerleşim yerleri ile sağlık hizmetleri arasındaki coğrafi mesafe (Cabrera-Barona vd., 2017; Chiu vd., 2017; Wilson ve Rosenberg, 2004) ve buna bağlı olarak bireyin hizmet alma yeteneği vurgusu yapılmaktadır (Haggerty ve Levesque, 2017; Ursulica, 2016).

1.1.4. Uyumluluk

Uyumluluk, arz kaynaklarının tüketicileri kabul edecek şekilde organize edilme şekli (randevu sistemleri, çalışma saatleri, ziyaret olanakları, telefon hizmetleri dahil) ve tüketicilerin bu faktörlere uyum sağlama yeteneği ve uygunluk algısı arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır (Banu ve Biswas, 2021; Haggerty vd., 2011; Penchansky ve Thomas, 1981; Russell vd., 2013; Van Gaans ve Dent, 2018). Bu kapsamda tedavi sonrası hasta takibi, 7/24 esasına göre çalışma saatleri (Banu ve Biswas, 2021), sunulan hizmet ile beklentiler arasındaki uyum düzeyi (Hlebec, 2018) sağlık hizmetlerine erişimde uyumluluğun göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

1.1.5. Satın Alınabilirlik

Satın alınabilirlik, talebi karşılayacak kaynaklar ve bu kaynakları elde edebilmek için katlanılan maliyetler arasındaki ilişkiye odaklanan bir erişim boyutudur (Ng vd., 2011). Hizmetlerin fiyatları ile hizmet sunucudan yararlanmak için gerekli olan sigorta ile kullanıcının geliri, ödeme gücü ve mevcut sağlık sigortası arasındaki ilişki olarak tanımlanmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981). Sağlık güvencesinin kapsamının genişletilmesi ve bireylerin maliyet yükünün hafifletilmesi yoluyla hizmete erişimin artırılması temeline dayanmaktadır (Osborn vd., 2016; Schoen vd., 2013). Bir görüşe göre satın alınabilirlikten bahsedebilmek için sağlık finansman politikalarının sağlık harcama yükünü hafifletmesi, diğer bir deyişle kişi başı yıllık yaşam harcamaları içindeki cepten yapılan sağlık harcamalarının oranının azaltılması gerekmektedir (Long vd., 2013). Bir diğer görüşe göre, herkesin makul bir seyahat süresi içinde ve gereksiz bekleme süresi olmaksızın, kabul edilebilir kalitede temel bir bakım hizmet paketini kapsayan uygun fiyatlı sağlık sigortasına erişim olarak tanımlanmaktadır (Van de Ven vd., 2013).

1.1.6. Kabul Edilebilirlik

Kabul edilebilirlik, hizmet sunucu ve bireylerin karşılıklı beklentilerindeki uyum olarak tanımlanmaktadır (Sihal vd., 2012). Bu görüşe göre bireyin hizmet sunucunun yaş, cinsiyet ve etnik köken gibi özelliklerine yönelik beklentileri kabul edilebilirliği etkilemektedir (Evans vd., 2013). Öte yandan hizmet sunucuların tüketicilerin finansman kaynaklarına yönelik beklentileri de (örneğin, gelir düzeyi yüksek hastalara hizmet sunma istekliliği) kabul edilebilirliği etkilemektedir (Penchansky ve Thomas, 1981). Bununla birlikte kabul edilebilirlik sağlık sistemi ve tüketiciler arasındaki sosyal ve kültürel

mesafe veya uyum düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Bucyibaruta vd., 2018; Gilson, 2007). Hizmet sunucuların duyarsızlığı ve hastalığın erken evresinde hastanın geri çevrilmesi gibi olumsuz etkileşimler hizmetlerin kabul edilemez bulunmasına neden olabilmektedir (Silal vd., 2012).

Başka bir tanıma göre kabul edilebilirlik, bireylerin bakım arama istekliliğini etkileyen faktörler açısından ele almaktadır. Bireyler açısından saygı duyulmadığını hissetmek, tedavi sırasında azarlanmak, mahremiyet ihlali ve hekimle özel olarak konuşamamak bakım arama istekliliğini etkileyebilmektedir (Barnabishvili vd., 2016; Silal vd., 2012).

Son olarak kabul edilebilirlik hasta, hizmet sunucu ve toplum arasındaki karşılıklı etkileşimler açısından ele alınmaktadır. Bu yaklaşıma göre kabul edilebilirlik hasta-hizmet sunucu etkileşimi, hasta-organizasyon etkileşimi ve hasta-toplum etkileşimi boyutlarıyla açıklanmaktadır. Hasta-hizmet sunucu etkileşimi ilk tanımla benzer şekilde, tarafların inançları ve birbirlerinden beklentileriyle şekillenen ilişkiler yoluyla açıklanmaktadır. Hasta-organizasyon etkileşimi ise, hastanın sağlık hizmeti ararken yaşadığı deneyimler ile beklemelerin uzunluğu, ortam temizliği ve çalışma saatleri de dahil olmak üzere hizmetin organizasyonu ve sunumu hakkındaki algıları ile açıklanmaktadır (Thiede vd., 2007). Hasta-toplum etkileşimi yaklaşımı ise hastanın izole olmadığını, aksine bir aile içinde, akrabaları ve arkadaşlarıyla birlikte yaşadığını kabul etmektedir. Buna göre hizmetin kabul edilebilirliğine yönelik düşünceler toplumun görüşleri tarafından etkilenmektedir (Bucyibaruta vd., 2018).

1.2. Erişimin Belirleyicileri

Yukarıda sağlık hizmetlerine erişimin tanımları yapılmıştır. Bu tanımlar, sağlık hizmetlerine erişimin sağlık politikası, hizmet sunum sistemi ve nüfusun özellikleri arasındaki belirli etkileşimler ve bu etkileşim sonucu ortaya çıkan hizmet kullanımı ve tatmin yoluyla sağlandığını göstermektedir. Bu bölümde Aday ve Andersen (1974) tarafından oluşturulan kavramsal erişim modeli ana hatlarıyla açıklanmaktadır.

1.2.1. Sağlık Politikası

Sağlık hizmetlerinin dağıtımına ilişkin uygulamaların strateji ya da yaklaşımların bir tezahürü olan sağlık politikalarının temel amaçlarından biri hakkaniyetli erişimin sağlanmasıdır (Taylor vd., 1975). Hakkaniyetli erişim, sağlık hizmeti ihtiyacı olan bireylerin sisteme gerçek giriş sağlayıp sağlayamadığını ifade etmektedir (Aday, 1976).

Öte yandan çoğu sağlık politikasının temelinde “gelişmiş erişim” hedefi bulunmaktadır (Andersen vd., 1983). Finansman, eğitim, işgücü ve hizmetlerin yeniden organizasyonu ile ilgili çeşitli programların uygulanması bu hedefe ulaşmanın önemli araçlarıdır (Aday ve Andersen, 1974). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde özellikle hekim arzında yaşanacak sorunların pek çok Amerikalı için sağlık hizmetine erişimsizlikle sonuçlanabileceği ve Uygun Bakım Yasası’nın uygulanamayacağı bildirilmektedir (Kirch vd., 2012). Sağlık işgücü ve sağlık hizmetine erişim arasındaki ilişkiye odaklanan çeşitli çalışmalarda da işgücü arzındaki artış hizmete erişimin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (Jin vd., 2019; Jin vd., 2017; Yao vd., 2020). Bununla birlikte kapsayıcı bir sağlık erişimi ve sürdürülebilir sosyal bir kalkınma için sağlık harcamaları ile ilgili politikaların hayati bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (McIntyre vd., 2017). Bu bağlamda araştırmacılar evrensel sağlık erişimi için artan kamu finansman politikalarının önemine vurgu yapmaktadır (Moreno-Serra ve Smith, 2015; Reeves vd., 2015).

Erişimin sağlanmasında sağlık politikalarının işlevlerinden biri de sağlık eğitimidir. Sağlık eğitimi “bireylerin ve toplulukların bilgilerini artırarak veya tutumlarını etkileyerek sağlıklarını iyileştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış öğrenme deneyimlerinin herhangi bir kombinasyonu” olarak tanımlanmaktadır (Baumann ve Karel, 2013). Bununla birlikte sağlık eğitimi, birey ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi için temel bir araçtır (Nutbeam, 2000). Düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin yeterli sağlık okuryazarlığı olan bireylere göre hizmet almayı geciktirme, bırakma ya da bir hizmet sunucu bulmada zorluk bildirme olasılığı, diğer bir ifadeyle hizmete erişim potansiyeli önemli ölçüde daha yüksektir (Levy ve Janke, 2016).

Sağlık politikasının erişim işlevlerinden biri de örgütlenmedir. Örgütlenme yapısı sağlık sisteminin kaynaklarıyla ne yaptığını açıklamaktadır. Bu yapı hizmet sunumu sürecinde tıbbi personelin ve sağlık tesislerinin koordinasyonu ve kontrol edilme biçimini ifade etmektedir (Aday ve Andersen, 1974). Hizmet sunucu ağları, yapısal ve organizasyonel sınırlamalar sürekli bakıma erişimi olumsuz etkilemektedir (Vargas vd., 2010).

1.2.2. Hizmet Sunum Sistemi Özellikleri

Sağlık hizmet sunum, kaynaklar ve organizasyon olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir. Kaynaklar sağlık hizmetlerine tahsis edilmiş emek ve diğer kaynakları kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri, tesisler ve sağlık hizmet sunumu için

gerekli araç -gereçlerin bir bölgedeki miktar ve dağıtımı kaynak göstergeleri olarak ele alınmaktadır. Organizasyon ise kaynakların nasıl kontrol edildiği ve koordinasyonun ne şekilde sağlandığını göstermektedir (Andersen ve Newman, 1973; Houghton vd., 2020; Tu vd., 2018).

Hizmet sunumu sağlık hizmetlerine erişimi iki şekilde etkilemektedir. Birincisi, bireyin kaynaklara ulaşım süresi ve kaynaklardan faydalanmak için beklediği süre olan “sisteme girişi” ifade etmektedir. İkincisi ise bireyin sisteme girişinden itibaren karşılaştığı hizmet sunum sisteminin yapısıdır. Bu yapı, hizmet tesisinin türü (kamu ve özel), hizmet sunucusunun türü (pratisyen, uzman, yardımcı sağlık personeli, vb.), triyaj yönetimi (karşılama veya hasta kabul formlarının sayısı ve türü, ilk görülen hizmet sunucusunun türü) ve hizmet sunucusunun çalışma saatleri gibi özellikleri kapsamaktadır (Aday ve Andersen, 1974; Meade vd., 2015).

1.2.3. Bireysel Özellikler

Bireysel özellikler eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı kaynaklar ve ihtiyaç gibi sağlık hizmet kullanımının bireysel belirleyicilerini içermektedir (Flores ve Vega, 1998; Houghton vd., 2020). Eğilim özellikleri hastalık sürecinden önce de mevcuttur (Ferreira vd., 2020). Bireyin yaş, cinsiyet, ırk, din ve sağlık algısı gibi hastalığa yönelik tutum ve değerlerini etkileyen değişkenleri ifade etmektedir (Babitsch vd., 2012; Bartsokas vd., 2019; Greene vd., 2019). Eğilim özellikleri hizmet kullanım davranışının önemli bir belirleyicisidir. Sosyo-ekonomik yapı açısından daha alt sınıfta yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinin verimli kullanımıyla bağdaşmayan değerleri, tutumları ve inançları benimseme olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Bice vd., 1972).

Kolaylaştırıcı kaynaklar ise bireylerin hizmet kullanımına olanak sağlayan araçları ifade etmektedir. Bireye ve aileye özgü kaynaklar (gelir ve sağlık sigortası gibi) ile bireyin içinde yaşadığı toplumun sahip olduğu kaynakları (kırsal-kentsel imkanlar ve bölge olanakları gibi) kapsamaktadır (Andersen, 2008). Daha fazla ekonomik kaynağa sahip olmak (özel sağlık sigortası gibi) sağlık hizmetlerini kullanma olasılığının en yüksek olmasıyla sonuçlanan kolaylaştırıcı bir faktör olarak görülmektedir (Bartsokas vd., 2019).

Son olarak ihtiyaç, sağlık hizmet kullanımının en acil nedeni olan hastalık düzeyini ifade etmektedir. Bu, birey tarafından algılanan ihtiyaç olabileceği gibi hizmet sunucusunun değerlendirdiği ihtiyaç da olabilmektedir (Andersen ve Aday, 1978). İhtiyaç faktörü yüksek olarak algılandığında, diğer bir ifadeyle sağlığı tehdit eden bir durumun

ciddiyetinin farkedilmesi sağlık hizmeti kullanma olasılığını iki kat artırmaktadır (Chakraborty vd., 2003).

1.2.4. Sağlık Hizmet Kullanımı

Hizmet kullanımı, bireysel özellikler ve hizmet sunum sistemi özellikleri tarafından belirlenen ve bireyin sağlık sistemine giriş sağlayıp sağlayamadığının bir ölçüsü, başka bir deyişle dışsal geçerlilik ölçütüdür. Bireyin hangi amaçla (koruyucu, tedavi edici vb.) hangi hizmet sunucu tarafından sunulan (hastane, hekim, diş hekimi vb.) hizmetlerden yararlandığı ve bunu hangi aralıklarla tekrarladığı, sağlık hizmet kullanımının fiili ölçüsü olarak tanımlanmaktadır (Andersen, 1995; Levesque vd., 2013; Russell vd., 2013).

1.2.5. Kullanıcı Tatmini

Kullanıcı tatmini, hizmetlerin erişilebilir olmasından duyulan memnuniyettir. Erişilen hizmet memnuniyeti, hastaların hangi hizmetlerin ihtiyaç duyulan yer ve zamanda mevcut olduğuna ve hastaların hizmet kullanımı sonucunda durumlarında bir değişiklik algılayıp algılamadıklarına ilişkin tutumlarıyla ifade edilmektedir (Aday ve Andersen, 1974; Wilson ve Rosenberg, 2004).

BÖLÜM 2. CİNSİYET VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

Bu çalışmanın temel amacı kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşleri üzerinden erişimi zorlaştırıcı veya kolaylaştırıcı durumları keşfetmektir. Yukarıda açıklanan kavramsal erişim modelinde erişimin bireysel belirleyicileri içerisinde yer alan cinsiyet konusu bu bölümün temel argümanı olarak sunulmaktadır. Bu bölümde cinsiyet konusu hem cinsiyet teorileri hem de sağlık hizmetine erişim bağlamında tartışılmaktadır. Bu kapsamda, cinsiyet ve sağlık hizmetlerine erişim konusundaki genel literatür ile cinsiyet rollerinin ve hanedeki karar verme normlarının sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri tartışılmaktadır.

2.1. Cinsiyet ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

En genel anlamda cinsiyet kavramı, üreme işlevine atıfta bulunarak bedenin dişi veya erkek olarak tanımlanmasına neden olan biyolojik farklılıkları açıklamak amacıyla kullanılmaktadır (Regitz-Zagrosek, 2012). Ancak tarihsel süreçte kavram yalnızca fen bilimlerinin değil; psikoloji, sosyoloji ve antropoloji gibi bilim dallarının da ilgisini çekerek toplumsal bir anlam kazanmaya başlamıştır (Cislaghi ve Heise, 2020). İlk olarak Oakley (1972), toplumsal cinsiyet kavramını, kadınlığın ve erkekliğin toplum tarafından tanımlanışındaki eşitsizliğe vurgu yaparak ele almıştır (Özmete ve Zubaroglu Yanardağ, 2016).

Cinsiyet yaklaşımlarına göre kadın ve erkekler arasındaki farklılıklar biyolojik özelliklerden ziyade toplum tarafından atfedilen özellikler nedeniyle ortaya çıkmaktadır (Altınova ve Duyan, 2013). Toplumsal olarak kadının ve erkeğin biyolojik özelliklerine kültürel anlamlar yüklenmekte, bunun sonucunda kadın ve erkeğin özellikleri ve rolleri şekillenmektedir. Sonuç olarak hangi davranış ve görevlerin kadın ve erkek için uygun olduğuna, kadın ve erkeğin kaynaklara, haklara ve güce ne derece sahip olması gerektiğine yönelik toplumsal beklentiler gelişmektedir (Günay ve Bener, 2011).

Cinsiyete özgü olarak ortaya çıkan bu beklentiler kadın veya erkekler üzerinde pozitif ya da negatif ayrımcılığa neden olabilmektedir. Bu ayrımcılık sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme, sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık hizmetlerinden yararlanma gibi konularda eşitsizliklere yol açabilmektedir (Sezgin, 2015).

2.1.1. Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Cinsiyet perspektifinde yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen cinsiyetle ilişkili pek çok faktör olduğu görülmektedir. Bu faktörlerden biri kadınların ekonomik kaynaklara ulaşım konusunda sahip oldukları dezavantajlarıdır. Kadınlar genel olarak sağlık hizmetine erişimde sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalar genel olarak kadınların erkeklere göre ekonomik kaynaklara erişim (Morgan vd., 2017), ulaşım ve hizmet maliyetlerini karşılayamama (Daher vd., 2021) gibi nedenlerle hizmete erişim olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete ilişkin faktörlerden bir diğeri sağlık ihtiyacıdır. Kadınlar erkeklere nazaran önemli ölçüde daha fazla sağlık ihtiyacı içindedir (Cameron vd., 2010). Bu durum genel olarak kadınların biyolojik özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Kadınların genel olarak sağlığa bağlı yaşam kalitesi ve algılanan sağlık statüsü bakımından erkeklerden daha kötü durumda olduğu bilinmektedir (Burström vd., 2001). Erkeklere nazaran daha fazla sağlık hizmeti kullanmaları daha çok sağlık problemine sahip olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte daha uzun yaşam süresine sahip olmaları kronik hastalıkları beraberinde getirmekte ve bu durum dezavantajların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Şavran, 2014). Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere nazaran daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyacıyla karşılaştığını göstermektedir (Manuel, 2018; Socias vd., 2016).

Hanedeki karar verme normları ve aile içi iş yükü cinsiyet ve sağlık hizmetine erişimle ilişkili bir diğer faktördür. Araştırmacılar kadınların daha fazla karar sorumluluğu almak durumunda kaldığı ailelerin maliyet yükü, hizmet sunucu seçimi ve finansman açısından erkek egemen ailelere göre daha dezavantajlı olduğunu bildirmektedir (Onah ve Govender, 2014). Bununla birlikte kadınların kişisel sağlık hizmetine erişimi ile eşlerin desteği arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır (Sitefane vd., 2020). Yapılan bir araştırmada hamilelik sırasında ve sonrasında aile içindeki iş yükleri ve erkeklerin iş bölümüyle ilgili tutumları, erkeklerin sağlık kuruluşlarında kadınlara eşlik etmemesi ve erkeklerin babalığa yönelik tutumlarının anne sağlığı hizmetine erişimi önemli ölçüde etkilediği ifade edilmektedir (Morgan vd., 2017).

2.2. Cinsiyet ve Sağlık Yaklaşımları

Cinsiyet ve sağlığı temellendiren çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Connell (2012) bu yaklaşımları üç başlık altında incelemektedir. İlki cinsiyet kavramını anlamada temel yaklaşım olarak da kabul edilebilecek “kategorik düşünme” yaklaşımıdır. Bu yaklaşım kadın ve erkeği sabit sorunsuz kategoriler olarak ele almakta ve “cinsiyet sorununu” bu iki kategori arasındaki istatistiksel farkla açıklamaktadır. Örneğin muayene başvurusunda kadın ve erkek grupları arasındaki istatistiksel farkın açıklaması kategorik düşünmenin göstergesidir. Diğer bir yaklaşım kadınlığın ve erkekliğin toplumsal ve kültürel özelliklere göre şekillendiği “yapılandırmacı” yaklaşımıdır. Bu yaklaşım kadının ve erkeğin biyolojik özelliklerinden ziyade topluma ve kültüre öncelik vermektedir. Erkek ve kadın eril ve dişil olarak tanımlanmakta ve roller toplumsal ve kültürel özelliklere göre şekillenmektedir. Üçüncü yaklaşım “cinsiyet-ilişkisel yaklaşım” olarak belirtilmektedir. Bu yaklaşım toplumsal cinsiyeti oluşturan kadın ve erkek arasındaki kalıplaşmış ilişkilere (ekonomik ilişkiler, güç ilişkileri, duygusal ilişkiler) odaklanmaktadır. Connell (2012), bu yaklaşımlar arasında cinsiyet-ilişkisel yaklaşımı, cinsiyet ve sağlık konularının etkili bir şekilde anlaşılması için en uygun çerçeve olarak görmektedir.

Cinsiyet ve sağlığı temellendiren bir diğer yaklaşım kesişimsellik yaklaşımıdır. Crenshaw (1991) tarafından ortaya atılan kesişimsellik yaklaşımı, “erkek” ve “kadın” grupları içindeki heterojenlik varsayımına dayanmakta ve bireylerin cinsiyet, sınıf, etnik köken, engellilik, cinsellik, yaş vb. gibi çoklu, kesişen boyutları tarafından tanımlandığını öne sürmektedir. Sağlık açısından bu boyutların kesiştiği noktada kadın ve erkekler arasındaki avantaj ve dezavantajlar ortaya çıkmaktadır (Hammarstrom vd., 2014).

Bu bölümde cinsiyet-ilişkisel teori ve kesişimsellik teorisi kadınların sağlık erişiminin anlaşılması için kavramsal çerçeveye dahil edilmiştir. Bu iki teörinin bağlamsal olarak erişimi açıklamada uygun bir çerçeve sunacağı düşünülmektedir. Cinsiyeti bir yapı olarak ele almak bu iki teörinin temel özelliği olarak gösterilmektedir. Bu teorilere göre cinsiyet, kadın ve erkek arasındaki ilişkileri ve etkileşimleri yapılandıran yaygın bir sınıf sistemi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca kaynaklara ve statüye erişimi şekillendirmenin anahtarı olarak görülmektedir (Díaz-Morales, 2017). Aşağıda her iki teörinin kısa bir açıklamasının ardından bazı çalışma bulguları özetlenmektedir.

2.2.1. İlişkisel Teori ve Sağlık Erişimi

İlişkisel teori cinsiyetin toplumsal olarak inşa edildiğini ve erkeklerin merkezi bir güç unsuru olarak eylemleri, ilişkileri ve beklentileriyle toplumsal olarak cinsiyetleştirilmiş olduğunu öne sürmektedir (Pafs vd., 2016). Bununla birlikte teori, hem erkeklik (masküinite) hem de kadınlık (femininite) olgusunun diğer bireylerle etkileşimle yaşam boyu şekillendiği dinamik bir yapıyı işaret etmektedir. Bu yapı içerisinde erkeklik ve kadınlıklar sağlık davranışlarını ve sağlık deneyimlerini şekillendirmektedir (Pohl vd., 2015). Örneğin, baskın erkek profiline sahip erkeklerin fiziksel olarak daha güçlü ve bağımsız olmaları risk alma davranışında bulunma olasılıklarını artırmakta ve fiziksel rahatsızlıkları için yardım arama davranışında bulunma olasılıklarını düşürmektedir. Öte yandan kadınlar için bunun tersi bir durumla karşılaşma olasılığı daha yüksektir (Calasanti, 2010).

Cinsiyet perspektifinde cinsiyet-ilişkisel teori sağlık eşitsizliklerini ve sağlık erişimini anlama açısından uygun bir çerçeve sağlamaktadır. Bazı toplumlarda kadınlar, çeşitli sosyal korkular tarafından engellenebilmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumunu ziyaret etmeleri ile ilgili sosyal beklentiler ve etkileşimler bakım arama davranışını etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada, kadınların kendi üreme sağlıkları pahasına, kocalarının çocuk doğurma taleplerini karşılama baskısıyla karşı karşıya kaldığını belirtmiştir (Kane vd., 2016). Ayrıca bir başka çalışmada, bazı kadınlar, kocaları olmadan yalnız kalmaktan utandıklarını ya da sağlık çalışanlarından kötü muamele görmekten korktuklarını bildirmiştir. Bununla birlikte, hamilelik sürecinde dışarı çıkmak ve hizmet almak için yeni giysilere, yeni ayakkabılara ve paraya ihtiyaçları olduğunu belirterek dağınık ve bakımsız görünmeyi, hamilelik sürecinde ailesi tarafından onurlandırılmayan bir davranış olarak gördüklerini ve toplumda böyle bir izlenim bırakıp onursal ihlallerle karşılaşmaktansa hizmetten vazgeçmeyi tercih edeceklerini belirtmiştir (Kane vd., 2018).

Cinsiyet-ilişkisel teori sağlık hizmetine erişimi açıklamada kadın ve erkeğin bakış açısını kullanmaya olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda yapılan bir çalışmada kadınların anne sağlığı hizmetlerine erişimlerini engelleyen faktörler erkek katılımcılarla görüşülerek incelenmiştir. Erkekler tarafından bildirilen engeller topluluk sistemleri ve sağlık sistemleri olarak iki ana tema etrafında şekillenmektedir. Çalışma, erkeklerin finansal sağlayıcılar ve karar vericiler olarak görülmeye devam ettiğini göstermektedir. Çalışmaya göre, erkekler doğum sırasında eşlerinin yanında bulunmaya ilgi duymamakta, bazı

erkekler aile planlaması bilgisinin kadın sorumluluğunda olduğunu savunmakta ve kadınların bilgi eksikliklerine vurgu yaparak bu konuda kadınlara farkındalık eğitimlerinin verilmesi gerektiğini ileri sürmektedirler (Yaya vd., 2019). Bir başka çalışmada ise, erkeklerin geleneksel rollerin ötesine geçerek hamilelik ve annelik süreçlerinde eşlerinin bakım arama çabalarını desteklediği sonucuna ulaşılmıştır (Pafs vd., 2016).

2.2.2. Kesişimsellik Teorisi ve Sağlık Erişimi

Kesişimsellik teorisi toplumsal yaşamın farklı boyutlarının birbirinden bağımsız düşünülmemeyeceğini varsaymaktadır. Bununla birlikte hiçbir sosyal kimliğin birinin diğerinden daha üstün olmadığı fikrini savunmaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal kimlikler arasında hiyerarşik bir düzen yoktur. Örneğin önce cinsiyet ve sonra etnisite ya da iki kategorinin eş zamanlı analizini merkeze yerleştirmektedir (Hankivsky vd., 2010). Teori, cinsiyetin tek önemli kategori olmadığını, diğer sosyal kategorilerle (etnik köken, yaş, sınıf gibi) aralarında bir etkileşim olduğunu savunmaktadır (Christensen ve Jensen, 2014). Cinsiyet ve bu kategoriler arasındaki etkileşimler kişinin fırsatlara ve kaynaklara erişimini etkilemektedir (Hankivsky vd., 2010).

Cinsiyet, genel olarak kadınların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen eşitsizlikleri anlamak için bir yol olarak görülse de kesişen bir dizi faktörün bazı kadınları nasıl daha dezavantajlı hale getirdiğini açıklamada etkisiz kalabilmektedir. Bu noktada kesişimsellik teorisi, çoklu ve birbiriyle örtüşen bu faktörlerin ilişkilerini anlamamanın bir yolu olarak görülmektedir (Lokot ve Avakyan, 2020). Kesişimsellik teorisi kadın sağlığı araştırmaları için ortaya atılan bir paradigma olarak görülmekte ve gruplar arasındaki farklılıklara odaklanarak sağlık durumu, yaşam kalitesi ve sosyal statü gibi birbiriyle etkileşimli çeşitli faktörleri açıklamaya çalışmaktadır (Hankivsky vd., 2010).

Kesişimsellik bağlamında farklı kadın gruplarının sağlık erişimi ve eşitsizliğini araştıran çalışmalarda cinsiyet, engellilik ve ekonomik durum, kültür gibi sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekilmektedir. Bu konuda, Kabia ve arkadaşları (2018), cinsiyet, engellilik ve yoksulluğun sağlık hizmetlerine erişimi nasıl etkilediğini incelemiştir. Çalışma bulguları yoksul ve engelli kadınların genellikle kendilerine eşlik edecek birilerinin olmaması nedeniyle bakım aramaktan vazgeçtiği sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet ve engelliliğin sağlık hizmetine erişimi nasıl etkilediğini inceleyen bir başka çalışmada kadınların altyapı, organizasyon ve iletişim sorunlarına yönelik engellerle

karşılaştığı bildirilmiştir. Özellikle fiziksel ve görme engelli kadınlar, sağlık kuruluşlarında özel asansörler, araba yolları, binalara genişletilmiş girişler ve engelli hastaların ihtiyaçlarına göre uyarlanmış jinekolojik koltuklar olmamasından yakınmıştır (Wołowicz vd., 2020). Diğer bir araştırmada, kadınların üreme sağlığı hakkındaki bilgilere ve doğum kontrolüne erişim engelleri bir dizi bireysel (yaş, medeni durum, coğrafi yapı) ve sağlık sistemi ile ilgili faktörlere göre farklılık göstermiştir. Örneğin bazı kadınlar kliniğin uzak olması, doğum kontrol yöntemlerini kocalarından gizli olarak uygulamak durumunda kalmaları ve kocaları para vermedikten sonra herhangi bir kliniğe gidemeyeceklerini bildirmiştir (Carroll ve Kapilashrami, 2020). Dil, kültür ve cinsiyet kesişiminde, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen faktörleri inceleyen başka bir araştırmada ise lehçe ve kültürel farklılıkların sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki olumsuz etkileri dile getirilmiştir (Shibli vd., 2021).

BÖLÜM 3. TEZ ÇALIŞMASININ GEREKÇESİ

Bu bölümde tez konusunun seçilme gerekçesini açıklamak üzere problem tanımı, literatür incelemesi ve araştırma soruları tartışılmaktadır. Bu bağlamda kadınların deneyimlerini içeren tanımlayıcı çalışmalar derinlemesine incelenerek çalışmanın problematiği ortaya konulmakta ve meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişime ilişkin görüşlerini ortaya çıkaracak araştırma soruları oluşturulmaktadır.

3.1. Problem Tanımı

Kadınların ölüm nedenleri arasında meme kanseri ilk sırada ve rahim kanseri dördüncü sırada gelmektedir (Bray vd., 2018). Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda en sık bildirilen kanser türü olmakla birlikte hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Ricardo-Rodrigues vd., 2015). Öte yandan meme kanserine bağlı insidans ve mortalite oranları yıllar içinde artışını sürdüren bir eğilime sahiptir. Örneğin 2018 yılında dünya genelinde meme kanseriyle ilgili 2.088.849 yeni vaka ve 626.679 ölüm bildirilirken (Bray vd., 2018) 2020 yılı verilerine göre 2.261.519 yeni vaka ve 684.996 ölüm bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020). Yapılan çalışmalarda meme kanseri taraması ve erken teşhis ile meme kanseri mortalitesinin azalması arasında önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Njor vd., 2015; Weedon-Fekjaer vd., 2014).

Rahim kanseri gelişmiş ülkelerde daha düşük morbidite ve mortalite oranlarına sahip olup; bunun kısmen erken tanı programlarına bağlı olduğu düşünülmektedir (Ricardo-Rodrigues vd., 2015). Rahim kanseri taraması, kanser öncesi rahim ağzı lezyonları ve erken evre rahim ağzı kanserleri dahil olmak üzere anormal rahim ağzı hücrelerinin saptanmasını sağlamaktadır (Getachew vd., 2019). Yetersiz tarama yaptıran kadınlar ise genellikle ileri evre hastalıkla başvurmakta ve sınırlı tedavi olanakları ve azalmış sağ kalım oranlarıyla karşılaşmaktadır (Ramondetta vd., 2015). Son yayınlanan raporlar rahim kanserine bağlı mortalite ve insidansın giderek arttığını göstermektedir. Veriler, 2018 yılında 570.000 yeni vaka ve 311.000 ölüm (Kilic vd., 2019) ve 2020 yılında 604.127 yeni vaka ve 341.831 ölüm oranı ile (GLOBOCAN, 2020) rahim kanserini, kadınlarda en yaygın dördüncü kanser türü olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Meme ve rahim kanseri taraması, bu kanser türlerine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmanın etkili yolları olarak görülmektedir (Pearson vd., 2022). Etkili tarama programları sayesinde, gelişmiş ülkelerde rahim kanseri riski azalmaya devam etse de

orta yaştaki kadınlarda hala erken ölüm nedeni olmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise etkin olmayan taramalar ve programların eksikliği önemli yaşam yılı kayıplarına neden olmaktadır (Arbyn vd., 2008) Ulusal bir tarama sisteminin olmaması ve hizmete düşük erişimin, yetersiz testlere ve geç tanı ve tedaviyi artırdığı bildirilmektedir (Lyimo ve Beran, 2012).

Türkiye’de kanser ölümlerinin %15,1’i meme kanseri nedeniyle yaşanmaktadır (GLOBOCAN, 2020). Meme kanserine göre rahim kanserinin daha düşük bir yüzdeye sahip olmasına karşın 2013 yılından bu yana yaşa özgü görülme hızında belirgin bir azalma yaşanmamıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Türkiye’de Kanser Erken Tanı ve Tarama Merkezleri (KETEM) meme ve rahim kanseri erken teşhis ve tarama hizmetleri sunma konusunda önemli bir rol üstlenmektedir (Guvenc vd., 2013). KETEM birimleri, eğitim yoluyla toplumun kanser konusunda farkındalığını artırmak, kanserlerin erken tanı ve taramasını yaygınlaştırmak, önlenebilir kanserleri ortadan kaldırmak ve taranabilir kanser ölümlerini azaltmak amacıyla kurulmuştur (Gulten vd., 2012). Kadınlar tarama testlerinin sonuçları hakkında bu birimlerce bilgilendirilmekte ve sonuçların pozitif olması durumunda ileri merkezlerdeki kadın-doğum uzmanlarına yönlendirilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2021a). Türkiye’de 20 yaş üstü kadınların her ay kendi kendine elle meme muayenesi yapması, yılda bir klinik muayene yaptırması, 40-69 yaş arası kadınların ise iki yılda bir meme kanseri taraması yaptırması önerilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2021b). Ayrıca 30-65 yaş arası kadınların her beş yılda bir rahim kanseri taraması yaptırması önerilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2021a).

Son zamanlarda yapılan araştırmalar Türkiye’de kadınların meme ve rahim kanseri tarama programlarına yeterli düzeyde katılmadığını göstermektedir. Uludağ ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada bir aile sağlığı merkezine başvuran 360 kadından %37,2’sinin rahim taraması yaptırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada kadınların %35’inin ihtiyaç duymadığı için tarama yaptırmadığı belirlenmiş, çevresinde ve ailesinde kanser hikayesi bulunan katılımcıların anlamlı düzeyde taramaya daha fazla istekli olduğu bulunmuştur. Bal (2014) tarafından yapılan çalışmada 485 kadından %30,3’ünün hiç rahim taraması yaptırmadığı belirlenmiştir. Çalışmada kadınların %92’sinin rahim kanserine yakalanma riski olmadığına inandıkları vurgulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların önemli bir bölümü utanma (%48,4) ve kadın

hekim isteği (%64,4) nedeniyle taramaya katılmamaktadır. Cetisli ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise 210 kadından yalnızca %21,9'unun rahim kanseri taraması yaptırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Meme kanseri erken teşhis sürecinde önem sırası erken yaşlarda kendi kendine elle muayene, klinik muayene ve mamografi taramasıdır. Uğur ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada 466 kadından yalnızca %27,5'inin kendi kendine elle meme muayenesi yaptığı, %41,4'ünün klinik muayene yaptırdığı ve %45,6'sının mamografi çektirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ketten ve arkadaşları (2014) ise 96 kadının %43,8'inin kendi kendine muayene yapmadığını raporlamıştır. Türkiye'nin kırsal kesiminde yapılan bir çalışmada ise kadınların yalnızca %3,2'sinin mamografi çektirdiği tespit edilmiştir (Sönmez vd., 2012).

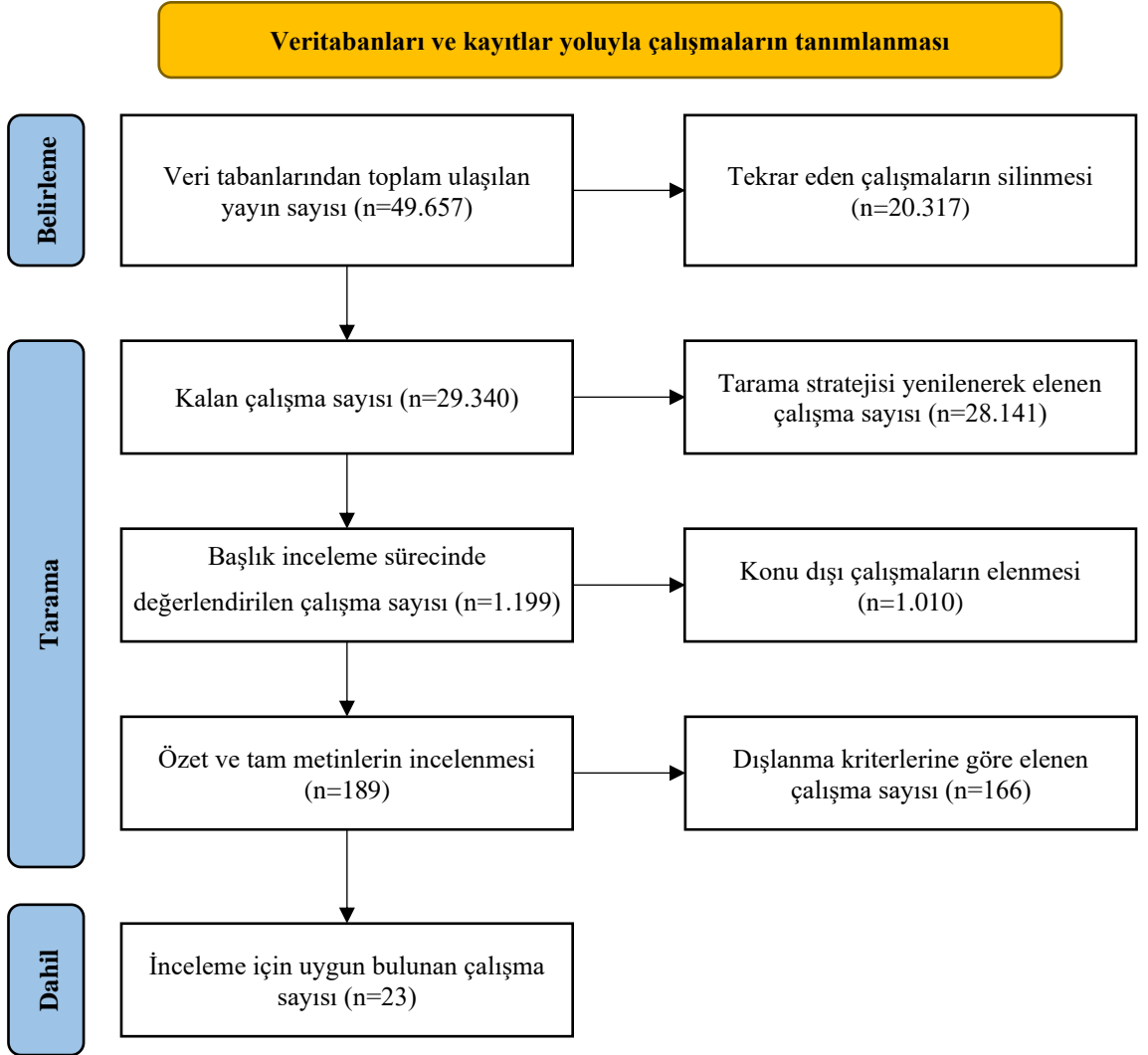
Türkiye'de meme ve rahim kanseri dünya genelindeki yapıyla benzer bir görünüme sahiptir. Veriler, 2020 yılı için meme kanserine bağlı 24.175 yeni vaka ve 7.161 ölüm ile birlikte rahim kanserine bağlı 2.532 yeni vaka 1.245 ölümü göstermektedir (GLOBOCAN, 2020). Bununla birlikte araştırmalarda, Türkiye'de meme ve rahim kanseri tarama programlarına katılım oranlarının genellikle düşük olduğu görülmektedir. Buna karşın kadınların tarama hizmetlerine erişimlerine yönelik bulgular sınırlıdır. Bu tez çalışmasının amacı kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşleri üzerinden erişimi zorlaştırıcı veya kolaylaştırıcı durumları keşfetmektir. Bu amaçla öncelikle uluslararası literatür detaylı bir şekilde incelenmiştir.

3.2. Literatür Tarama Süreci

Literatür incelemesinde standardizasyon sağlamak amacıyla PRIZMA kontrol listesinden yararlanılmıştır (şekil 2). Taramalar EBSCO Host-Academic search complete, Science-Direct, Taylor&Francis Online, Wiley Online Library Full Collection, Pubmed, Web of Science SCI, SSCI veri tabanlarında gelişmiş arama özelliği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda 2000-2020 yılları arasında yapılan araştırmalar incelenmiştir. Literatürden hareketle “women” AND “breast cancer” OR “cervical cancer” AND “access” OR “utilization” anahtar kelimeleri ve kombinasyonları kullanılarak tarama yapılmıştır. İncelenecek alışmalar için dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirlenmiştir.

Şekil 2

PRISMA Akış Şeması



Dahil edilme kriterleri;

- İngilizce dilinde yayınlanmış olması
- Kadınlar üzerinde yapılmış olması
- Konuyla ilgili olması
- Araştırma makalesi olması
- Nitel veya karma araştırma deseninde yürütülmüş olması

Dışlanma kriterleri;

- Kadınların cinsel eğilimleriyle ilgili olması
- Kadınların hapiste olması
- Azınlıklarla ilgili olması

Literatür taraması sonucu 2000-2020 yılları arasında yayınlanan toplam 49.657 çalışmaya ulaşılmıştır. Kaynakçalar EndNote 20 sürümü kullanılarak programa aktarılmış ve ilk aşamada tekrar eden 20.317 çalışma dışlanmıştır. Benzersiz 29.340 çalışma Microsoft Office Excel programına aktarılmıştır. Excel üzerinde tarama stratejisi (anahtar kelime kombinasyonları kullanılarak yeni çalışma sayfaları oluşturma, sayfaları birleştirme, tekrar eden çalışmaların elenmesi, döngünün tekrarlanması) yeniden düzenlenerek 28.141 çalışma daha elenmiştir. Kalan 1.199 çalışma başlık inceleme sürecinden geçirilmiş ve konuyla ilgili olmayan 1.010 çalışma çıkarılmıştır. Kalan 189 çalışma özet ve tam metin inceleme sürecine tabi tutulmuştur. Özet ve tam metin inceleme süreci sonunda kriterlere uymayan 166 çalışma elenmiştir. İncelemeler tamamlandıktan sonra kriterlere uyan 23 çalışmanın sonuçları standart bir veri çekme formu kullanılarak özetlenmiştir. Çalışmaların özet bulguları Ek 1’de gösterilmektedir.

Genel olarak çalışmalardan elde edilen bulgular kadınların taramaya erişimlerini engelleyen durumlar hakkındaki görüşlerini içermektedir. Bu kapsamda erişimin önündeki engeller bireysel, sosyokültürel, coğrafi yapı, hizmet sunum sistemi ve sağlık politikasıyla ilgili faktörler olmak üzere beş başlık altında toplanmaktadır.

3.2.1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler genel olarak kadınların sağlık inancı, tarama deneyimleri, ekonomik durumları, psikososyal özellikleri, sağlık okuryazarlık düzeyleri ve hastalık öykülerinin bir göstergesi olarak ortaya çıkmıştır. Bu faktörler genel olarak kadınların bakım arama davranışları üzerinde etkili olmaktadır.

Sağlık inancıyla ilgili faktörler genel olarak kadınların yalnızca semptomlarla karşılaştığında hizmet arayışı içine girdiğini göstermekte olup; önem verme eksikliğini ve hizmete gerek duymama yönlerini içermektedir. Örneğin Tejada ve arkadaşları (2009) hiç mamografi yaptırmayan ya da iki yıldan daha uzun bir süre önce mamografi yaptıran kadınların memede ağrı ve yumru olmamasını taramaya ihtiyaç duymadıkları şeklinde yorumladıklarını ileri sürmektedir. Dsouza ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre birçok kadın ev işleriyle çok meşgul oldukları ve özel tesislerde taramaya paraları yetse bile testi yaptıracak zaman bulamadıklarını bildirmiştir. Kadınların birçoğu sağlıklarının iyi olduğunu hissettiklerini ve bu nedenle taramaya ihtiyaç duymadıklarını belirtmiştir.

Sağlık okuryazarlık düzeyine yönelik faktörler genel olarak kadınların eğitim veya yaş seviyesine bağlı olarak tarama hizmetleriyle ilgili bilgi ve farkındalık eksikliklerini göstermektedir. Marzouq Muhanna ve Floyd (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınlar arasında meme kanserinin ne olduğu ya da olası nedenleri hakkında eşit bilginin olmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte düşük sosyo-ekonomik statüye ve kırsal yerleşime sahip kadınların daha fazla bilgi ve farkındalık eksikliği gösterdiği vurgulanmıştır. Dsouza ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada tarama personelinin özellikle kadınların düşük bilgi ve farkındalık düzeyine vurgu yaptığı belirlenmiştir.

Kadınlar genel olarak tedavi maliyetleri ve ekonomik kaynaklar üzerindeki kontrol güçleri olmaması nedeniyle taramaya erişememektedir. Onyenwenyi ve Mchunu (2018) tarafından yapılan çalışmada kadınlar tarama merkezlerine seyahat maliyetiyle ilgili engelleri vurgulamaktadır. Darj ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada kanser teşhisi konulan kadınların sonraki tedaviler için beklenmedik maliyetlerden korktukları ileri sürülmektedir.

Kadınların tarama deneyimine sahip olmaması veya çevrelerindeki insanların tarama deneyimlerinden kaynaklanan faktörler diğer bir faktör olarak görülmektedir. Granada ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada önceden tarama deneyimi olan kadınların ücretsiz tarama merkezlerinde ekipman eksikliği olduğu takdirde ücretli tarama merkezlerinden sübvansiyonlu olarak yararlanabileceklerini, ancak bunu bilmedikleri bulunmuştur. Bununla birlikte tarama ile ilgili negatif deneyim paylaşan kadınlar ağrı ve utanç hissettiklerini, ancak yine de taramaya katılmak zorunda olduklarını belirtmiştir (Kue vd., 2014). Greibe-Andersen ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışma kadınların diğer kadınların deneyimlerinden olumlu şekilde etkilendiklerini göstermektedir. Kadınların çoğu taramaya arkadaşları ve yakın çevreleriyle birlikte gittiklerini, birbirlerini taramaya teşvik ettiklerini ve olumlu deneyimlerden etkilendiklerini bildirmiştir.

Kadınların taramalara erişimlerini etkileyen bireysel faktörlerden bir bölümü de psiko-sosyal faktörlerdir. Bunlar genel olarak korku veya muayene süreciyle ilgili kaygı olarak ortaya çıkmaktadır. Korku, daha yaygın ve farklı türdeki engelleri içermektedir. Örneğin kadınların kendilerine kanser teşhisi konulmasından korkması nedeniyle taramaya katılmadıkları bulunmuştur (Tejeda vd., 2009). Benzer şekilde Granada ve arkadaşları

(2014) kadınların eşleriyle aralarındaki ilişkinin bozulması ve sosyal damgalanmadan korkması nedeniyle taramaya katılmadıklarını bildirmiştir.

Bireysel faktörlerden biri diğeri de kadınlarda var olan diğeri hastalıklardır. Örneğin bir çalışmada şiddetli osteoartritten yakın yaşlı bir kadının taramalar için birçok randevu gerektiğini, osteoartrit için alınan randevularla tarama için alınan randevular arasında seçim yapması gerektiğinde taramayı ertelediğini bildirmiştir (Pieters vd., 2011). Daha spesifik olarak engelli kadınların tarama hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller pek çok araştırmaya konu olmuştur. Örneğin Mele ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada engelli kadınlar ağır kapıların, uygun olmayan muayene masalarının ve lavaboların kendileri için önemli bir engel teşkil ettiğini bildirmiştir. Kilic ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların koridorlardan rahat geçememe, muayene odalarının tekerlekli sandalye için dar olması, hastane lavabolarının engelli dostu olmaması gibi engellerle karşılaştığı bildirilmiştir.

3.2.2. Sosyokültürel Faktörler

Meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörlerden bir bölümü sosyo-kültürel faktörlerden oluşmaktadır. Bu faktörlere ilişkin yaygın olarak bildirilen durumlar damgalanma, aile desteği ve dini veya kültürel inançlardan oluşmaktadır.

Damgalanma önemli sosyo-kültürel faktörlerden biridir. Damgalanma genel olarak eş ve toplumsal olarak ortaya çıkan ve taramayı engelleyen önemli bir tabu olarak görülmektedir. Damgalanmanın toplumsal bir tabudan kaynaklandığını ileri süren Markovic ve arkadaşları (2005), hamilelik dışında jinekoloğa gitmenin toplumsal olarak uygun bir davranış olmadığı yönündeki kadın görüşlerini paylaşmaktadır. Bateman ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada ise kadınlar, rahim kanseri teşhisi koyulduğunu öğrendiklerinde eşlerinin artık kendileriyle ilgilenmemesi ve toplum içinde değeri olmayan bir varlık olarak görmesinden endişe ettiklerini bildirmiştir.

Bir diğeri sosyo-kültürel faktör kadınların aileleri tarafından destek görmediği durumlar olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak kadınlar tarama hizmetlerine katılma kararlarında kocaları ve aileleri tarafından destek görmeyi beklemektedir. Tejada ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada hiç taramaya katılmayan kadınların çok azı tarama konusunda kocalarından tavsiye aldıklarını bildirmiştir. Bununla birlikte birçok kadın erkek bir doktora muayene olma ihtimali nedeniyle kocalarının tarama konusunda destek

vermeyeceğine inandıklarını belirtmiştir. Darj ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada ise kadınlar taramalara katılmak için aile desteğinin önemini vurgulamakta ve ailelerin teşvik etmesi durumunda daha fazla kadının taramaya katılacağına inandıklarını bildirmiştir.

Önemli bir sosyokültürel erişim faktörü de inançları nedeniyle kadınların tarama hizmetlerine katılma kararlarıyla ilgilidir. Bazı çalışmalarda kadınların erkek doktora görünme konusundaki inançları ve geleneksel tıba olan eğilimleri önemli kültürel engeller olarak ortaya çıkmıştır. Park ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada kadınlar erkek doktorlardan ziyade kadın doktorlara görünmenin rahatlatıcı etkisinden bahsetmiştir. Bununla birlikte kadın doktorların kendi ihtiyaçlarını daha iyi anlayabileceğini ve neyi sevmedikleri konusunda daha anlayışlı davrandıklarını belirtmiştir. Binka ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların hastaneye gitmenin önemini kabul etseler de öncelikle geleneksel ilaçların kullanılması gerektiğine inandıkları belirtilmiştir. Cohen ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada ise kadınlar kanseri yaratıcı tarafından gönderilen bir ölüm cezası olarak görmeleri nedeniyle tarama yaptırmadıklarını bildirilmiştir.

3.2.3. Hizmet Sunum Sistemiyle İlgili Faktörler

Hizmet sunum sistemiyle ilgili faktörler genel olarak hasta-hizmet sunucu etkileşimi, ekipman eksikliği, uzun beklemeler, randevu sorunları ve çalışanların tutumunu içermektedir.

Hasta-hizmet sunucu etkileşimi kadınların tarama hizmetlerine erişiminde teşvik edici bir faktör olarak görülebilmekle birlikte bazı olumsuz deneyimler erteleme davranışıyla sonuçlanabildiğini de göstermektedir. Ragas ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınların iyi bir hasta-hizmet sunucu etkileşimi için önerileri belirlenmiştir. Kadınlar, hasta değerleri ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmanın bir taraftan bakım sürecinde konforu artırırken diğer taraftan da tarama ve takibe erişimi kolaylaştırabileceğini öne sürmüştür. Bir başka çalışmada engelli kadınlar sağlık çalışanlarının kendileriyle teşvik edici bir iletişim kurmadığını ve duygusal açıdan desteklemediğini bildirmiştir (Peters ve Cotton 2016). Bir diğer çalışmada kadınlar hasta merkezli bakım ve iletişim eksikliği nedeniyle takip taramalarını nasıl ertelediklerinden bahsetmiştir. Bir kadın kendisini inciten bir davranış hakkında çalışanı uyarmasına ve nazikçe davranmasını istemesine rağmen göz ardı edildiğini ve bu durumun sonraki

taramalardan korkmasına ve de taramaları ertelemesine neden olduğunu bildirmiştir (Cohen vd., 2016).

Kadınlar sağlık tesislerinde bulunan ekipmanların gereksinimlerine uygun olmaması ya da yeterince ekipman bulunmaması nedeniyle de erişim engeliyle karşılaşmaktadır. Matenge ve Mash (2018) tarafından yapılan çalışmada ekipman eksikliği kadınların test yaptırması önünde bir engel olarak belirtilmiştir. Çalışmada bazı kadınlar test sonucu anormal çıktığında ekipman eksikliği nedeniyle tekrar test yaptıramadıklarını belirtmiştir. Iezzoni ve arkadaşları (2010) engelli kadınların ekipman eksikliği nedeniyle başka bir sağlık merkezini gitmek zorunda olduğunu aktarmıştır. Ayrıca bazı kadınlar ayarlanabilir muayene masaları olmaması nedeniyle tekerlekli sandalyeden transferleri sürecinde yaşadıkları zorlukları bildirmiştir. Peters ve Cotton (2016) tarafından yapılan çalışmada bazı kadınlar, gereksinimlerini yeterince karşılamayan mamografi cihazlarının çok acı vermesi nedeniyle tekrar taramaya katılmayı düşünmediklerini bildirmiştir.

Tarama öncesi ve tarama sürecindeki bekleme süreleri kadınları hizmet almaktan caydırabilmekte veya gerek duymadıkça hastaneye gitmekten alıkoyabilmektedir. Bununla birlikte engelli kadınlar bekleme süreleri nedeniyle günlük ihtiyaçlarını hastanede karşılamak durumunda olduklarından rahatsızlık duyabilmektedir. Pieters ve arkadaşları (2011) kadınların özellikle tarama öncesi bazı testlerin sonuçlarını bekleme sürecini sinir bozucu ve kendilerine saygısızlık olarak algıladıklarını belirtmiştir. Bir kadın tarama öncesi test sonuçlarını beklerken kendisine eşlik eden yakınlarının kendi işlerinden geri kaldıklarını ve bu uzun bekleme süresi nedeniyle sağlık personeliyle tartıştıklarını bildirmiştir. Kilic ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada engelli kadınlar, bekleme süreleri nedeniyle bazı ihtiyaçlarını hastanede karşılamak zorunda kaldıklarını ve bu durumun kendileri için önemli bir zorluk teşkil ettiğini bildirmiştir. Dsouza ve arkadaşları (2020) kadınların hastanede uzun bekleme süreleri nedeniyle taramaya katılmaktan vazgeçebileceklerini ve gerek duymadıkça hastaneye gitmemeyi tercih edebileceklerini belirtmiştir.

Telesekreter programının dilini anlayamama, randevular arasındaki sürenin uzunluğu ve farklı bir hizmet sunucusuyla karşılaşma gibi randevu alma konusunda karşılaşılan zorluklar diğer bir engel olarak görülmektedir. Mele ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada randevu için telefondaki numaralı seçeneklere verilen süre içinde basılamaması nedeniyle randevu ve reçete yenileme işlemleri için doktora ulaşmada

yaşanan problemler vurgulanmaktadır. Fletcher ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada randevular arasındaki sürenin çok uzun olması nedeniyle kadınların randevu planlama ve randevu kayıtlarını tutma konusunda yaşadıkları zorluklardan bahsedilmiştir. Bir kadın, tarama görevlisinin kendisine altı ay sonra randevu almasını söylediğini ve altı ay sonra aldığı randevuyu unuttuğunu bildirmiştir. Kue ve arkadaşları (2014) kadınların tekrar randevu aldıklarında farklı personelle karşılaşmaları nedeniyle yaşadıkları zorlukları aktardığı çalışmada bir kadının tekrar randevu aldığı anda aynı şeyleri farklı birine anlatmada zorlandığını örnek olarak göstermiştir.

Sağlık çalışanlarının tutumu kadınların taramadan kaçınmasına ya da kendilerini oldukça rahatsız hissetmesine neden olabilmektedir. Park ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada tarama esnasında doktor ve hemşirelerin tutumundan duyulan rahatsızlıklar üzerinde durulmaktadır. Bir kadın, test esnasında kendisine duygusuzca davranıldığını, kıyafetsiz bir vaziyette beklerken perde arkasında doktor ve hemşirenin sanki kendisi hakkında konuştuklarını ve bu durumdan oldukça rahatsız olduğunu aktarmıştır. Granado ve arkadaşları (2014)'nin çalışmasında bir kadın, kamu sağlık tesislerinde personele soru sormadığını, ilgisiz olduklarını ve aceleci davrandıklarını belirtmiştir. Binka ve arkadaşları (2019) tarama esnasında sağlık çalışanlarının tutumunun kadınları taramadan caydırabileceğini ileri sürmektedir. Bir kadın, test yapılacak odada mahremiyet olmazsa ve sağlık çalışanları güler yüzlü değilse veya kendisine durumu iyi açıklamazlarsa taramadan kaçınabileceğini bildirmiştir. Başka bir kadın sağlık çalışanlarının dostane davranmaması ya da düşmanca tavır sergilemesi durumunda tarama yaptırmaktan vazgeçebileceğini belirtmiştir.

3.2.4. Coğrafi Faktörler

Coğrafi bağlamda kadınların genel olarak bildirdiği en belirgin durumlar seyahat maliyetleri, ulaştırma aracı hakkında yaşanan güçlükler ve mesafedir.

Seyahat maliyeti, genel olarak ekonomik güce erişim ya da tarama merkezinin uzaklığı nedeniyle katlanılan seyahat masraflarının büyüklüğü nedeniyle kadınlar tarafından bir engel olarak algılanmaktadır. Onyenwenyi ve Mchunu (2018) özellikle yeterli gelir kaynağı olmayan kadınların seyahat masraflarını karşılayamadıkları için tarama yaptırmaktan vazgeçtiklerini belirtmiştir. Bir kadın tarama yaptırmak için kendisine uzak olan bir merkeze gitmek zorunda olduğunu ve bunun için parası olmadığını dile getirmiştir. Bateman ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada da kadınların

çoğunun taramaya katılmak için özellikle seyahat masraflarını karşılayabilecek maddi güce ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.

Ulaştırma araçlarının hiç olmaması, geç gelmesi ve seyahat süresi ve mesafenin uzun olması ulaştırma araçları ve mesafe ile ilgili kadınların bildirdiği genel engeller arasında yer almaktadır. Fletcher ve arkadaşları (2014) özellikle tarama yapan kliniklere ulaşmak için daha uzun süre seyahat etmek durumunda olan kadınlar için ulaştırma araçlarıyla ilgili sorunların önemli bir engel olduğunu ileri sürmektedir. Tıbbi ulaşım yardım sistemini kullanan bazı kadınlar kendilerini almak için çok geç geldikleri, haber vermeden gelip gittikleri veya hiç gelmedikleri durumlar için hayal kırıklıklarını dile getirmiştir. Toplu taşıma araçlarını kullanan birçok kadın ise seyahat süresinin uzun olmasından duydukları memnuniyetsizlikten bahsetmiştir. Darj ve arkadaşları (2019) özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınların yakınlarında tarama yaptırabilecekleri bir sağlık tesisi olmaması nedeniyle tarama hizmetlerine erişme olasılıklarının daha düşük olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca, kadınların ulaştırma aracı olmaması nedeniyle tarama tesislerine yürümek zorunda kaldıkları vurgulanmıştır. Binka ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların tarama tesislerine olan mesafeden etkilendiği ve taramaya erişimde zorlandıkları belirtilmiştir. Çalışmada kadınların taramaya çok uzak mesafelerden geldikleri ve eğer hükümet yakınlarda bir tarama tesisi kurarsa daha fazla kadının taramaya katılımının teşvik edileceği belirtilmiştir.

3.2.5. Sağlık Politikası ile İlgili Faktörler

Sağlık politikası ile ilgili bildirilen durumlar genel olarak sağlık eğitimi ve sigorta kapsamıyla ilgili sorunlardan oluşmaktadır.

Yetersiz halk sağlığı eğitimi ve taramayı önerme genel olarak politika eksikliği olarak görülen durumlardandır. Markovic ve arkadaşları (2005) kadınların sağlık eğitimi bağlamında hiçbir zaman kanser taramalarına ilişkin bilgilendirme yapılmadığını ileri sürmektedir. Ragas ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınlar tarama ihmallerinin rahim ve meme kanseri taraması ve takip bakımı konusundaki farkındalık eksikliğinden kaynaklandığını düşünerek politik anlamda bazı önlemlere dikkat çekmektedir. Dsouza ve arkadaşları (2020) kamu hastanelerinde bulunan tarama olanakları hakkında kendilerine yeterince bilgi verilmediği ve sağlık profesyonellerinin taramayı önermediği hakkındaki kadın şikayetlerini aktarmıştır. Matenge ve Mash (2018)

bazı kadınların iyi bir sağlık eğitiminin taramalara katılma konusundaki farkındalıklarını ve motivasyonlarını artıracasına inandıklarını belirtmiştir.

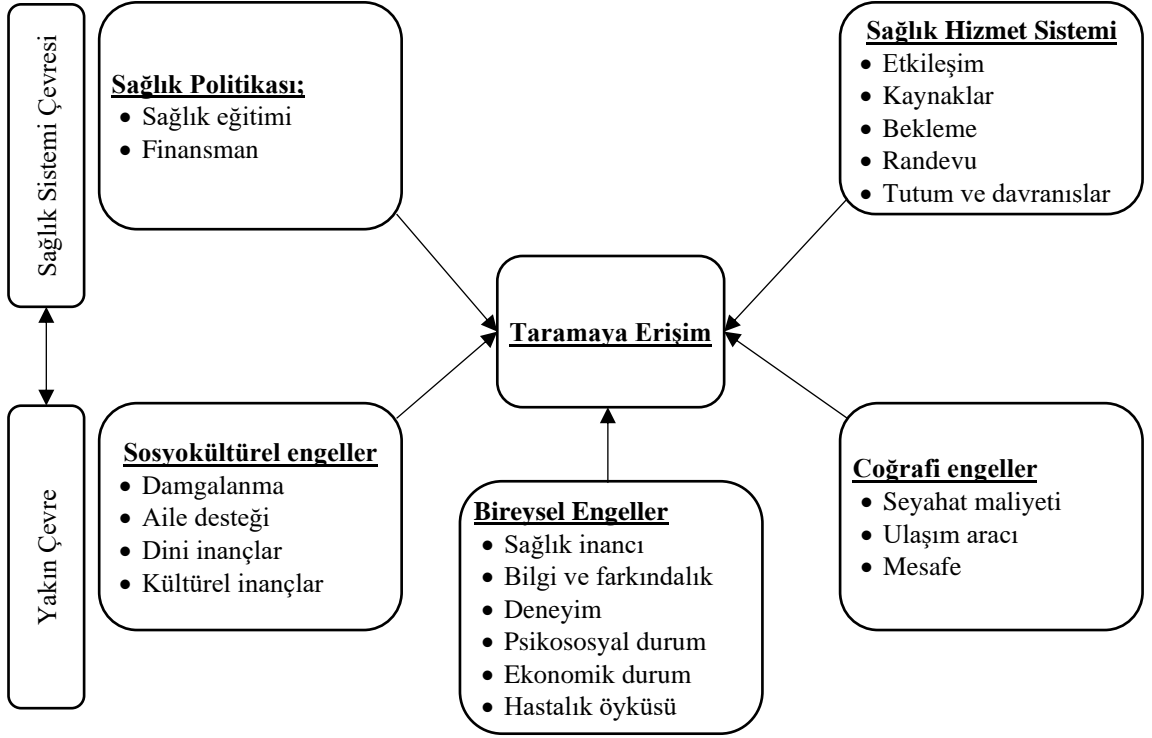
Sağlık sigortası kapsamında yer almayan hizmetler ve tarama için ek ödemeler taramadan caydırıcı bir unsur olarak görölmektedir. Granado ve arkadaşları (2014) kamu sağlık finansmanı kapsamında karşılanmayan bazı tedavi (protez, rekonstrüktif cerrahi) maliyetlerinin çoğunun kadınlar için caydırıcı bir faktör olduğunu aktarmıştır. Bir kadın iş arkadaşı için aralarında para topladıklarını ve ne kadar toplansalar da protez dahil tedavi maliyetlerinin karşılanamaz olduğunu belirtmiştir. Kue ve arkadaşları (2014) bazı kadın ve erkeklerin sağlık sigortasından yoksunluk ve ek ödemelerin varlığına ilişkin endişelerinden bahsetmiştir. Bir kadın kendisine hizmet sunulmamasını sigortasının olmayışına bağlamıştır. Bir erkek ihtiyaç hissetmedikçe tarama için ek ödemeyi boşa yapılan bir ödeme olarak gördüğünü belirtmiştir.

3.3.Araştırma Sorularının Hazırlanması

Literatür taraması sonucunda kadınların tarama hizmetlerine erişimlerini etkileyen faktörlerin bireysel, sosyo-kültürel, hizmet sunum sistemi, coğrafî yapı ve sağlık politikasıyla ilgili faktörlerden oluştuğu görölmektedir. Şekil 3’de literatürden yararlanılarak oluşturulan model gösterilmektedir.

Şekil 3

Meme ve Rahim Kanseri Taramasına Erişim Modeli (Literatüre Dayalı)



Bu çalışmada kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşleri incelenmiştir. Elde edilen modelden hareketle çalışmada cevap aranan temel sorular aşağıdadır:

1. Kadınlar meme/rahim kanseri ve tarama hizmetleri hakkında neler biliyor?
2. Kadınların tarama hizmetlerine erişim engelleri nelerdir?
3. Kadınlar tarama hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran faktörler nelerdir?

BÖLÜM 4. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, araştırma dizaynı, veri toplama süreci, verilerin analizi, geçerlik ve güvenilirlik ve araştırma etiği konuları hakkında bilgi sunulmaktadır.

4.1. Araştırmanın Amacı

Küresel Kanser Gözlemevi (GCO) tarafından açıklanan rapora göre 2020 yılında meme kanseri tüm kanserler arasında en sık görülen kanser türüdür. Raporda iki milyondan fazla (2,26 milyon) yeni vaka ve üçte biri oranında (684 bin) mortalite bildirilmektedir (GLOBOCAN, 2020). Bu haliyle meme kanseri, küresel düzeyde her sekiz kanser vakasının birini (Arnold vd., 2022) ve tüm kanser vakalarının dörtte birini oluşturmaktadır. 2040 yılına kadar kanser vakaları içindeki oranının %46'yı aşması beklenmektedir (Heer vd., 2020). Benzer durumlar rahim kanseri için de söz konusudur. Rahim kanser insidansı en sık bildirilen kanser türleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek düzeyde yük teşkil eden halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Singh vd., 2023). Öte yandan Türkiye'de kanser ölümlerinin %15,1'i meme kanseri nedeniyle meydana gelmiştir (GLOBOCAN, 2020). Meme kanserine göre rahim kanserinin daha düşük bir yüzdeye sahip olmasına karşın 2013 yılından bu yana yaşa özgü görülme hızında bir azalma yaşanmamıştır (Kara ve Keskinlik, 2021). Pek çok araştırmacı yetersiz tanı ve tedavinin ve bunlara erişimin meme ve rahim kanserine bağlı morbidite ve mortaliteden sorumlu olduğunu belirtmektedir (Arbyn vd., 2008; Lyimo ve Beran, 2012; Pearson vd., 2022). Bu kapsamda bu tezin amacı kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak erişimi zorlaştırıcı veya kolaylaştırıcı durumlar hakkındaki tanımlamaları keşfetmektir.

4.2. Araştırma Dizaynı

Sosyal bilimlerde araştırmalar nitel, nicel ve karma yöntem olarak bilinen tekniklerle yürütülmektedir. Nicel yöntemler daha köklü bir geçmişe sahiptir. Ancak 1960 yıllardan itibaren ortaya çıkan yeni bir paradigma nitel yöntemlere ilgiyi artırmış ve araştırma geleneği nicel ve nitel araştırmalar olarak ikiye bölünmüştür (Punch, 1998). Karma yöntem ise ilk olarak Jick (1979) tarafından sosyal bilimlerde nitel ve nicel yöntemlerin bütünleşik yapısını incelemek için ortaya atılmıştır (Ostlund vd., 2011). Bu çalışmada, kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran veya

kolaylaştıran durumları incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Çalışma temel nitel araştırma desenine uygun olarak yürütülmüştür.

4.2.1. Yöntemin ve Desenin Gerekçesi

Çalışmada nitel araştırma yaklaşımı ve temel nitel araştırma desenin benimsenmesi üç gerekçeye dayanmaktadır. Bunlardan ilki, giriş bölümünde de tartışıldığı gibi sağlık hizmetlerine erişim kavramının tek ve ortak bir tanımının olmaması erişim ile ilgili kavramsal modellemelerin çeşitliliğine neden olmaktadır. Nitekim bu tez çalışması kapsamında incelenen iki temel erişim modeli (Aday ve Andersen, 1974; Panchansky ve Thomas, 1981) bu durumun kanıtı niteliğindedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine erişimin geniş ve çok boyutlu bir kavram olması, zaman zaman araştırmacılar tarafından erişimin karmaşık (Higgs vd., 2001; Levesque vd., 2013) ve anlaşılması zor (Goddard ve Smith, 2001; Khan ve Bhardwaj, 1994) bir kavram olarak nitelendirilmesine neden olmaktadır. Literatür incelendiğinde bu durumun erişimin farklı şekillerde tanımlanmasından (Levesque vd., 2013; McGrail, 2012) farklı toplumlarda erişim gerçekliğinin farklılaşmasından ve erişimin hem sistem hem de bireyin özelliklerinden etkilenen bir kavram olmasından (Higgs vd., 2001) kaynaklandığı görülmektedir. Bu çalışmada, kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimini zorlaştıran veya kolaylaştıran durumlar hakkındaki görüşlerini ayrıntılı bir şekilde ortaya çıkarmak amacıyla nitel araştırma yaklaşımı tercih edilmiştir.

İkinci gerekçe, birinci gerekçe ile de ilişkili olarak meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimin belirlenmesinde standart bir ölçüm aracının olmaması araştırmacıyı nitel araştırma yaklaşımına sevk etmiştir. Bu tez kapsamında incelenen literatürde, konuyla ilgili kapsayıcı nicel bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Son yıllarda yürütülen araştırmalar incelendiğinde, nicel ölçüm araçlarının genellikle coğrafi erişim (Elkin vd., 2010; Jewett vd., 2018; Peipins vd., 2011) veya sosyal erişim gibi (Dean vd., 2014; Theme Filha vd., 2016) erişimin belirli spesifik alanlarını ölçmeye yönelik olduğu görülmüştür.

Üçüncü gerekçe nitel, nicel ve karma yöntemler arasındaki farklılıklardır. Nitel araştırmalar, sosyal veya beşerî bir soruna yüklenen anlamları keşfetmeyi ve anlamayı, ayrıntılardan genel temalara tümevarımsal olarak inşa edilen veri analizini ve araştırmacının verilerin anlamını yorumlamasını içermektedir. Buna karşın, nicel araştırmalar tümdengelimsel bir yaklaşımla değişkenler arasındaki ilişkileri inceleyerek

teorileri test etmeyi, bulguları genelleme ve tekrarlamayı amaçlayan yöntemlerdir. Karma yöntemler ise hem nitel hem de nicel araştırma yönteminde kullanılan veri biçimlerini bütünleştirerek bu iki yöntemden elde edilen bilgilerin ötesinde bir içgörü sağlama amacı taşımaktadır (Creswell ve Creswell, 2018). Örneğin nicel araştırmalar, belirli bir ürünü tercih eden insanların sayısını araştırırken, nitel araştırmalar derinlemesine sorgulama stratejisi kullanarak bireylerin belirli bir ürünü tercih etme motivasyonlarının ne olduğuna ya da motivasyonlarının nasıl geliştiğine yönelik ayrıntılı bilgiler elde etmeyi amaçlamaktadır (Barnham, 2015). Bu çalışma ile bir taraftan kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerini belirlerken, diğer yandan da tarama yaptırma motivasyonlarıyla ilgili olumlu veya olumsuz durumları keşfetmek ve olumlu yönleri geliştirmek ve olumsuzlukların nasıl ortadan kaldırılacağına ilişkin ayrıntılı inceleme yapmaktır. Bu nedenle çalışmada nitel araştırma yöntemi benimsenmiştir.

Nitel araştırmalarda araştırmanın amacı, araştırma problemi ve araştırma soruları bağlamında farklı desenler benimsenmektedir (Leedy ve Ormrod, 2020). Merriam ve Tisdell (2016), genel olarak nitel araştırma desenlerinin temel nitel araştırma, etnografi, fenomenoloji, öyküsel analiz, gömülü kuram ve nitel vaka araştırması olarak sınıflandırıldığını bildirmektedir. Bu tasarımlardan her biri kendine özgü bazı özellikler taşımaktadır. Etnografik araştırmalar gruplar, organizasyonlar ve topluluklar içinde meydana gelen sosyal etkileşimlerin, davranışların ve algıların kendi kültürel bağlamı içinde incelenmesine yöneliktir (Reeves vd., 2008). Fenomenolojik araştırmalar, “bir kişinin dünyasını gerçek veya anlamlı olarak deneyimleme veya anlama biçimini” incelemektedir. Diğer bir ifadeyle kişinin fenomeni deneyimleme biçimini analize dahil etme ve fenomene ilişkin kişiye özgü anlamları ortaya çıkarmaya yöneliktir (Wilson, 2015). Öyküsel analiz başı, ortası ve sonu olan kişisel deneyimleri hikâye biçiminde ele almakta ve analize dahil etmektedir (Merriam ve Tisdell, 2016). Gömülü kuram, verilerden kuram oluşturmayı amaçlayan, araştırmacının mevcut kuramsal çerçevelerden alınan hipotezleri test etmeye odaklanmadığı, bunun yerine sahada toplanan ampirik verilere dayanan yeni bir kuram geliştirdiği yenilikçi bir araştırma deseni olarak tanımlanmaktadır (Dunne, 2011). Vaka araştırmaları ise belirli bir zaman diliminde gözlemlenen ve birbirine benzer birimlerden oluşan bir sınıfı anlamak amacıyla tek bir birimin yoğun çalışmasına odaklanmaktadır (Baskarada, 2014). Merriam ve Tisdell (2016), tüm bu araştırma desenlerinin hepsinin ortak yanının yorumlayıcı olduğunu ve

herhangi bir nitel araştırmacının fenomenoloji, etnografi, gömülü kuram ya da vaka araştırma desenlerinden herhangi birini belirlemeden “temel nitel araştırma” yapabileceğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, temel nitel araştırma deseninin eğitim, sağlık ve sosyal hizmet gibi alanlarda en yaygın kullanılan nitel araştırma biçimi olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle çalışmada temel nitel araştırma deseni benimsenmiştir.

4.2.2. Örnekleme Stratejisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılında kanserin yaklaşık 9,6 milyon ölüme neden olduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak her altı ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleştiği için dünya çapında ikinci önde gelen ölüm nedeni olarak belirtmiştir. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanserleri erkeklerde en yaygın görülen kanser türleri iken, meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanserleri ise kadınlarda en sık görülen kanserler olarak gösterilmiştir (World Health Organization, 2022). Küresel Kanser Araştırmaları Ajansı raporuna göre ise kansere bağlı ölümler arasında ilk sırada meme kanseri ikinci sırada akciğer kanseri yer almaktadır. Raporda 2020 yılı için meme kanserine bağlı iki milyondan fazla ölüm vakası bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2020). Bu durum kadınların kansere bağlı morbidite ve mortalite açısından daha büyük bir risk altında olduğunu göstermektedir. Öte yandan, kadınlara özgü erken teşhis ve tarama programları kapsamında koruyucu sağlık hizmeti sunulan temel iki kanser türü rahim ve meme kanseridir. Bu nedenle çalışmanın örnekleme kadınlardan oluşmaktadır.

Nitel araştırmalarda örnekleme stratejisi araştırma yaklaşımlarına göre farklılık göstermektedir. Bununla birlikte nitel araştırmalar nicel araştırmalardan farklı olarak olasılığa dayanmayan örnekleme yöntemlerini kullanmaktadır. Nitel araştırmalarda yaygın olarak bilinen örnekleme yöntemleri uygun örnekleme, kartopu örnekleme ve amaçlı örnekleme yöntemleridir. Amaçlı örnekleme en yaygın kullanılan örnekleme yöntemi olarak ifade edilmektedir (Gill, 2020). Polit ve Beck (2017) eninde sonunda tüm nitel araştırmaların amaçlı örnekleme yöntemine evrildiğini ileri sürmektedir.

Amaçlı örnekleme, bilgi açısından zengin vakaların belirlenmesine yardımcı olabilecek kilit bilgi kaynaklarına erişimi ifade etmektedir (Suri, 2011). Nitel araştırmaların amacı insan deneyimlerine dayanan bilgiyi üretmektir (Sandelowski, 2004). Bu kapsamda nitel araştırmacılar, hem araştırmacının çalışma olgusunu anlamasına yardımcı olabilecek

(Gill, 2020), hem de araştırma sorusunu yanıtlamak için bilgi sağlayabilecek kişilerle görüşme yapmayı tercih etmektedir (Sandelowski, 1995).

Bu çalışmada amaçlı örnekleme yönteminden yararlanarak rahim ve meme kanserlerinin özellikleri dikkate alınarak örneklem belirlemede iki farklı kriter kullanılmıştır: Rahim kanseri taramasına erişim konusunda Sağlık Bakanlığı Ulusal Tarama Standartları rehberine uygun bir şekilde 30-69 yaş arası kadınlar örnekleme dahil edilmiştir. Meme kanseri taraması hakkındaki görüşlerin incelenmesi için ise 40-69 yaş arası kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Yukardaki özelliklere ilave olarak çalışma örnekleme başkasının yardımı olmadan Türkçe anlayıp konuşabilen kadınlar dahil edilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olup kendi kendine karar verme ehliyeti bulunmayan, Total Abdominal Histerektomi/Bilateral Salpingooferektomi (TAH/BSO) ve Mastektomi operasyonu geçiren kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

4.3. Veri Toplama Süreci

Nitel araştırmalarda veri toplama esas olarak görüşme, gözlem ve doküman inceleme yoluyla sağlanmaktadır (Patton, 2014). Görüşmeler bireyin deneyim, görüş, duygu ve bilgilerini alıntılama, gözlemler bireyin faaliyet, davranış ve eylemlerini açıklamayı ve dokümanlar ise çeşitli belgelerde yer alan metinlerin içeriklerini analiz etmeyi amaçlamaktadır (Merriam ve Tisdell, 2016). Bu çalışmada, kadınların tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerini incelemek amacıyla görüşme yönteminden yararlanılmıştır.

Nitel araştırmalarda veri toplama amacıyla yararlanılan başlıca görüşme yöntemleri üç başlık altında incelenmektedir. Bunlar yapılandırılmış, yarı-yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşmelerdir (Baskarada, 2014). Yapılandırılmış görüşmelerde sorular önceden hazırlanmakta ve yanıtlar belirli bir kodlama şemasına göre hazırlanmış bir formda katılımcı tarafından doldurulmaktadır (Leedy ve Ormrod, 2020). Yarı-yapılandırılmış görüşmelerde, araştırmacılar önceden bir konu kılavuzu hazırlamaktadır. Araştırmacının görevi, katılımcıları konular hakkında özgür bir şekilde konuşmaya ve kendi kelimeleriyle hikayeler anlatmaya teşvik etmektir. Bu sayede araştırmacı konuyla ilgili tüm bilgileri elde edebilmektedir (Polit ve Beck, 2017). Yapılandırılmamış görüşmelerde ise önceden hazırlanmış bir soru seti yoktur. Araştırmacı, soruları spontane bir şekilde kategorize etmeden görüşmeciye yönelmektedir. Bu yöntem, zengin bir

tecrübe ve alan hakimiyeti gerektirmektedir. Bazı durumlarda araştırmacının odağını kaybetme ve cevaplar arasında kaybolma riski ortaya çıkabilmektedir (Merriam ve Tisdell, 2016). Erişimin geniş ve çok boyutlu bir kavram olması ve zaman içinde farklı tanımlamalara maruz kalması nedeniyle, araştırmacının araştırma probleminin temel odağından sapma riski bulunmaktadır. Bu kapsamda araştırma odağından sapmamak ve görüşmecilerden sistematik ve karşılaştırılabilir veriler elde etmek amacıyla çalışmada yarı-yapılandırılmış görüşme yönteminden yararlanılmıştır. Nitel araştırmalarda veri toplama süreci çalışmaların güvenilirliği ve aktarılabilirliği açısından önemli olan bir süreçtir (Cho ve Trent, 2016). Bu kapsamda görüşme formlarının hazırlanması iki aşamadan oluşturulmuştur.

İlk aşamada, yarı-yapılandırılmış görüşme formlarının hazırlanmasında literatürden yararlanılmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde yapılan literatür incelemesi sonucunda kadınların tarama hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran veya zorlaştıran faktörlerin bireysel, hizmet sunum sistemiyle ilgili, sosyo-kültürel, coğrafi ve politik faktörlerden oluştuğu görülmüştür. Bireysel faktörler genel olarak kadınların bilgi ve farkındalık düzeyleri ve sağlık inançları gibi faktörlerden oluşmaktadır. Hizmet sunum sistemiyle ilgili faktörler hasta-hizmet sunucu etkileşimi, bekleme süreleri ve kaynaklar gibi faktörlerden oluşmaktadır. Coğrafi faktörler mesafe, ulaşım aracı ve seyahat maliyeti faktörlerinden oluşmaktadır. Sosyo-kültürel faktörler damgalanma, aile desteği ve dini veya kültürel inançlarla ilgili faktörlerden oluşmaktadır. Politik faktörler ise sağlık eğitimi ve finansman faktöründen oluşmaktadır. Literatür taraması sonucunda ortaya çıkarılan ilk görüşme kılavuzu aşağıdaki gibi oluşturulmuştur;

- Meme/Rahim kanseri ve tarama süreçleri hakkında neler biliyorsunuz?
- Çevrenizdeki insanların meme/rahim kanseri taramasına bakış açısı nasıldır?
- Tarama hizmetlerine erişiminizi etkileyen durumlar hakkında neler söyleyebilirsiniz?
- Tarama yaptırdıysanız, tarama sürecinde yaşadığınız güçlüklerden bahsedebilir misiniz?
- Tarama hizmetlerine daha kolay ulaşabilmeniz ve düzenli olarak tarama yaptırabilmeniz için neler önerirsiniz?

Literatür incelemesi sonucu elde edilen kavramsal çerçeve sonucunda ilk taslak form tez danışmanı ile birlikte değerlendirilmiş ve tez izleme komitesi üyelerinin önerileri doğrultusunda revize edilmiştir. Bu aşamadan sonra görüşme kılavuzunun geçerliliğini test etmek için bir odak grup görüşmesi ve 3 bireysel görüşme ile pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme sonunda sorular gözden geçirilmiş katılımcılardan gelen cevaplar doğrultusunda görüşme formu revize edilmiştir. Sonuç olarak detaylı görüşme kılavuzu aşağıdaki gibi oluşturulmuştur;

Bilgi/farkındalık ve sağlık inancı boyutuyla ilgili sorular

Meme/Rahim kanseri hakkında neler biliyorsunuz?

- Nedenleri hakkında neler biliyorsunuz?
- Belirtileri hakkında neler biliyorsunuz?
- Belirtilerini anlamak için neler yapıyorsunuz?
- Meme/Rahim kanserine yakalanma riskiniz hakkında ne söyleyebilirsiniz?
- Taramanın yararları ve zararları hakkında ne düşünüyorsunuz?
- Tarama süreci hakkında neler biliyorsunuz?

Coğrafi, ekonomik, sosyo-kültürel, politik ve hizmet sunum sistemi boyutlarıyla ilgili sorular

Tarama yaptırmanızı zorlaştıran şeyler hakkında neler söyleyebilirsiniz?

- Ulaşım açısından ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?
- Ekonomik olarak sizi zorlayan durumlar hakkında neler söyleyebilirsiniz?
- Hizmet alma sürecinde ne gibi zorluklarla karşılaştınız?
- Çevrenizdeki insanların deneyimleri tarama yaptırma konusundaki düşüncelerinizi nasıl etkiledi?
- Bunların dışında sizi tarama yaptırmaktan alıkoyan ya da engelleyen başka ne tür zorluklar yaşadınız?

Tarama hizmetlerinden yararlanmak için sizi motive eden faktörler nelerdi?

- Tarama yaptırma konusunda sizi neler teşvik ediyor?
- Düzenli olarak tarama yaptırmak için neler yapılabilir?

4.3.1. Görüşme Yerinin Seçimi

Meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim fırsatçı tarama ve toplum tabanlı tarama olmak üzere iki yöntemle sağlanmaktadır. Fırsatçı tarama, kadınların belirti görmeleri veya herhangi bir sağlık problemi nedeniyle hizmet sunucuya başvurduğu durumlarda yapılan tarama testlerini içermektedir. Bu tür taramalarda hekimler tarama fırsatından yararlanması için hastayı teşvik etmektedir. Toplum tabanlı tarama ise, bilinçli olarak organize edilmiş, standartları olan ve risk gruplarını hedefleyen programlar vasıtasıyla yapılan tarama testlerini kapsamaktadır (Wu vd., 2016).

Türkiye’de toplum tabanlı kanser tarama programları KETEM birimleri aracılığıyla yürütülmektedir. KETEM, meme kanseri, rahim kanseri ve kolorektal kanseri önlemek amacıyla toplum tabanlı kanser tarama hizmetleri sunan birimlerdir (Enginyurt vd., 2014). Bununla birlikte aile sağlığı merkezleri (ASM), rahim kanserine yönelik toplum tabanlı kanser tarama programlarının yürütüldüğü diğer önemli birimlerdir. Bu merkezler yalnızca buldukları bölge nüfusuna hizmet sağlamaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu çalışma, Türkiye’nin kuzeydoğusunda bulunan Trabzon iline bağlı bir ASM ve bir KETEM biriminde yürütülmüştür.

4.3.2. Görüşme Süreci

ASM’nde görüşmeciler aile hekimine muayene için başvuru esnasında seçilmiştir. KETEM biriminde ise görüşmeciler rahim ve meme kanseri tarama hizmetine başvuru esnasında seçilmiştir. Kadınlara tanımlayıcı soruları içeren bir anket (Ek 2) uygulandıktan sonra uygun görülen kadınlar görüşme için davet edilmiştir. Bu kapsamda toplam 102 kadına anket uygulanmış ve görüşme davetine katılmayı kabul eden 25 kadınla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ilgili ASM ve KETEM biriminde görüşme için özel olarak tahsis edilmiş odalarda gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmeler Haziran 2022 ve Ocak 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Görüşmeler veri doygunluğu sağlanıncaya kadar devam ettirilmiştir. Görüşmeler, araştırmanın geçerliliğine katkı sağlamak amacıyla odak grup ve bireysel görüşme olmak üzere iki şekilde tasarlanmıştır. Odak grup görüşmesi için gönüllü olmayan katılımcılar bireysel görüşme için davet edilmiştir (Lambert ve Loiselle, 2008). Sonuç olarak 19 bireysel görüşme ve 6 kadından oluşan bir odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler toplam 526 dakika ve her bir görüşme için ortalama 26 dakika sürmüştür. Bireysel görüşmelerde her bir görüşmeciye K1,...,K19 odak grup görüşmesinde her bir görüşmeciye OG1,...,OG6 olarak rumuz verilmiştir.

4.4. Verilerin Analizi

Tüm araştırmalarda veri analizinin amacı, toplanan verileri organize etmek, anlam çıkarmak ve gerçekçi sonuçlara ulaşmaktır. Nitel araştırmalarda bu amaca ulaşmak için yaygın olarak başvuru olan yöntemlerden biri nitel içerik analizidir (Bengtsson, 2016). İçerik analizi “*metinlerden kullanım bağlamlarına kadar yinelenebilir ve geçerli çıkarımlar yapmak için kullanılan bir araştırma tekniği*” olarak tanımlanmaktadır (Krippendorff, 2018). Bir başka tanımda içerik analizi, kodlamaların sistematik sınıflandırma süreci aracılığıyla yapıldığı ve metnin içeriğinin öznel olarak yorumlandığı bir araştırma yöntemi olarak ifade edilmektedir (Hsieh ve Shannon, 2005).

Nitel içerik analizi için üç yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar geleneksel, yönlendirilmiş ve özetleyici içerik analizi yaklaşımlarıdır. Araştırmacının hangi yaklaşımı kullanacağı teorik ve temel ilgi alanlarına ve araştırmanın problemine göre değişmektedir. Yaklaşımlar arasındaki temel farklar kodlama şemaları, kodların kökenleri ve güvenilirliğe ilişkin farklılıklardan oluşmaktadır (Hsieh ve Shannon, 2005).

Özetleyici yaklaşım, genellikle anahtar kelimelerin veya içeriğın sayılmasını ve karşılaştırılmasını ve ardından altta yatan bağlamın yorumlanmasını kapsamaktadır (Hsieh ve Shannon, 2005; Pearce vd., 2022). Geleneksel yaklaşım bir fenomeni keşfetmeye odaklanan araştırmalarda, fenomene ilişkin teorik literatürün veya araştırmaların sınırlı olduğu durumlarda kullanılmaktadır (Picciotto ve Fox, 2017). Yönlendirilmiş yaklaşımda ise ilk kodlar bir teori ya da ilgili konudaki araştırmaların bulgularından yola çıkarak oluşturulmaktadır (Hsieh ve Shannon, 2005). Bu yaklaşımın amacı teorik bir çerçeveyi veya teoriyi kavramsal açıdan doğrulamak ya da genişletmektir (Humble, 2009).

Yönlendirilmiş içerik analizi yaklaşımı analiz sürecinin tümdengelimsel bir özellik içerdiğine işaret etmektedir (Hsieh ve Shannon, 2005). Bunun nedeni, tümdengelimsel bir yol izlemenin genellikle önceki teorilere ya da ilgili araştırmalardan elde edilen modellere dayandırılmasıdır. Diğer bir ifadeyle tümdengelimsel analiznin amacı, mevcut verileri yeni bir bağlamda yeniden test etmek ya da kavramları, modelleri veya hipotezleri test etmektir (Marshall ve Rossman, 2016). Bu yöntemde araştırmacılar, literatüre veya

önceki bir teoriye dayalı bir kategori matrisi oluşturarak verileri kategorilere göre kodlamaktadır. Bu matris yapılandırılmış ya da sınırlandırılmamış bir biçimde oluşturulabilmektedir. Yapılandırılmış bir analiz matrisi kullanırken, verilerin yalnızca sınıflandırma çerçevesine uyan yönleri seçilmektedir. Bu şekilde, kategorizasyon çerçevesine uymayan yönler, tümevarımsal içerik analizi ilkelerine dayalı olarak kendi kavramlarını oluşturmak için kullanılabilir (Elo ve Kyngas, 2008). Bu açıdan yönlendirici içerik analizi hem tümdengelimsel hem de tümevarımsal analiz süreçlerini bir arada yürütmeye olanak sağlamaktadır (Polit ve Beck, 2017). Özetle yönlendirilmiş içerik analizinde önceki model veya teorilerden kodlama kategorilerinin bir başlangıç listesi oluşturulabilmektedir. Tümevarım yoluyla yeni kategoriler ortaya çıktıkça analizin seyri içinde model veya teoriler değiştirilebilmektedir (Zhang ve Wildemuth, 2009).

Bu çalışmada hem tümdengelimsel hem de tümevarımsal analize olanak sağlaması nedeniyle içerik analizi yaklaşımı olarak yönlendirilmiş içerik analizi benimsenmiştir. Diğer bir ifadeyle, analiz aşamasında önceki literatür ve araştırmalardan yararlanılarak önsel tema ve kodlar geliştirilmiş ve dışarıda kalan yönler yeniden yorumlanarak modele dahil edilmiştir. Örneğin literatürde “korku” kategorisi, kadınların taramaya erişimlerini engelleyen faktörlerden biri olarak açıklanmaktadır. Bu çalışmada kadınların tarama yaptırma korkuları arasında literatürden farklı olarak “*jinekolojik masa korkusu*” ayrı bir kod olarak ortaya çıkmıştır. Jinekolojik masa korkusu, kötü bir doğum deneyimini bildiren OG6 tarafından “...*O masa o muayene korkusu. Ben normal doğum bile yapmadım o yüzden. Çok bir çekiniyordum o yüzden*” şeklinde dile getirilmiştir. Bu durum, önceki araştırmalarda ele alınan “korku” kategorisinin ancak tümevarımsal bir bakış açısıyla genişletilebileceğini ortaya koymaktadır. Nitekim kavramsal çerçevede de ifade edildiği gibi, erişimin çeşitli kültürler ve topluluklarda farklı algılanma ve yorumlanması nedeniyle erişim hakkında ortak bir tanım yapmanın güç olduğu vurgulanmıştır.

Farklı bir bakış açısıyla içerik analizleri araştırmacının amacına göre açık ve gizli içerik analizi olarak iki şekilde yapılabilmektedir. Açık içerik analizi, yazıya dökülmüş görüşme metniyle sınırlıdır, ancak gizli içerik analizi hem araştırmacıların mevcut metni yorumlamalarını hem de katılımcıların sessizliklerini, duraklamaları ve iç çekmeleri gibi duygularını da içermektedir (Assarroudi vd., 2018). Her iki analiz yaklaşımının avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Açık içerik analizi gizli içerik analizine göre daha yüksek güvenilirliğe sahiptir. Nitel analiz yazılımları kullanılarak yapılan açık içerik

analizleri güvenilirliği daha fazla artırmaktadır. Ancak metinleri ve paragrafları belirli bir kalıba indirmediği için düşük geçerlilik sunmaktadır. Gizli içerik analizi ise daha yüksek geçerliliğe sahiptir. Buna karşın araştırmacı yorgunluğu nedeniyle ortaya çıkan kodlama hataları daha az güvenilirlik sağlamaktadır (Dooley, 2016). Bu nedenle çalışmada açık ve gizli içerik analizi birlikte kullanılmıştır.

Analiz süreci iki bağımsız araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sonunda elde edilen ses kayıtları her mülakatın ardından kelimesi kelimesine yazılı metinlere dönüştürülmüştür. Elde edilen metinler birden çok kez okunarak araştırma sorularıyla ilgisi kurulmaya çalışılmıştır. Bu süreç belirli görüşmelerden sonra yinelenerek görüşmeler deşifre edilmiş ve bir sonraki görüşmenin analizine geçilmiştir. Bu kodlama stratejisi iki araştırmacı tarafından izlenerek kodlamalar sonucunda yapılan analizler karşılaştırılmış ve uyuşmazlıklar araştırmacılar tarafından tartışılarak uzlaşmaya varılmıştır. Analiz ve kodlamalarda NVivo 12 nitel analiz programı kullanılmıştır.

4.5. Geçerlik ve Güvenirlik

Bu çalışmada, sunulan verilerin inandırıcılığı ve kalitesi incelenerek çalışmanın güvenilirliği ve geçerliliği oluşturulmuştur. Çalışmada geçerlik ve güvenilirlik için benimsenen nitel paradigmlar inanılabilirlik, onaylanabilirlik, güvenilirlik ve aktarılabirliği içermektedir. Çalışmada yanlılığı azaltmak için bir geçerlilik yöntemi olan üçgenleme prosedürü benimsenmiştir.

4.5.1. Üçgenleme Prosedürü

Üçgenleme, "*bir araştırmadan veya bir yöntemden kaynaklanan eksikliklerin üstesinden gelmek için birden çok yöntemin kullanılması*" olarak tanımlanmaktadır (Cho ve Trent, 2016). Amaç, iki veya daha fazla bağımsız değerlendirme kullanarak bir önermenin doğrulanması yoluyla bulgulara duyulan güveni artırmaktır. İki veya daha fazla değerlendirmeden elde edilen bulguların kombinasyonu, her iki ölçümün tek başına yapabileceğinden daha kapsamlı bir sonuç tablosu sağlamaktadır (Heale ve Forbes, 2013). Üçgenleme yöntemi yöntem üçgenleme, araştırmacı üçgenleme, teori üçgenleme ve veri üçgenleme olarak dört farklı şekilde uygulanmaktadır (Carter vd., 2014; Denzin, 2009). Bu çalışmada yöntem üçgenleme, araştırmacı üçgenleme ve teori üçgenleme prosedürleri izlenmiştir.

Yöntem üçgenleme, aynı olgu için veri toplamada birden fazla yöntemin kullanılmasını ifade etmektedir (Polit ve Beck, 2017). Yöntem üçgenleme kendi içinde yöntem-içi üçgenleme ve yöntemler-arası üçgenleme olarak ikiye ayrılmaktadır. Yöntem-içi üçgenlemeye gözlem ve odak grup görüşmelerinin aynı anda kullanılması örnek verilebilirken, yöntemler-arası üçgenlemeye hem nicel hem nitel veri toplama yöntemlerinin (görüşme ve anket gibi) bir arada kullanılması örnek verilebilmektedir (Thurmond, 2001). Literatürde odak grup ve bireysel görüşme gibi farklı görüşme yöntemlerinin birlikte kullanıldığı çalışmalar yer almaktadır (Binka vd., 2019; Dsouza vd., 2020; Greibe Andersen vd., 2020; Johnson vd., 2017; Noble ve Heale, 2019). Sosyal etkileşim teorisine göre tek bir görüşme yönteminden elde edilen tanımlamalar, grupların ve bireylerin etkileşimiyle ortaya çıkan zengin anlamları içermeye yetersiz kalabilmektedir. Odak grup görüşmeleri, bireylerin sosyal etkileşimleriyle ortaya çıkan derinlemesine tanımları içeriğe dahil ederek üçgenlemeye katkı sağlamaktadır (Caillaud ve Flick, 2017). Bu çalışmada araştırmanın geçerliliğini artırması amacıyla odak grup görüşmesi ve bireysel görüşme yöntemleri birlikte kullanılmıştır.

Araştırmacı üçgenleme, tek bir araştırmada farklı özelliklere sahip birden fazla araştırmacının yer alması anlamına gelmektedir. Örneğin deneyimli bir araştırmacı daha az deneyime sahip bir araştırmacıdan farklı sonuçlara ulaşabilmektedir (Archibald, 2015; Oppermann, 2000). Bu çalışmada verilerin analizi iki farklı bağımsız araştırmacı tarafından gerçekleştirilerek analiz sonuçlarının güvenilebilirliğinin sağlanması amaçlanmıştır.

Teori üçgenleme ise bir veri setini yorumlamak için farklı teorilerin benimsenmesi anlamına gelmektedir (Ma ve Norwich, 2007). Bu yöntemde araştırmacı, çeşitli teorik perspektiflerin görece özerkliklerini kullanarak üçgenleme prosedürüne katkı sağlamayı amaçlamaktadır (Kushner ve Morrow, 2003). Bu çalışmada, görüşmelerden elde edilen verileri yorumlamada literatür bölümünde açıklanan erişim modelleri ve teorileri (Aday ve Andersen, 1974; Connell, 2012; Crenshaw, 1991; Panchansky ve Thomas, 1981) ve bu çalışmayla ilişkili olarak incelenen literatürden yararlanılarak oluşturulan erişim modeli benimsenmiştir.

Veri üçgenleme, diğer bir ifadeyle veri kaynağı üçgenleme, birden fazla veri kaynağının (metin, anket, görüşme gibi) kullanılmasını ifade etmektedir (Kern, 2016). Veri kaynağı üçgenleme, yöntem üçgenlemeyle benzese de daha eksiksiz bir bakış açısının elde

edilmesini sağlamak için tek bir veri toplama yöntemi içinde birden çok kaynaktan veri elde etmeye odaklanmaktadır (Moon, 2019).

4.5.2. Araştırmanın İnanırcılığı

Geçerlik ve güvenilirlik kavramları, pozitivist paradigma içinde açık bir şekilde tanımlanmasına karşın natüralist paradigma bağlamında farklı şekillerde ele alınmakta ve tanımlanmaktadır (Golafshani, 2015). Güvenilirlik tüm ölçüm yöntemleri için merkezi bir kavram olmakla birlikte zaman içindeki tutarlılık ve iç tutarlılık olmak üzere iki açıdan ele alınmaktadır. Zaman içindeki tutarlılık, aynı ölçüm aracının aynı kişilere, aynı koşullar altında, ancak farklı bir zamanda uygulanması sonucunda cevapların birbiriyle uyumlu olmasındaki tutarlılığı göstermektedir. İç tutarlılık ise ölçüm aracındaki öğelerin aynı yönde çalışıp çalışmadığı konusundaki tutarlılığı ifade etmektedir (Punch, 1998). Geçerlilik ise ölçüm aracının ölçülmek istenen olguyu doğru bir şekilde ölçme derecesini göstermektedir (Leedy ve Ormrod, 2020). Ancak nitel yaklaşım, test etmek yerine yorumlamayı ve bulguları genelleme kaygısı gütmeyen örneklem özelinde değerlendirmeyi araştırmanın odağına yerleştirmektedir. Bu nedenle nicel araştırmaların aksine inanırcılığı (trustworthiness) daha önemli bir kavram olarak görmektedir (Başkale, 2016; Bengtsson, 2016; Houser, 2015). Guba ve Lincoln (1982), nitel araştırmaların inanırcılığı sağlaması için inanılabilirlik, aktarılabirlik, güvenilebilirlik ve onaylanabilirlik gibi kriterlerden bir ya da birkaçının yerine getirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Guba ve Lincoln, 1982; Shenton, 2004);

- İnanılabilirlik-içsel geçerlilik,
- Aktarılabirlik - genellebilirlik yerine dış geçerlilik,
- Güvenilebilirlik - güvenilirlik yerine,
- Onaylanabilirlik - nesnellik yerine.

İnanılabilirlik; araştırma bulgularının gerçekle ne ölçüde uyumlu olduğunu göstermek için kullanılmaktadır (Shenton, 2004). Bir araştırmanın inanılır olabilmesi için, diğer araştırmacılar mevcut araştırmanın tasarım ve yönteminin araştırma problemine uygun olduğu, bulguların makul ölçüde doğru ve güvenilir olduğu ve mevcut yorumların mantıklı olduğu konusunda hemfikir olması gerekir (Leedy ve Ormrod, 2020). Nitel araştırmacıların inanılabilirliği artırmak için kullandığı yöntemler birbirinden farklılaşmaktadır. Bu çalışmada inanılabilirliği artırmak için araştırma tasarımı detaylı bir şekilde açıklanmaktadır. Bununla birlikte, inanılabilirliği sağlamak için soruların güvenilir

olması ve yanlığa izin vermemesi için önlemler alınmıştır. Sorular literatür taraması ve bağımsız araştırmacı değerlendirmesi yoluyla ilk taslak form haline getirildikten sonra odak grup ve bireysel pilot görüşmeler yoluyla test edilmiştir. Bununla birlikte araştırmacı, teori ve yöntem üçgenleme prosedürleri izlenerek araştırmanın inanılırlığı sağlanmaya çalışılmıştır.

Aktarılabirlik; nitel araştırmaların dışsal geçerliliğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Cho ve Trent, 2016). Sonuçların diğer gruplara ve çalışma sonuçlarına genelleme derecesi anlamına gelmektedir. Örneklemin ne kadar temsil edici olduğu, sonuçların ne kadar genelleştirilebilir olacağını, diğer bir ifadeyle aktarılabir olduğu belirlemektedir (Bengtsson, 2016). Ancak nitel araştırmalarda nicel araştırmalar gibi genelleme yapmak problemleri bir konu olarak görülmektedir. Nitel araştırmacıların aktarılabirliği sağlamak için kullanabileceği yöntemlerden biri, veri toplama ve analizin kavramlar ve modeller bağlamında nasıl yönlendirildiğini açıkça belirtmektir (Marshall ve Rossman, 2016). Bu çalışmada, çalışmanın odağı doğrultusunda literatürde yapılan nitel araştırmaların bulguları detaylı bir şekilde incelenerek kadınların rahim ve meme kanserine erişimlerini zorlaştıran ve kolaylaştıran durumlara ilişkin kavramsal bir model oluşturulmuştur. Aktarılabirliği sağlamak için veri toplama ve analiz süreci büyük oranda, inceleme sonucu oluşturulan kavramsal modele ve literatürde açıklanan modellere ve teorilere bağlı kalınarak yürütülmüştür.

Güvenilebilirlik; nicel araştırmalarda güvenilirlik kavramının yerine kullanılan nitel paradigmalardan biridir (Patton, 2014). Verilerin zaman ve koşullar üzerindeki istikrarını göstermektedir. İnanılabilirliğin ön koşulu olan güvenilebilirlik, bir araştırmanın bulgularının benzer katılımcılar ve benzer bağlamlar koşulu altında tekrar edip etmeyeceği anlamına gelmektedir (Polit ve Beck, 2017). Nitel araştırmacı güvenilebilirliği sağlamak için, çalışma içindeki süreçler ayrıntılı olarak raporlanmalı, böylece gelecekteki bir araştırmacının aynı sonuçları elde etmesi gerekmez bile çalışmayı tekrar edebilmesine olanak tanınmalıdır (Shenton, 2004). Bu çalışmada güvenilebilirliği sağlamak için araştırma süreci detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Bununla birlikte verilerin elde edilmesinde yüksek kaliteli bir ses kayıt cihazı kullanılmış, verilerin transkripsiyonu kelimesi kelimesine yapılmış ve verilerin analizinde nitel bir analiz yazılımı olan NVivo 12 programından yararlanılmıştır.

Onaylanabilirlik; nitel araştırmalarda nesnelliğin ölçüsü olarak kabul edilmektedir (Marshall ve Rossman, 2016). Araştırmacı onaylanabilirliği sağlamak için sonuçları mümkün olduğunca gerçek verilere dayandırmalı, veri toplama ve veri analizi süreçlerini diğer araştırmacıların çalışmalarını makul bir şekilde tekrarlayıp benzer sonuçlar çıkarabilecekleri kadar ayrıntılı olarak açıklamalıdır (Leedy ve Ormrod, 2020). Bu çalışmada nesnelliği sağlamak ve araştırmacının ön yargısının etkisini azaltmak için benimsenen yöntemlerin gerekçeleri açıklanmış, araştırma süreçleri detaylı bir şekilde tanımlanmış ve üçgenleme prosedürü araştırmanın geçerliliğine katkı sağlamak için kullanılmıştır. Bununla birlikte literatür bölümünde çalışmayla ilgili model ve kuramlar açıklanmış, verilerin analizi sürecinde teori ve kuramlardan doğan ve bunların dışında kalan yönler ayrıntılı bir şekilde tartışılmıştır.

4.6. Araştırma Etiği

Araştırmada katılımcılara araştırmaya katılmadan önce araştırmanın önemi ve amacını içeren bilgilendirilmiş onam formu onaylatılmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına göre gerçekleştirilmiştir. Katılmak istemeyen kadınlar katılım için zorlanmamıştır (Ek 3). Katılımcıların gizlilik ve anonimliğine dikkat edilmiş ve 07/07/2022 tarih ve 13562490-799-03 sayılı yazıları ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik yönden uygunluk izni (Ek 4) alınmıştır. Ayrıca Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Halk Sağlığı Başkanlığından kurum izinleri alınmıştır (Ek 5).

BÖLÜM 5. BULGULAR

Bu bölümde kadınların meme ve rahim kanseri ve taramalar hakkında bilgi düzeyleri, sağlık inançları, taramaya katılmalarını zorlaştıran ve kolaylaştıran durumlar hakkında ne düşündüklerini keşfetmek amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular sunulmaktadır.

5.1. Katılımcıların Özellikleri

Çalışmada amaçlı örnekleme yönteminden yararlanılarak 19 kadınla bireysel görüşme ve 6 kadınla odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Katılımcı daveti öncesi uygulanan anketler yoluyla katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler elde edilmiştir. Toplamda 102 kadına anket uygulanmış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 25 kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Anket uygulanan tüm katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Anket uygulanan kadınların yaş ortalaması 47,95’tir (En büyük=67; En küçük=31). Büyük çoğunluğu ilköğretim (%43,1) ve lise (%29,4) mezunu olmakla birlikte %93,1’i evli olduğunu belirtmiştir. Daha önce hiç meme kanseri taraması yaptırmayan ve son meme kanseri taramasını 2 yıldan uzun bir süre önce yaptırdığını bildiren kadınların oranı %74,6’dır. Bununla birlikte kadınların %84,3’ü düzenli meme kanseri taraması yaptırmadığını belirtmiştir. Daha önce hiç rahim kanseri taraması yaptırmadığını ve en son rahim kanseri taramasını 5 yıldan uzun bir süre önce yaptırdığını belirten kadınların oranı %58,9’dur. Bununla birlikte kadınların %87,3’ü düzenli rahim kanseri taraması yaptırmadığını bildirmiştir. Bir kadın rahim ve yumurtalıklarını aldığını (Total Abdominal Histerektomi- Bilateral Salpingooferektomi (TAHBSO)) belirtmesi nedeniyle araştırmaya davet edilmemiştir. Anketlerin %83,3’ü ASM’de uygulanmış ve anket uygulanan kadınların %24,5’i ile görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan kadınlara ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1

Anket Uygulanan Kadınlara İlişkin Bilgiler

	Frekans	Yüzde		Frekans	Yüzde
Yaş			Son rahim taraması		
31-45	43	42,2	Hiç yaptırmadım	38	37,3
46-60	47	46,1	5 yıldan uzun	22	21,6
≥61	12	11,8	Son 5 yıl içinde	42	41,2
Toplam	102	100,0	Toplam	102	100,0

Eğitim			Düzenli rahim taraması		
İlköğretim	44	43,1	Evet	12	11,8
Lise	30	29,4	Hayır	89	87,3
Önlisans	5	4,9	TAHBSO*	1	1,0
Lisans	21	20,6	Toplam	102	100,0
Lisansüstü	2	2,0			
Toplam	102	100,0	Görüşme Yeri		
			KETEM	17	16,7
Medeni durum			ASM	85	83,3
Evli	95	93,1	Toplam	102	100,0
Bekar	7	6,9			
Toplam	102	100,0	Görüşme durumu		
			Görüşüldü	25	24,5
En son meme taraması			Hayır	77	75,5
Hiç yaptırmadım	43	42,2	Toplam	102	100,0
2 yıldan uzun	33	32,4			
Son 2 yıl içinde	26	25,5			
Toplam	102	100,0			
			Düzenli meme taraması		
			Evet	16	15,7
			Hayır	86	84,3
			Toplam	102	100,0

*Total Abdominal Histerektomi- Bilateral Salpingooferektomi

Tablo 2’de görüldüğü gibi, görüşmeye katılan kadınların yaş ortalaması 45,56’dır (En büyük=61; En küçük=31). Büyük çoğunluğu ilköğretim (9 kişi) ve lise mezunu (9 kişi) olmakla birlikte yalnızca bir kadın bekar olduğunu belirtmiştir. Kadınların 17’si şehir merkezinde, 5’i ilçe merkezinde ve 3’ü köyde yaşamaktadır. Daha önce hiç meme kanseri taraması yaptırmayan 9 kişi (taramaya ilk kez başvuran), 2 yıldan uzun bir süre önce yaptıran 11 kişi ve son iki yıl içinde yaptıran 5 kişi bulunmaktadır. Bununla birlikte 22 kadın düzenli meme kanseri taraması yaptırmadığını bildirmiştir. Daha önce hiç rahim kanseri taraması yaptırmayan 7 kişi (taramaya ilk kez başvuran), en son rahim kanseri taramasını 5 yıldan uzun bir süre önce yaptıran 6 kişi ve son 5 yıl içinde yaptıran 12 kişi bulunmaktadır. Bununla birlikte 23 kadın düzenli rahim kanseri taraması yaptırmadığını bildirmiştir. Görüşmeye katılan kadınların 17’si ASM’den 8’i KETEM biriminden seçilmiştir.

Tablo 2*Görüşme Yapılan Kadınlara Ait Bilgiler*

Rumuz	Yaş	Eğitim	Medeni durum	Yaşadığı yer	En son mame kanseri taraması	Düzenli mame taraması	En son rahim kanseri taraması	Düzenli rahim taraması	Görüşme yeri
K1	48	Üniversite	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	ASM
K2	40	Lise	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Son 5 yıl içinde	Evet	ASM
K3	49	Lisansüstü	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Hiç yaptırmadım	Hayır	ASM
K4	61	İlköğretim	Evli	Köy	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
K5	40	Üniversite	Evli	İlçe merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	ASM
K6	52	Lise	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	ASM
K7	43	Üniversite	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
K8	39	Üniversite	Evli	İlçe merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
K9	60	İlköğretim	Evli	İlçe Merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	KETEM
K10	32	Lise	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Hiç yaptırmadım	Hayır	KETEM
K11	57	İlköğretim	Evli	Şehir merkezi	2 yıl içinde	Evet	Son 5 yıl içinde	Evet	KETEM
K12	43	Lise	Evli	Köy	2 yıl içinde	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	KETEM
K13	54	İlköğretim	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	KETEM
K14	47	Lise	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Evet	KETEM
K15	31	Üniversite	Bekar	İlçe merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Hiç yaptırmadım	Hayır	KETEM
K16	44	İlköğretim	Evli	Köy	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	KETEM
K17	61	İlköğretim	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
K18	44	İlköğretim	Evli	İlçe merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	5 yıldan uzun	Hayır	ASM
K19	48	İlköğretim	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
OG1	39	Üniversite	Evli	Şehir merkezi	2 yıl içinde	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
OG2	38	Lise	Evli	Şehir merkezi	2 yıl içinde	Evet	Hiç yaptırmadım	Hayır	ASM
OG3	48	İlköğretim	Evli	Şehir merkezi	2 yıldan uzun	Hayır	Son 5 yıl içinde	Hayır	ASM
OG4	43	Lise	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Hiç yaptırmadım	Hayır	ASM
OG5	41	Lise	Evli	Şehir merkezi	2 yıl içinde	Evet	Hiç yaptırmadım	Hayır	ASM
OG6	37	Lise	Evli	Şehir merkezi	Hiç yaptırmadım	Hayır	Hiç yaptırmadım	Hayır	ASM

5.2. Tema ve Kategorilerin Özellikleri

Görüşmeler sonucunda elde edilen temalar altı başlık altında toplanmıştır (Tablo 3). Kadınların tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerini içeren temalar kodlama sayısı bakımından “bireysel özellikler”, “hizmet sunum sistemi”, “psikolojik özellikler”, “çevresel ve sosyokültürel yapı”, “coğrafi özellikler” ve “sağlık politikası” olarak sıralanmaktadır.

Bireysel özellikler teması kodlama sayısı bakımından sağlık inancı (168), bilgi ve farkındalık (120), deneyim (61), motivasyon (44), çalışma hayatı (33), maddi durum (5) ve hastalık öyküsü (2) olmak üzere yedi kategoriden oluşmaktadır. Hizmet sunum sistemi teması bekleme süreleri (68), tutum ve davranışlar (50), güven (19), kullanılabilirlik (17) ve beklentilerin karşılanması (8) olmak üzere beş kategoriden oluşmaktadır. Psikolojik özellikler teması korku (61) ve kaygı (51) olmak üzere iki kategoriden oluşmaktadır. Çevresel ve sosyokültürel yapı teması cinsiyet tercihi (24), utanma (23), aile desteği (15), sorumluluklar (12), dinin inanç (15) ve pandemi (3) olmak üzere altı kategoriden oluşmaktadır. Coğrafi özellikler teması mesafe (31) ve ulaşım (11) olmak üzere iki

kategoriden oluşmaktadır. Sağlık politikası teması ise sağlık eğitimi (7) ve finansman (4) olmak üzere iki kategoriden oluşmaktadır.

Tablo 3

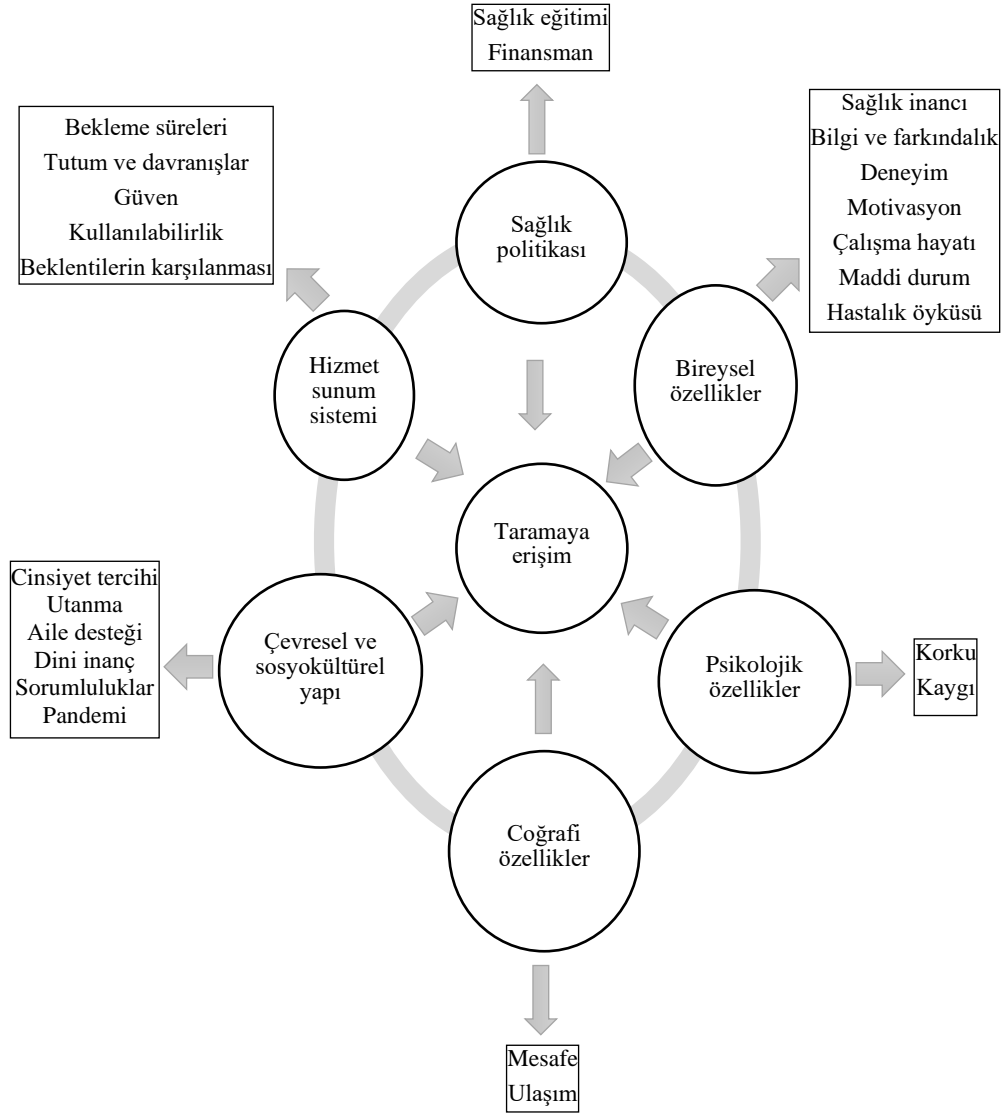
Tema, Kategori ve Kodlama Yapısı

Tema, Kategori ve Kodlar	Referans	Kod Sayısı
Tema 1: Bireysel özellikler	20	433
Bilgi ve farkındalık	20	120
Belirtileri anlama	15	23
Bilgi arama	4	9
Bilgi düzeyi	14	37
Olası mitler	9	12
Risk faktörlerini bilme	9	12
Tarama süreci	14	27
Çalışma hayatı	10	33
Deneyim	16	61
Hastalık Öyküsü	1	2
Maddi durum	3	5
Motivasyon	15	44
Sağlık inancı	20	168
Ciddiyet	12	19
Duyarlılık	18	44
Önemseme	17	86
Yarar	14	19
Tema 2: Hizmet sunum sistemi	18	162
Bekleme süreleri	12	68
Hizmet	12	37
Randevu	6	31
Beklentilerin karşılanması	2	8
Güven	4	19
Kullanılabilirlik	7	17
Tutum ve davranışlar	16	50
Duyarlılık	3	7
İlgililik	9	15
Nezaket	8	20
Yönlendirme	4	8
Tema 3: Psikolojik özellikler	19	112
Kaygı	16	51
Korku	15	61
Tema 4: Çevresel ve sosyokültürel yapı	17	92
Aile desteği	9	15
Cinsiyet tercihi	9	24
Dini inanç	7	15
Pandemi	3	3
Sorumluluklar	8	12
Utanma	8	23
Tema 5: Coğrafi özellikler	13	42
Mesafe	12	31
Ulaşım	7	11
Tema 6: Sağlık politikası	4	11
Finansman	4	4
Sağlık eğitimi	3	7

Oluşturulan yeni model Şekil 4’de gösterilmektedir.

Şekil 4

Meme ve Rahim Kanseri Taramasına Erişim Modeli (Araştırma Kapsamında)

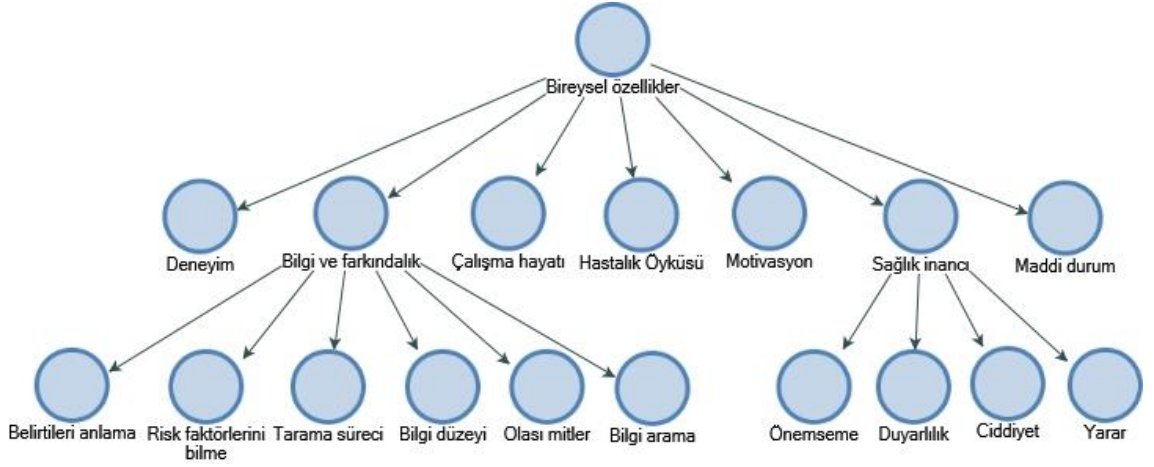


5.2.1. Bireysel Özellikler

Bireysel özellikler teması kadınların meme ve rahim kanseri ve tarama hizmetleri hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri, sağlık inancı, tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran deneyim, motivasyon, çalışma hayatı, maddi durum ve hastalık öyküsü kategorilerinden oluşmaktadır (Şekil 5).

Şekil 5

Bireysel Özellikler Teması

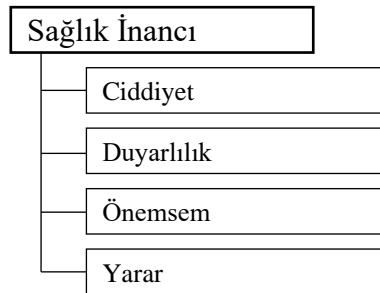


5.2.1.1. Sağlık İnancı

Kadınların tamamı sağlık inançları hakkındaki görüşlerini belirtmiştir. Sağlık inancı kategorisi ciddiyet, duyarlılık, önemseme ve yarar kodlarından oluşmaktadır. Ciddiyet, kanserin ölümcül bir hastalık olması ya da hastalık sürecinin yıkıcı etkileri gibi sonuçlar hakkındaki görüşleri içermektedir. Duyarlılık, kadınların kansere yakalanma riskleri hakkındaki görüşlerinden oluşmaktadır. Önemseme, kadınların tarama yaptırmayı ihmal etme, erteleme veya önem verip yaptıрма konusundaki görüşlerini kapsamaktadır. Yarar ise, kadınların tarama yaptırmamanın yararları hakkındaki görüşlerini içermektedir.

Şekil 6

Sağlık İnancı Kategorisi



Kadınların 12'si kanserin sonuçları hakkındaki görüşlerini dile getirmiştir. Yalnızca K8 dışında diğer 11 kadın aile, yakın akraba ve çevrelerinde kanser nedeniyle yaşamını kaybedenlerin olduğunu ifade etmiştir. Bu konuda K19 "... komşumuz vardı Ümriye ablam rahmetli oldu o da meme kanseriydi 10 yıl sonra öldü kadıncağz enfeksiyon oldu

öyle hayat öldü gitti memesinden dolayı...” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir. Kadınlar genel olarak benzer görüşleri paylaşırken yalnızca K8 “*Çok da hani fazla rahim kanserinden ölen yok filan diye düşünüyoruz...*” şeklindeki ifadesiyle kanserin ölümcül olmadığına yönelik düşüncesini belirtmiştir.

Kansere yakalanma riski hakkında 18 kadından 14’ü genetik yatkınlıkları olmaması nedeniyle kendilerinde risk görmediklerini belirtmiştir. Bu konuda 61 yaşındaki K17 “*...Hayır kendimde risk görmüyorum. Yani herhangi bir belirtisi olmadığı için ağrı sızı olmadığı için bilmiyorum öyle bir tedirginliğim de yok*” şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. Buna karşın ailelerinde kanser öyküsü olan veya kendisinde riskli bir bulgu ile karşılaşan 4 kadın, kansere yakalanma risklerinin bulunduğu inandıklarını belirtmiştir. Bu konuda KETEM biriminde tarama yaptırdıktan sonra görüşülen K12 “*...irsî olur bende de olabilir sol göğsümde saptamalar var ince ince sokulmalar var ... risk altındayım benim ve kızlarımın da, olabilir, evet tarama yapılması lazım*” diyerek genetik risk taşıması nedeniyle taramanın yararına olan inancını dile getirmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların 18’i taramayı önemseme konusundaki görüşlerini dile getirmiştir. Kadınlar genel olarak taramayı önemsemedikleri anlaşılan ihmal etme ve erteleme davranışlarının nedenlerinden bahsetmiştir. Bu kapsamda kadınların büyük çoğunluğu kendilerinde belirti görmemeleri veya herhangi bir şikayetlerinin olmaması nedeniyle tarama yaptırma gereği duymadıklarından bahsetmişlerdir. Örneğin K13 “*Yani işte bir şikâyetim olsa hiç sorun olmaz gelir yaptırım ama şikâyetim olmayınca yaptırmak istemem, gelmek istemem...*” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir.

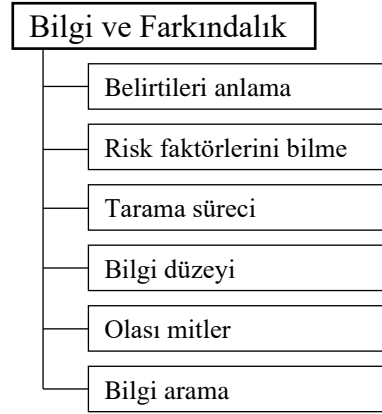
Kadınların 14’ü taramanın yararı hakkındaki görüşlerini belirtmiştir. Kadınların çoğu erken teşhisin hayat kurtarabileceği ve düzenli olarak tarama yaptırılması gerektiği gibi taramanın yararı hakkındaki görüşlerini ifade etmiştir. Bu konuda KETEM biriminde tarama yaptırdıktan sonra görüşülen K11 “*...erken teşhis olursa bunun önünü alabiliyoruz. En azından kontrollerini zamanında yaptırırsak bunun önüne geçebileceğimizi düşündüm...*” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir. Bu görüş K16 dışındaki diğer tüm kadınlar tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir. Yalnızca K16 “*...erkenden de bir kurtuluş imkânı var erkenden erken öyle diyorlar da ben ona pek inanmıyorum insan eceli gelince ölür yani*” şeklindeki ifadesiyle kadere olan inancının taramanın yararı hakkındaki görüşünü nasıl etkilediğini göstermiştir.

5.2.1.2. Bilgi ve Farkındalık

Bilgi ve farkındalık kategorisi içinde kadınların meme ve rahim kanseri ile tarama hizmetleri konusunda belirtileri anlama, risk faktörlerini bilme, bilgi arama, bilgi düzeyi ve tarama süreci hakkındaki bilgi ve farkındalıklarını içeren görüşleri yer almaktadır.

Şekil 7

Bilgi ve Farkındalık Kategorisi



Çalışmaya katılan kadınların tamamı bilgi ve farkındalıklarını gösteren görüşlerini dile getirmiştir. Belirtileri anlama hakkında kadınlar genel olarak ele gelen kitle, kızarıklık, meme ucunda batıklık, ağrı ve adet düzensizliklerinden bahsetmiştir. Kadınlar genel olarak tarama süreçleri konusunda genel cerraha başvurabileceklerini, taramanın özel hastanelerde yapıldığını, hastaneden sıra alarak tarama yaptırabileceklerini ve tarama yaptırmak için herhangi bir doktora görünebileceklerini ifade etmiştir. Risk faktörlerini bilme konusunda kadınların çoğu kanserin genetik olabileceğini, diğer kadınlar ise sigara kullanımı, kimyasal maddeler, yanlış beslenme, stres ve sıkıntının kansere neden olabileceğini belirtmiştir. Örneğin K1 meme kanserinin belirtileriyle ilgili “*Göğüste bir kitlenin hissedilmesi, göğüste ağrı hissedilmesi, sıvı akıntısının renginin koyuluğu ve açıklığı arasında farklılık...*”, K19 kanserin risk faktörüyle ilgili “*... herhalde nedir bilmiyorum irsî kimisi şey oluyor daha aileden genlerden gelen...*”, K6 tarama süreciyle ilgili “*Ben ilk başta genel cerraha giderim, işte ben böyle bir kanser taraması yaptırmak istiyorum hani göğsümde şu var veya kadın doğumcuya giderim smear filan alınsın...*” şeklindeki görüşlerini dile getirmiştir.

Kadınlar genel olarak bilgi ve farkındalıkları hakkında görüş bildirirse de 14 kadın risk faktörlerinin neler olabileceği, nereye başvurmaları gerektiği, nasıl randevu alınabileceği ve belirtilerin neler olabileceği gibi konularda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını

gösteren görüşlerini dile getirmiştir. Bu konuda K15 “*Yalan konuşamayacağım hiçbir şey bilmiyorum yani hiç böyle araştırayım hani yapayım gideyim tarama olsa katılır mıyım katılmaz mıyım bilemeyeceğim ...*” şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. KETEM biriminde tarama yaptırdıktan sonra görüşülen K16, KETEM biriminin varlığı hakkında daha önce herhangi bir bilgisinin olmadığını gösteren düşüncesini “*bu kadar kolay olduğunu bilmiyordum yani çok sevindim yani hemen geldim gördüm yani çok güzel bir şey taramaların hepsini yaptırdık yani çok şükür güzel bir gündü*” şeklinde dile getirmiştir. Bununla birlikte K4, randevu alma konusunda yeterli becerisi olmaması nedeniyle taramaya erişimde problem yaşadığı anlaşılan görüşünü “*İhmalime neden olan şey ya internetten benim kendim alamamam...*” şeklinde ifade etmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların 9’u, düzenli tarama aralıkları, risk faktörü, tarama yaşı, tarama yeri, kanserin belirtileri, kanserin sonuçları konusunda aslı olmayan ancak doğru bilinen yanlışlar anlamına da gelebilen olası mitlerden¹ bahsetmiştir. Örneğin K1 “*...45 yaş altındakilerin taramaya giremeyeceklerini biliyorum*” görüşüyle tarama yaşı, K2 “*Benim bildiğim kadarıyla sağlık ocaklarında meme taraması yapılıyor*” görüşüyle tarama yeri, K5 “*...ama belirti olarak da hiçbir belirti yok aslında bildiğim kadarıyla*” görüşüyle kanserin belirtileri hakkındaki olası mitlerden bahsetmiştir. Ayrıca, 2 kadın kanser ve tarama hizmetleriyle ilgili bilgi arama konusunda yeterince çaba göstermediği anlaşılan görüşlerini paylaşmıştır. Bu konuda K17, “*...Hiç merak etmedim hiç araştırmadım inanın hiç araştırmadım*” şeklindeki görüşünü ifade etmiştir. Bununla birlikte 2 kadın internetten ve çevresindeki insanlardan bilgi aradıklarını dile getirmiştir. Örneğin OG2 internetten bilgi arama konusunda “*...bakıyoruz yani bir yerimiz ağrırsa hemen giriyoruz internete*” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir.

5.2.1.3. Deneyim

Çalışmaya katılan kadınların 15’i kendisi, ailesi ve çevresindeki insanların deneyimleri sonucunda taramaya erişimi zorlaştıran ve kolaylaştıran durumlar hakkındaki görüşlerini dile getirmiştir. Kadınlar genel sağlık hizmeti kullanımı, doğum esnasında çalışanların tutum ve davranışları, tarama esnasında acı duyma, hastalık öyküsü ve kanser nedeniyle yaşamını kaybeden veya mastektomi geçiren yakınları hakkındaki deneyimlerini bildirmiştir. Bu deneyimler sonucunda bazı kadınlar hizmet sunucuya ve tarama testlerine

¹ Mit kelimesi, yanlış, temelsiz, aldatıcı ve sahte fikirle eş anlamlı olarak görülen bir kelime olarak kullanılabilir. Bakınız Batuk, 2009.

güven ve tarama sonuçları hakkında duydukları kaygıyı ifade etmiştir. Bu konuda K4 “İlk çektiğimde ama çok korktum bilmediğim için hem de çekindim. Orayı çok sıkıyor şöyle...” şeklinde geçmişteki tarama deneyimi esnasında duyduğu acıyı dile getirmiştir. K5 “...Yani bazen korku var biliyor musun? Ben bu şey troidlerden dolayı korku yaşadım ya. Vücudumda en küçük bir şey olduğunda doktora gidersem bana kötü bir şey söyleyecek diye bir korku var bende” şeklinde tarama sonucu hakkında duyduğu kaygıyı ifade etmiştir. K10 “...Orda beni zorlayan şey sürekli alttan muayene olmam. Böyle sürekli yani saat geçmeden yani o çatala çıkıp inme yani o süreçte. Yani olmadığını göre göre beni o kadar zorlamaları. Bilmiyorum yani. Zor bir süreci” şeklinde doğum esnasında çalışanların tutum ve davranışlarından duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir. Buna karşın K11 “...kontrollerimi düzenli olarak yaptırmam gerektiğini düşündüm. Yani o gecikmiş olduğu için sonuç kötü” şeklindeki ifadesiyle meme kanseri nedeniyle tanıdığı birinin ölümünden etkilenerek tarama yaptırmamanın önemi hakkındaki görüşünü aktarmıştır.

5.2.1.4. Motivasyon

Motivasyon kategorisi, başkalarının tavsiye etmesi, yönlendirmesi ve eşlik etmesinin kadınların taramaya erişimini nasıl kolaylaştırdığını gösteren görüşlerinden oluşmaktadır. Bu kategori altında 15 kadın görüşlerini dile getirmiştir. Kadınlar genel olarak hizmet sunucuların, ailelerinden birinin ve bilgisine güvendiği bir kişinin tavsiye ve yönlendirmesinin taramayı kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda K19 “...Ailem bana dese güzel güzel beni yönlendirseler deseler işte çocuklarım olsun eşim olsun sen bize lazımsın gel senin güzel sağlığına bakalım mesela...” ifadesiyle ailesinin tavsiye ve yönlendirmesinin taramaya erişimi kolaylaştırıcı etkisini vurgulamıştır. K14 “... rutin kontrollerimi sağlık ocağındaki aile hekimimiz bilgi veriyor mesela şu anda bana bilgi verdi ben de hemen geldim hani tarama yaptırmam gerektiğini yılının geçtiğini söyledi geldim...” ifadesiyle aile hekimi tarafından verilen tavsiyenin kolaylaştırıcı etkisinden bahsetmiştir.

5.2.1.5. Çalışma Hayatı

Bu kategori altında 10 kadın genel olarak iş hayatının taramaya erişimi zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Kadınların 3’ü tarımsal faaliyetler nedeniyle taramaya zaman ayıramadıklarını ifade etmiştir. Örneğin K12, köydeki işlerinin yanında çocuk bakım sorumluluğunun da kendi sağlığına zaman ayırmasını nasıl engellediğini aktarırken

“sürekli iş işten yoğun olmam çocuklarımın 4 tane olması köyde yaşamamız ineğimin olması onlar yani faktör...” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir. Bununla birlikte K16 “ilçeye geliyor o makine evet geliyor yani isteyen gidip yaptırabiliyor ama gidip yaptırmıyorlar çünkü iş güç zamanında işte mesela bazı aylarda şey oluyor iş oluyor çok mesela yaylada oluyoruz. ...Ekim zamanı oluyor tarlalarda iş oluyor çayın zamanı oluyor...” şeklindeki ifadesiyle mevsimsel iş yükü nedeniyle mobil tarama aracına erişimin zorluğunu ifade etmiştir. Ayrıca K8 iş hayatı nedeniyle randevuya uyumun güçlüğü konusunda “...Şöyle problem yaşadım mesela ben öğretmenim ve normalde bu işi yaptırmam için saat dörtten önce orda olmam gerekiyor. Ben dörtten sonra gittiğim zaman genelde kimse olmuyor orda” şeklindeki görüşünü aktarmıştır. Yalnızca K10 dışındaki tüm kadınlar genel olarak çalışma hayatının taramaya erişimi zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. K10 ise çalıştığı kurumun kendilerini tarama yaptırmaları için nasıl teşvik ettiği hakkında “...insana insan gibi değer veriyorlar o konularda çok hassaslar sağ olsunlar” şeklindeki görüşünü aktarmıştır.

5.2.1.6. Maddi Durum

Bu kategori altında 3 kadın görüş bildirmiştir. Yalnızca K11 dışında diğer kadınlar maddi zorluklar nedeniyle taramaya erişimin güçlüğüne dile getirmiştir. Örneğin K12, eşinin gurbette olması nedeniyle ailenin geçiminden kendisinin sorumlu olmasının tarama yaptırmamasını nasıl zorlaştırdığını “...bu kadar iş yoğunluğunun olmaması gerekir bu da bizi şeye götürür ekonomik koşullara götürür e onlar da olmayınca... bir de eşimin gurbet hayatının olması sürekli benim yanımda da olmayışı daha çok engel” şeklinde dile getirmiştir. K16 ise tekrar tarama merkezine gelmesi gerektiğinde ulaşım maliyeti nedeniyle bunun mümkün olmayacağını “...yani ben birkaç kere buraya gelemem birkaç kere gelemem yani dolmuş parası veriyorum hem yol parası veriyorum” şeklinde ifade etmiştir.

5.2.1.7. Hastalık Öyküsü

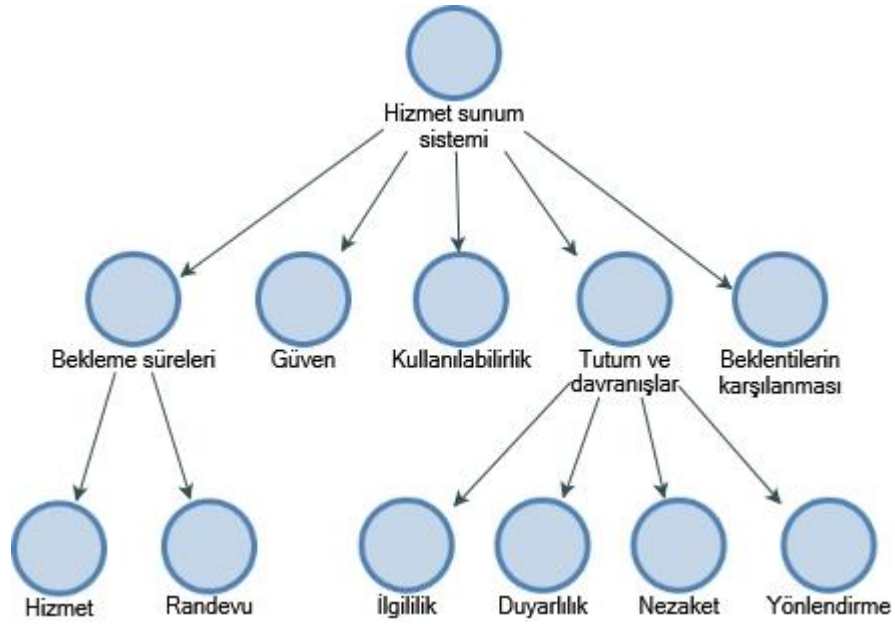
Yalnızca K2, farklı hastalıkları nedeniyle tarama yaptırmada karar verirken duyduğu endişeyi “Bir dönem doktor bana dedi ki, sen bir süre doktora gitme gittikçe daha çok yeni yeni hastalığın ortaya çıkacak sen doktordan hiç bu tarafa gelemeyeceksin. Ben de dedim ki ben bırakayım bulduklarımınla yetineyim bunu çoğaltmayayım bir hastalık daha...” şeklinde dile getirmiştir.

5.2.2. Hizmet Sunum Sistemi

Hizmet sunum sistemi teması kadınların tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran ve kolaylaştıran bekleme süreleri, hizmet sunucunun tutum ve davranışları, güven, kullanılabilirlik ve beklentilerin karşılanması hakkındaki görüşlerinden oluşmaktadır (Şekil 8). Tema kapsamında kadınların tamamı görüş bildirmiştir. Bu kategori altında görüş bildiren kadınların çoğu düzenli olarak tarama yaptırmadığını veya en son taramasından sonra uzun bir süre geçtiğini bildirmiştir. Genel olarak kadınların tarama yaptırmalarını zorlaştıran şeylerin önceki sağlık hizmeti deneyimleriyle ilişkili olduğu görülmektedir.

Şekil 8

Hizmet Sunum Sistemi

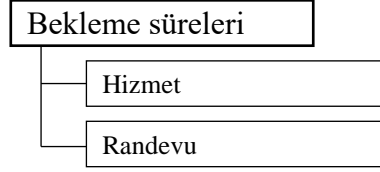


5.2.2.1. Bekleme Süreleri

Bu kategori altında 12 kadın taramaya erişimlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran hizmet ve randevu bekleme süreleri hakkındaki görüşlerini ifade etmiştir. Hizmet bekleme kadınların hizmet alma sürecinde sıra bekleme nedeniyle yaşadıkları güçlükleri ifade etmektedir. Randevu bekleme ise kadınların randevu sistemine bağlı hizmet öncesi bekleme nedeniyle yaşadıkları güçlükleri ifade etmektedir.

Şekil 9

Bekleme Süreleri Kategorisi



Çalışmaya katılan kadınların 12'si yoğunluk, tarama için birden fazla hizmet sunucuyu ziyaret etmek zorunda kalması, farklı türdeki tetkiklerin uzun zaman alması, birimler arasındaki mesafe gibi zorluklar nedeniyle taramaya erişimin güçlüğüne dile getirmiştir. Örneğin kırsal yerleşim yerinde ikamet eden K4 *"smear testi veriyorsun yani bazı kan tahlili veriyorsun akşama alamıyorsun akşama yetişemiyorum diye bazen de tahlil vermeden geçtim gittim..."* şeklinde bekleme süresinin uzun olması nedeniyle yaşadığı güçlüğü dile getirmiştir. K7 *"...Bir günde halledebileceğimi bilsem yapardım aslında. Ama tekrar tekrar gitmem gerekiyorsa mesela. Gidersin muayene olursun film ultrason mamografi randevusu verir. Bu da uzar mesela. Ama gidip de hemen sonucu alacağımı bilsem o zaman ertelemem yani..."* ifadesiyle geçmişteki hizmet deneyimleri nedeniyle bekleyeceğini düşünerek taramayı nasıl ihmal ettiğini ifade etmiştir. Buna karşın KETEM biriminde taramaya katıldıktan sonra görüşülen K16 *"...arkadaşlarıma da söyleyeceğim yani burada hemen çekildiğini bilmiyordum yani çok sıralarda bekleyeceğimi falan sandım"* şeklindeki ifadesiyle beklemeden tarama yaptırmanın kolaylaştırıcı etkisini dile getirmiştir.

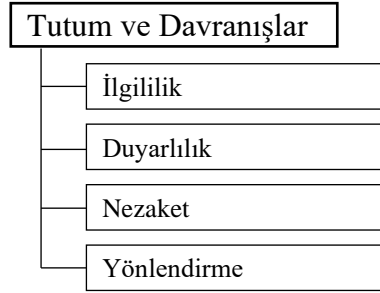
Randevu bekleme süreleriyle ilgili 6 kadın iş nedeniyle randevu saatlerine uyumun güç olması, randevu için uzun bekleme süreleri ve birden çok randevu almanın gerekliliği nedeniyle taramaya erişimin güçlüklerini dile getirmiştir. Buna karşın bazı kadınlar hemen randevu alıp taramaya katılabilecek olmanın kolaylaştırıcı etkisini ifade etmiştir. Bu konuda K8 *"...mesela ben öğretmenim randevuyla mesela belli saatlerde girebilecek olduğum için bana uyan saatlerde olan bir şey olabilir mesela bir bölüm gibi bir şey olabilir"* şeklindeki görüşüyle iş hayatının randevuya uyumu güçleştirici yönünden bahsetmiştir. K2 *"...bütün kadınlar randevu alacaklar hızlı bir şekilde herkes sıraya girecek nasıl aşı sırası olduğu gibi mamografi için gelecek mesela bir gün verilecek kadınlara Türkiye'deki bütün 40 yaş üstü kadınlar hepsi mamografiye girecek sonuçları da hızlı bir şekilde alacak. Böyle bir sistem olmalı"* diyerek randevu beklemeden tarama yaptırma konusundaki önerisini dile getirmiştir.

5.2.2.2. Tutum ve Davranışlar

Tutum ve davranışlar kategorisi kapsamında 16 kadın, hizmet sunucuların duyarlılık, ilgililik, nezaket ve yönlendirme konusunda sergiledikleri tutum davranışların taramaya erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir.

Şekil 10

Tutum ve Davranışlar Kategorisi



İlgililik hakkında 9 kadın kendilerine yeterince zaman ayrılmaması, istek ve ihtiyaçlarının dinlenmemesi, yeterince açıklama ve bilgilendirme yapılmaması ve taramanın hatırlatılmaması yönündeki şikayetlerini dile getirmiştir. Bu konuda KETEM biriminde tarama yaptırdıktan sonra görüşülen K11 “...*Yani daha düzgün beni aydınlatabilirdi. Yani ben ondan yaşça çok daha büyüğüm. Biraz daha güzel izah edebilirdi. Yani sonuçta evet elliyoruz ama o kitle nasıl bir kitle nasıl ben fark edeceğim o kitleyi orda...*” şeklindeki ifadesiyle tarama sürecinden sonra yaşadığı ilgisizlik nedeniyle duyduğu rahatsızlığı dile getirmiştir. K12 ise “...*hemşire hanım gayet de güzel ben yanındayım korkacak biraz panik olduğum için korkacak bir şey yok ben yanındayım çok da güzel ilgilendi yani Allah razı olsun*” şeklindeki ifadesiyle tarama sürecinde hizmet sunucusunun ilgisinden duyduğu memnuniyeti ve hizmet sunucusunun olumlu tutum ve davranışının önemini dile getirmiştir.

Nezaket konusunda 8 kadın azarlanmaları, küçük görülmeleri, konuşmalarına müsaade edilmemesi, hakarete uğramaları gibi kaygı ve deneyimlerini dile getirmiştir. Örneğin K13 “... *önceden personel bu kadar şeyi yani şey yapmazdı insana bu kadar güzel davranma yoktu... öyle insanların olduğunu düşünerek nasıl davranacaklarını düşünerek o açıdan ...*” şeklindeki ifadesiyle geçmişte yaşadığı olumsuz davranışlar nedeniyle taramadan kaçındığını belirtmiştir. Bununla birlikte bazı kadınlar hizmet sunucusunun olumlu davranışı nedeniyle duyduğu memnuniyeti dile getirmiştir. Bu konuda K15 “...*doktor hanım tatlı diliyle yapmamız gerekenin nedenini anlatıyor olmazsa şöyle olur*

neden gününüzü atasınız bugün işinizi halledin yarın aynı sorun çıktığı zaman pişman olmayın diye bizi etkiliyor gitme konusunda” şeklindeki deneyimini aktarmıştır.

Duyarlılık hakkında 3 kadın, ihtiyaçlarının şiddetinin dikkate alınması, ruhsal durumları nedeniyle anlayışla karşılanması ve kendilerine açıklama yapılırken hassas davranılması konusunda beklentilerini dile getirmiştir. Bu konuda K11 “*...Sağlık çalışanlarının daha duyarlı olmasını isterim. Yani kimse hastaneye keyfinden gitmiyor”* şeklindeki ifadesiyle tarama esnasında hizmet sunucunun kendisine yaklaşımı konusundaki beklentisini ifade etmiştir.

Yönlendirme konusunda 4 kadın hizmet sunucular tarafından yapılan tavsiye ve yönlendirmelerin taramaya erişimi kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda K1 “*...rahim kanseri için aile sağlığı merkezinde mesela hemşire hanım vardı. Belli bir yaşın üstünde olan kişileri rahim testi için istemişti. Ben de gitmiştim. Aslında aile sağlığı merkezlerindeki personelin tutumu çok önemli bu konuda ...”* şeklindeki ifadesiyle hizmet sunucunun yönlendirmesinin taramaya teşvik edici etkisini vurgulamıştır. Buna karşın KETEM biriminde tarama yaptırdıktan sonra görüşülen K16 biraz da kızgın bir ses tonuyla “*...buranın varlığını öğrendiğim çok iyi oldu benim şu anda istediğim tek şey şu sekreterlikteki kişilerin bizi hastaneye değil de buraya yönlendirmesini isterim”* şeklindeki ifadesiyle poliklinikteki sekreterlerin kendilerini KETEM birimine yönlendirmesi konusundaki isteğini dile getirmiştir.

5.2.2.3. Güven

Çalışmaya katılan kadınlardan 4’ü genel olarak tarama testlerinin sonuçlarına ve hizmet sunucuya güven nedeniyle taramaya erişimin zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda K5 “*...Hastane mesela güven de mesela çok zedelendi... Şimdi diyorum ki bu alanda gerçekten söz sahibi henüz olamamış doktorlar veya bölümler var. Güvenmiyorum mesela o da var”* şeklindeki görüşüyle geçmiş hizmet deneyimi nedeniyle yaşadığı güven kaybının tarama yaptırma kararı üzerindeki olumsuz etkisini dile getirmiştir. K1 tarama yaptırmak için güvenin önemini vurgularken “*... attığım taş kuşu ürkütecekse giderim arkadaş, ama yoksa niye gideyim yani”* deyimini² kullanmıştır. K1’e neden güvenmediği sorulduğunda “*...gitsem de çok bir şey değişmeyecek, olacak olan oluyor. Biri gerçekten takipteyken vefat etti. Diğeri de iki ay içinde kolondan öldü yani”*

² Bu deyim bir işle sağlanan faydanın o işin yol açtığı zarardan fazla olduğu durumlar için kullanılır. Bakınız Tan, 2019.

şeklindeki ifadesiyle kanser tarama testi yaptırmasına rağmen kısa sürede hayatını kaybeden bir tanıdığına ilişkin deneyimini nakletmiştir.

5.2.2.4. Kullanılabilirlik

Kullanılabilirlik kategorisi tarama kitinin olmaması, birimin kapatılması, birimin başka bir yere taşınması, hizmet sunucuyu bulamama, tarama cihazının bozulması, birimde tarama hizmetinin olmaması, tarama için yeterince birimin ve hizmet sunucunun olmaması gibi nedenlerle kadınların tarama hizmetine erişimde karşılaştıkları güçlükleri ifade etmektedir. Bu kapsamda 7 kadın görüş bildirmiştir. Bu konuda kırsal bölgede yaşadığını beyan eden K12 “...yaptıracaktım bugün kit yokmuş” ifadesiyle tarama için geldiği esnada kitin olmamasından yakınmıştır. Yine kırsal bölgeden geldiğini beyan eden K4 “...bir de hani geldiğin zaman umduğunu da bazen bulamıyorsun, yani bazen. Ben bir kere geldim buraya ta o zaman kar fırtınaya rağmen geldim burada taşınmış bir yere” şeklindeki ifadesiyle birimin başka bir yere taşınması nedeniyle yaşadığı güçlüğü dile getirmiştir. Bununla birlikte ilçe merkezinde yaşadığını beyan eden K8 “...normalde burada kanser tarama yapan bir yer yok. Aile hekimleri kadın doğuma gönderiyorlar” beyanıyla yaşadığı olumsuzluğu ifade etmiştir.

5.2.2.5. Beklentilerin Karşılanması

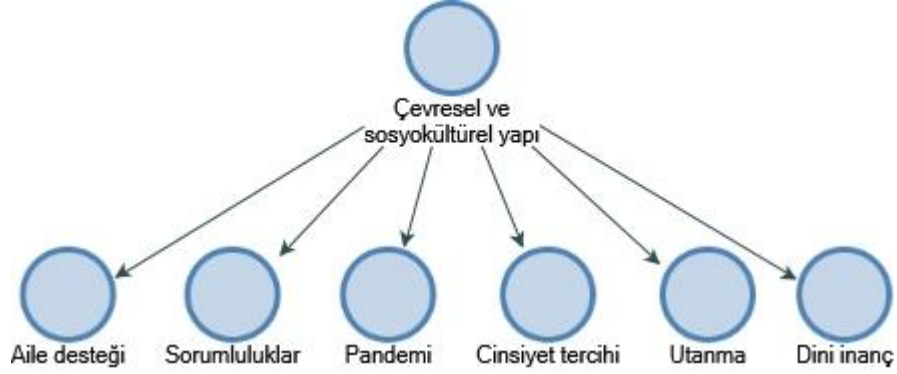
Beklentilerin karşılanması, kadınların geçmiş deneyimlerine dayanarak tarama hizmetinden bekledikleri tatmini sağlayamayacağını düşünmelerini ifade etmektedir. Bu konuda 2 kadın görüş bildirmiştir. Örneğin K2 geçmişte bir deneyiminden bahsederken uzun süre hastalığına teşhis konulamaması nedeniyle yaşadığı ruhsal sorunlardan bahsetmiş ve kendisine bu durumun tarama yaptırma kararı üzerinde nasıl bir etkisi olduğu sorulduğunda “...kesinlikle ihtiyaçlarımızın karşılanmayacağını hissediyorum” şeklinde cevap vermiştir. K4 ise “...Gelmek de sorun da. Bir gelmede işimin görülmeyecek olduğunu bildiğim için o da beni etkiliyor” şeklindeki ifadesiyle tarama hizmetinden beklentisinin karşılanmayacağına olan inancını dile getirmiştir.

5.2.3. Çevresel ve Sosyokültürel Yapı

Çevresel ve sosyokültürel yapı teması kadınların tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran cinsiyet tercihi, utanma, dini inanç, aile desteği, sorumluluklar ve pandemi olmak üzere altı kategoriden oluşmaktadır (Şekil 11).

Şekil 11

Çevresel ve Sosyokültürel Yapı



5.2.3.1. Hizmet Sunucu Cinsiyeti Tercihi

Cinsiyet tercihi kadınların daha fazla güvenmeleri, dini açıdan kendilerine daha uygun olduğunu düşünmeleri ve eşlerinin olumsuz tepkilerinden kaçınmaları nedeniyle tarama sürecinde kadın çalışan tercihlerine yönelik görüşlerini ifade etmektedir. Bu kategoride 9 kadın görüş bildirmiştir. Bu konuda K1 “...zaten bayanlar çalışıyordu. Ketemde bu işin uzmanları yani özelleşmiş bir alan olduğu için bizde güvenerek gittik yani” ifadesiyle kadın sağlık personel olması nedeniyle duyduğu güveni dile getirmiştir. K12 ise “...erkek olmasını istemem bu yönde bayan olmasını daha hani öyledir ama şimdi bu dinimiz açısından öyledir” şeklinde kadın sağlık personelinin dini açıdan kendisine daha uygun olduğu yönündeki görüşünü belirtmiştir. Bu görüş OG6 dışındaki diğer tüm kadınlar tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir. OG6 ise bu konuda “...Dinimizde bu var zaten sağlık için her şey mübah yani. O inançla alakalı değil. Kadın erkek fark etmiyor. Belki de erkeğe daha çok güveniyoruz.” şeklindeki görüşünü dile getirmiştir.

5.2.3.2. Utanma

Çalışmaya katılan kadınların 8’i genel olarak kadın olmanın getirdiği duygular, sağlık personelinin erkek olması ve soyunmak durumunda kalmaları nedeniyle tarama esnasında utandıklarını dile getirmiştir. Bu konuda K15 “...hani gittiğimizde acaba bayan mı olacak erkek mi olacak; hani o şey oluyor insanda ister istemez yaşıyoruz” şeklinde erkek personelle karşılaşma ihtimali nedeniyle yaşadığı utanma duygusunu ifade etmiştir. K9 ise “işte üstümüzü çıkaracak mıyız? Nasıl yapacağız? Nasıl edeceğiz? Ondan çekiniyoruz işte” şeklinde soyunma gerekliliğinin verdiği utanma duygusunu dile getirmiştir. Bu görüş K14 dışındaki diğer tüm kadınlar tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir. K14

ise “...bazı bayanlar daha böyle narin oluyorlar, utanıyorlar, çekinceleri onun için oluyor. Ama bilmem benim hiç öyle şeyler olmadığı için çok da şey yapamadım” şeklindeki görüşünü belirtmiştir.

5.2.3.3. Dini İnanç

Dini inanç kategorisi kadınların tevekkül etme ve kader inancıyla ilişkili olarak tarama yaptırmanın gerekli olmadığı veya tarama yapılırsa da olacak olanın engellenemeyeceği hakkındaki görüşlerini içermektedir. Örneğin K16 “...erkenden de bir kurtuluş imkânı var, erkenden öyle diyorlar da ben ona pek inanmıyorum insan eceli gelince ölür yani” şeklindeki görüşünü belirtmiştir. K18 ise “...bugün Allah’ıma şükürler olsun sağlığım sıhhatim iyi yani. Hani ben şunu biliyorum öyle bir şey olsa Allah bir sebeple bana bunu hissettirirdi veyahut da fark ederdim diye düşünüyorum” ifadesiyle tarama yaptırmama nedenini dile getirmiştir. Bu görüş 9 kadın tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir.

5.2.3.4. Aile Desteği

Çalışmaya katılan kadınların 9’u eşleri ve çocuklarının tarama veya diğer sağlık hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarına olan yaklaşımlarının taramaya erişimi kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda K17 “...yani mutlaka biri olacak, hep öyle alıştığım için. Çünkü sürekli eşim benimleydi. Eşimi kaybettikten sonra çok boşluğa düştüm. Kızım benimleydi, şu anda o da yanımda değil. Antalya’da o yüzden belki biraz ihmal ediyorum” ifadesiyle eşi ve çocuklarının desteğinden mahrum kalması nedeniyle taramayı nasıl ihmal ettiğini dile getirmiştir. K8 ise “...bütün erkeklerin böyle olduğunu düşünmekle beraber yani hastaysan doktora git demekten başka herhangi bir şeyi olmuyor genelde...” şeklindeki ifadesiyle eşinin genel olarak sağlık ihtiyaçlarına yönelik yaklaşımını vurgulamıştır.

5.2.3.5. Sorumluluklar

Sorumluluklar kategorisinde 8 kadın çocuk bakımı, rutin ev işleri ve ebeveynleriyle ilgilenme yükümlülükleri nedeniyle tarama için kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını dile getirmiştir. Örneğin K3 “... Yani kendime sıra gelmiyor herhalde. Çocuktan, büyüklerden kendime sıra gelmiyor... Ben 2 yıldır gidip bir diş yaptıramamışım. Kıştan beri sürekli annemle doktorlardayım. Şimdi babam öyle...” diyerek çocuk bakımı ve ebeveynlerinin sağlıklarıyla ilgilenme yükümlülükleri nedeniyle

tarama yaptırmanın zorluğunu dile getirmiştir. Bu görüş diğer kadınlar tarafından benzer şekilde ifade edilmiştir.

5.2.3.6. Pandemi

Çalışmaya katılan kadınların 3'ü COVID-19 salgını nedeniyle yaşanan pandemi döneminde tarama için randevu almanın güçlüğüne dile getirmiştir. Bu konuda K2 “...mamografi çekmek istiyorum diyelim 2 ay 3 ay ileri atıyorlar. O zaman şey yapıyorsun ben şimdi tahlil yapsam bana ne zaman sıra verecekler ki zaten şu an sıra almak da çok zor pandemi döneminde özellikle...” şeklindeki görüşüyle pandemi sürecinde tarama yaptırmak için randevu bulamayacağına yönelik inancını belirtmiştir. Diğer kadınlar da pandemi sürecinde sıra almanın güçlüğüne ifade etmiştir.

5.2.4. Psikolojik Özellikler

Psikolojik özellikler teması kadınların tarama yaptırmaya düşüncelerini olumsuz etkileyen korku ve kaygı kategorilerinden oluşmaktadır (Şekil 12). Tema kapsamında kadınların tamamı görüş bildirmiştir.

Şekil 12

Psikolojik Özellikler



5.2.4.1. Korku

Çalışmaya katılan kadınların 15'i genel olarak doğum deneyimleri, kanser kelimesinin olumsuz çağrışımları, tarama esnasında duyulan acı, ölüm, tedavi süreci, çevre ve internette kanserle ilgili anlatılan olumsuz bilgiler, diğer sağlık hizmeti alma sürecinde yaşadıkları travma ve jinekolojik masanın görüntüsü nedeniyle duydukları korkunun tarama yaptırmayı zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda K10 “...Birde böyle bilmiyorum doğumda da korktuğum için herhalde. Böyle hastaneye karşı bakış açım değişti doğumdan sonra” şeklindeki ifadesiyle olumsuz doğum deneyimi, K15 “...Yani

işte çatala koyacaklar şöyle yapacaklar böyle yapacaklar ne bileyim biraz hani hiç görmediğim bilmediğim bir şey biraz ürküyor insan” şeklindeki ifadesiyle jinekolojik masa korkusu, K16 “...kanserden çok korkuyorum ben yani kanser deyince tüylerim diken diken oluyor biraz ben kanserden korktuğum için taramalara falan gelmiyorum” şeklindeki ifadesiyle kanser kelimesinin olumsuz çağrışımı hakkındaki korkularını dile getirmiştir.

5.2.4.2. Kaygı

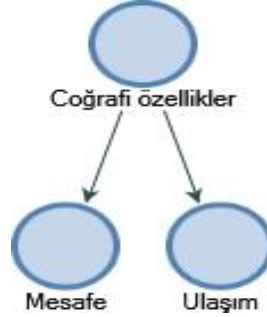
Kaygı kategorisinde 16 kadın genel olarak kanser teşhisi konulması hakkındaki kaygılarını dile getirmiştir. Kadınlar bu kaygıları nedeniyle teşhis sürecinden sonraki psikolojik durumları, rutin yaşam koşullarının bozulması ve kendilerine bir şey olduğu takdirde çocuklarına kimin bakacağı yönündeki endişelerini dile getirerek taramadan kaçındıklarını dile getirmiştir. Örneğin K6 “...ben öğrenirsem yapı itibariyle çökerim. O bende çok hızlı ilerler. Anladınız mı? Psikolojik olarak dibe vururum. O da zaten hastalıkta çok önemli bir durum. Psikoloji. O yüzden de ne kadar geç öğrenirsem o kadar kardır diye düşünüyorum. İşte, yani o gitmeyi de ondan erteliyorum biliyor musunuz...” şeklindeki ifadesiyle ruhsal sağlığının bozulması, K3 “...ya varsa bilmeden yaşamak daha rahat. Hani bazen bir şeyleri bilmediğin zaman daha rahat yaşıyorsun ama bildiğin zaman hep huzursuzsun. Belki bilinç altımda o da vardır. Ya bir şey çıkarsa...” şeklindeki ifadesiyle rutin yaşam koşullarının bozulması yönündeki kaygılarını ifade etmiştir.

5.2.5. Coğrafi Özellikler

Coğrafi özellikler teması altında 13 kadın mesafe ve ulaşımın tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir (Şekil 13).

Şekil 13

Coğrafi Özellikler



5.2.5.1. Mesafe

Çalışmaya katılan kadınların 12'si tarama merkezine olan fiziksel mesafenin taramaya erişimi zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bazı kadınlar her zaman araç bulma olanaklarının olmaması ve bazen tekrar gelmek durumunda kalmaları nedeniyle uzaklığın taramaya erişimi nasıl zorlaştırdığını dile getirmiştir. Bu konuda kırsal yerleşim merkezinde yaşadığını beyan eden K12 “...Bizim için nasıl, mesela ne bileyim iki saatte ancak geliriz buraya... köydeyiz, köyde giyineceksin, soğuk var, araba bulacaksın tabi bizim buraya 5 dakikada bir taksimiz kalkmıyor kapımızdan, sonuçta araba bekleyeceğim...” şeklinde mesafenin taramaya erişim üzerindeki olumsuz etkilerini dile getirmiştir. Buna karşın şehir merkezinde ikamet ettiğini beyan eden K1 “...KETEM çok yakındı, hemen okulun karşısında, onlar sürekli broşür bıraktıkları için biz de olayın önemli olduğunu o şekilde düşünmüştük” şeklindeki ifadeyle KETEM birimine yakın olmanın taramanın önemi hakkındaki düşüncesini nasıl etkilediğini belirtmektedir. Bununla birlikte K17 “...burada yaptırılacak olsa sağlık ocaklarında gelip yaptırırım. Biraz da uzak olunca gidip yaptırmak zor geliyor” şeklindeki ifadeyle mesafenin yakın olmasının kolaylaştırıcı etkisini dile getirmiştir.

5.2.5.2. Ulaşım

Ulaşım kategorisinde 7 kadın ulaşım aracı konusundaki olanaklarının taramaya erişimi zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bu konuda KETEM biriminde tarama yaptırdıktan

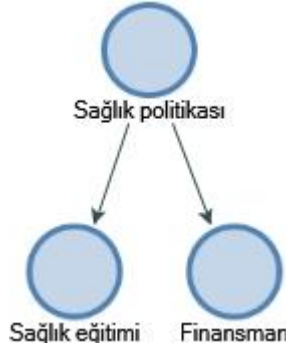
sonra görüülen K9 “...Buraya gelmek biraz zor oğlum. Ne isterdim daha kolay olması için bir araban olsa her yere de gidersin...” şeklinde ulaşım aracı olmaması nedeniyle yaşadığı zorluğu dile getirirken K11 “...Ulaşım zor değil, yani kendi özel arabam var, onunla da geliyorum. Bizim oradan otobüse de binince yakın, hemen şurada da iniyorum” şeklinde ulaşım aracının taramaya erişimi kolaylaştırıcı etkisini ifade etmiştir.

5.2.6. Sağlık Politikası

Sağlık politikası teması kapsamında 4 kadın sağlık eğitimi ve sağlık finansmanının taramaya erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir (Şekil 14).

Şekil 14

Sağlık Politikası



5.2.6.1. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi kategorisinde 3 kadın taramalarla ilgili bilgilendirme broşürleri ve medya tanıtımının önemini vurgulamıştır. Bu konuda K1 “...mesela yani ketem sürekli gelse broşür dağıtsa ya da aile sağlığı merkezindeki hemşireler teşvik etse insanlar daha çok gider. En azından ben giderim yani aklıma düşer” şeklindeki ifadesiyle tarama yaptırmak için bilgilendirme broşürlerinin önemini dile getirmiştir. OG3 ise “Kötüyü örnek versinler mesela. Yani sürekli böyle medyada olsun. Mesela sigaranın üstündeki resimler bizi etkiliyor ya...” şeklindeki ifadesiyle medya tanıtımlarının tarama yaptırmaya üzerindeki etkisini ifade etmiştir.

5.2.6.2. Finansman

Çalışmaya katılan kadınların 4’ü kamu veya özel sağlık kuruluşlarında tarama yaptırmamanın finansal yükü hakkındaki görüşlerini dile getirmiştir. Örneğin K1 “Kamuda benim sosyal güvencem olduğu için. Ne maddi ne de manevi bir kaygım yok...” şeklindeki

ifadesiyle kamusal finansmanın taramayı kolaylaştırıcı yönünü vurgulamıştır. Öte yandan K2 “...Devlet hastanesinden kaçıp da özel hastaneye ulaşan bir insan mamografi yapayım, rahim taramamı yapayım vesaire yapamaz şu an. Bu sefer bence daha çok insan tarama yaptırmaktan kaçacaktır” şeklindeki ifadesiyle özel hastaneyi tercih ettiği takdirde finansman yükünün tarama yaptırmayı zorlaştırıcı etkisinden bahsetmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada kadınların meme ve rahim kanseri ve tarama hizmetleri hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri, sağlık inançları ve taramaya erişimlerini zorlaştıran ve kolaylaştıran durumların neler olduğu sorusuna yanıt aranmıştır. Araştırma öncesi literatürde yer alan çalışmalar detaylı bir şekilde incelenerek kavramsal modelin genel hatları ortaya koyulmuştur. Elde edilen bulgular kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişimlerini zorlaştıran veya kolaylaştıran durumlar hakkındaki görüşlerinin 6 tema ve 24 kategoriden oluştuğunu göstermektedir. Temalar bireysel özellikler, hizmet sunum sistemi, psikolojik özellikler, çevresel ve sosyokültürel yapı, coğrafi özellikler ve sağlık politikasıdır.

Bu bölümde ana tema ve kategoriler özelinde elde edilen bulgular ile literatürde yer alan sonuçlar ayrıntılı bir şekilde karşılaştırılmaktadır.

Bireysel özellikler

Çalışmada en çok kodlanan tema bireysel özellikler temasıdır. Bu tema altında en çok kodlanan kategoriler ise sağlık inancı ile bilgi ve farkındalıktır. Bu nedenle araştırmanın ilk sorunsallarının başında kadınların meme ve rahim kanseri ve taramaya yönelik inanç ve tutumlarını gösteren sağlık inançları ve ne bildiklerini gösteren bilgi ve farkındalık düzeyleri gelmektedir.

Erişim ile ilgili literatürde sağlık inancı ile bilgi ve farkındalık düzeyine sıklıkla atıfta bulunulmaktadır. Bu kavramlar aynı zamanda Aday ve Andersen (1974) tarafından ortaya koyulan kavramsal erişim modelinde bireysel özellikler içinde yer almaktadır. Modele göre tıbbi inançlar, sağlık ve tıbaa yönelik yaygın sosyokültürel yatkınlıkları ifade etmektedir. Bilgi ve farkındalık düzeyi ise, bireyin eğitim düzeyiyle ilişkili olarak sağlık hizmetinden yararlanması için gerekli olan; ancak değiştirilemez bir özellik olarak ele alınmaktadır.

Bu çalışmada sağlık inancı kategorisi ciddiyet, duyarlılık, önemseme ve yarar olarak kodlanmıştır. Bu kategori altında görüş bildiren kadınların ifadeleri genel olarak taramaya erişimi güçleştirici durumlar hakkındadır. Kadınların çoğu kanserin olumsuz çıktıları hakkındaki inançlarını belirtse de kendilerinde kansere yakalanma riski görmemeleri ya da herhangi bir belirti ve şikayetlerinin olmaması nedeniyle tarama yaptırmayı ertelediği veya önemsemediği görülmektedir. Bu tutum daha çok ilköğretim düzeyinde eğitime

sahip olan kadınlarda görülmüştür. Bununla birlikte bazı kadınlar erteleme ya da önemsememe davranışlarıyla ilgili olarak çocuk bakımı ve ev işleri gibi meşguliyetlerini öne sürmektedir. Yalnızca bir kadın dışında çoğu taramanın yararına inandıklarını belirtmiştir. Benzer şekilde çeşitli araştırma bulguları da kansere karşı faydaları daha yüksek algılayan, engelleri daha az algılayan (Ampofo vd., 2020; Darvishpour vd., 2018) ve sağlık inancına dayalı eğitim alan kadınların (Masoudiyekta vd., 2018) tarama yaptırmaya daha fazla eğilimli olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kadınların görüşlerini inceleyen farklı araştırmacılar da bu bulguları desteklemektedir. Örneğin Tejada ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan araştırmada, hiç mamografiye katılmadığını ya da iki yıldan daha uzun bir süre önce mamografiye katıldığını bildiren kadınlar memede ağrı ve yumru olmaması nedeniyle taramaya ihtiyaç duymadıklarını belirtmiştir. Dsouza ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada, birçok kadın ev işleriyle çok meşgul olmaları nedeniyle taramayı ertelediklerini belirtmiştir. Ayrıca kadınların birçoğu sağlıklarının iyi olduğunu ve bu nedenle taramaya ihtiyaç duymadığını dile getirmiştir.

Bilgi ve farkındalık düzeyi kadınların tarama hizmetlerine erişimlerinin önündeki en önemli engellerden biri olarak görülmektedir (Darj vd., 2019; Mele vd., 2005; Park vd., 2006). Kadınlar çoğu zaman sağlıklı bir bireyin neden tarama yaptırmaya ihtiyaç duyduğunu anlayamamaktadır (Markovic vd., 2005). Bu çalışmada kadınların meme ve rahim kanseri ve tarama hizmetleri hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyleri; belirtileri anlama, risk faktörlerini bilme, bilgi arama, bilgi düzeyi ve tarama süreci olarak öne çıkmaktadır. Bu başlıklar altında genel olarak kadınların, özellikle de düzenli olarak meme ve rahim kanseri taraması yaptırmadığını belirten kadınların, risk faktörlerinin neler olabileceği, tarama için nereye başvurulması gerektiği, belirtilerin neler olabileceği ve nasıl randevu alınabileceğine yönelik bilgilerinden emin olmadıklarını gösteren ifadeleri dikkat çekmektedir. Benzer şekilde araştırmacılar, kanserin belirtileri, tarama seçenekleri (Lee vd., 2015; Subramanian vd., 2019), taramanın yararları (Esteva vd., 2008), erken teşhis ve tedavi süreci (Collins vd., 2019) ve risk faktörleri (Kangmennaang vd., 2019) hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyi düşük olan kadınların tarama yaptırmaya daha az eğilimli olduğunu bildirmektedir. Literatür bilgilerine ilave olarak bu çalışmada düzenli tarama aralıkları, risk faktörü, tarama yaşı, tarama yeri, kanserin belirtileri, kanserin sonuçları konusunda aslı olmayan ancak doğru bilinen yanlışlar anlamına da gelebilen olası mitler ortaya çıkmıştır. Dolayısı ile bu bulgu literatürde yer

alan çalışmalardan kavramsal genişlik açısından farklılaşmaktadır. Bu farklılık, günümüzde özellikle hastalıklar hakkında çevrimiçi bilgi paylaşımının artması ve bu paylaşımların önemli bir kısmının hastalar tarafından yapılmasıyla açıklanabilir. Bu çalışmada kadınların çoğu kanser hakkında bilgileri ilk olarak internetten öğrendiğini ifade etmiştir. Bununla birlikte sınırlı sayıda olsa da farklı çalışma sonuçları bu bulguları desteklemektedir. Örneğin Shin ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada tarama yaptırmayan çoğu kadının tarama hakkında yanlış anlayışlara sahip olduğu ve bilgi eksikliği bulunduğu tespit edilmiştir. Park ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların rahim kanserini acı verici ve kadınlığın kaybedildiği bir hastalık olarak gördükleri raporlanmıştır.

Bireysel özellikler teması altında kodlanan diğer kategoriler deneyim, çalışma hayatı, motivasyon, maddi durum ve hastalık öyküsüdür. Kadınlar genel olarak hizmet sunucu davranışları ve acı duyma ile ilgili olumsuz deneyimler bildirmiştir. Yalnızca bir kadın göğsünü aldırın birine tanık olması nedeniyle taramanın önemi hakkındaki olumlu düşüncesini ifade etmiştir. Bununla birlikte kadınlar işlerinin yoğunluğu nedeniyle taramaya zaman ayıramadıklarını ve randevuya uyumun zorluğunu dile getirmiştir. Öte yandan, özellikle daha yaşlı kadınlar, hizmet sunucuların, ailelerinden birinin ve güvendikleri kişilerin tavsiye etmesi, yönlendirmesi ve eşlik etmesinin taramaya katılmaya motive edici etkilerini ifade etmiştir. Maddi durum kategorisinde kadınlar ekonomik zorlukların taramaya etkisini, ulaşım maliyeti ve daha fazla çalışmak zorunda kalmasının zorlaştırıcı yönüne vurgu yaparak aktarmıştır. Hastalık öyküsü kategorisinde ise yalnızca bir kadın farklı hastalıkları nedeniyle tarama yaptırmaktan kaçındığını ifade etmiştir. Benzer şekilde araştırmacılar bu faktörlerin taramaya erişim üzerindeki etkilerini olumlu ve olumsuz yönleriyle ele almaktadır. Tarama süreci ve personelle ilgili negatif deneyimler (acı, uygunsuz hizmet, kötü davranışlar gibi) genel olarak kadınları taramadan caydırıcı bir etkiye sahiptir (Azami-Aghdash vd., 2015; Cohen vd., 2016; Lee-Lin vd., 2012; Peters ve Cotton, 2016). Öte yandan kanserle mücadele hakkındaki başarı öyküleri (Mishra vd., 2012) ve tarama esnasında personelle iyi iletişim ve personelin psikolojik desteği (Clifton vd., 2016; Hulme vd., 2016) gibi pozitif deneyimler kadınları taramaya teşvik etmektedir. Çalışma hayatı, genel olarak kadınların kendilerine yeterince zaman ayıramaması nedeniyle taramaya erişimi zorlaştıran bir etkiye sahiptir (March vd., 2018). Aile, arkadaş çevresi ve özellikle sağlık profesyonelleri tarafından verilen tavsiyeler kadınların taramaya katılma motivasyonları üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Abu-

Helalah vd., 2015; Alexandraki ve Mooradian, 2010; Lee vd., 2015; Ogedegbe vd., 2005). Gelir düzeyinin düşük olması ise genel olarak kadınların taramaya erişimleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Clifton vd., 2016; Ku vd., 2016; Okoronkwo vd., 2015; Ragas vd., 2014; Zha vd., 2019). Hastalık öyküsü, kadınlarda var olan diğer hastalıklar nedeniyle taramaya erişimi zorlaştıran bir durumdur (Mele vd., 2005; Pieters vd., 2011). Bu durum “karmaşıklıktan kaçınma” şeklinde açıklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle kadınlar farklı hastalıkları nedeniyle tarama yaptırmaktan kaçınmaktadır (Zha vd., 2019).

Hizmet sunum sistemi

Hizmet sunum sistemi teması, genel olarak kadınların hizmet sunum sisteminin taramayı zorlaştıran yönleriyle ilgili görüşlerini içermektedir. Bu tema altındaki kategoriler bekleme süreleri, hizmet sunucunun tutum ve davranışları, güven, kullanılabilirlik ve beklentilerin karşılanmasını içermektedir.

Bekleme süreleriyle ilgili görüşler incelendiğinde hizmet ortamında gereğinden fazla beklenmesi veya randevuların uzun tarihler sonrasına verilmesi hakkındaki şikayetler dikkat çarpmaktadır. Hizmet sunucunun tutum ve davranışları hakkında kadınlar ilgililik, nezaket, duyarlılık ve yönlendirme konusundaki olumsuz görüşlerini dile getirmiştir. Kadınlar genel olarak tarama testlerine ve hizmet sunucuya yönelik güven sorunlarını ifade etmiştir. Bununla birlikte bazı kadınlar hizmet sunucu, tesis ve ekipman gibi kaynakların olmaması ya da bu kaynaklara ulaşamaması nedeniyle yaşadıkları güçlüklerden bahsetmiştir. Ayrıca iki kadın tarama hizmeti sonucunda ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde tatmin elde edemeyeceklerine yönelik düşüncelerini aktarmıştır. Literatürdeki çalışmalar da hizmet sunum sisteminin taramaya erişim üzerindeki olumlu ve olumsuz yönlerine atıfta bulunmaktadır. Dsouza ve arkadaşları (2020), kadınların hastanede uzun bekleme süreleri nedeniyle taramaya katılmaktan vazgeçebileceklerini ve gerek duymadıkça hastaneye gitmemeyi tercih edebileceklerini belirtmiştir. Fletcher ve arkadaşları (2014) randevular arasındaki sürenin çok uzun olması nedeniyle kadınların randevu planlama ve randevu kayıtlarını tutma konusunda yaşadıkları zorluklardan bahsetmiştir. Ragas ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınlar için hasta değerleri ve ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran davranışların önemine dikkat çekilmiştir. Peters ve Cotton (2016) tarafından yapılan çalışmada kadınlar, sağlık çalışanlarının kendileriyle teşvik edici bir iletişim kurmaması ve duygusal açıdan desteklememesinin olumsuz etkilerini dile getirmiştir. Matenge ve Mash (2018)

tarafından yapılan çalışmada ekipman eksikliği kadınların test yaptırması önündeki bir engel olarak belirtilmiştir. Iezzoni ve arkadaşları (2010) engel olarak kadınların ekipman eksikliği nedeniyle başka bir sağlık merkezini gitmek zorunda kalmasını aktarmıştır. Başka çalışmalarda da personel eksikliği (Markovic vd., 2005), uzun hasta kuyrukları (Matenge ve Mash, 2018) ve randevu sürelerinin uzun olması (Bernstein vd., 2000; Elkin vd., 2010; Watson-Johnson vd., 2011; Yu ve Wu, 2005) nedeniyle oluşan bekleme sürelerinin taramaya erişim üzerindeki olumsuz etkilerini; hizmet sunucunun iletişim kurmayı teşvik etme (Peters ve Cotton, 2016), bilgi verme (Azemfac vd., 2019) ve mahremiyete saygı gösterme (Park vd., 2006) gibi tutum ve davranışları ile hizmet sunucuya duyulan güvenin olumlu etkilerini (Abdel-Aziz vd., 2017; Binka vd., 2019; Onyenwenyi ve Mchunu, 2018) taramayla ilgili bazı hizmetlerin (Collins vd., 2019) ve taramaya özgü kliniklerin (Amin vd., 2009) olmamasının olumsuz etkilerini bildirmiştir. Nihai olarak bu çalışmanın yanı sıra literatürde yer alan pek çok çalışma malzeme ve ekipman eksikliği ile personel tutum, davranış ve desteğinin hastaların yaşamında kritik bir öneme sahip olan tarama faaliyetlerine katılımında önemli bir etken olarak göstermektedir.

Çevresel ve sosyokültürel yapı

Çevresel ve sosyokültürel yapı teması kapsamında kadınlar, hizmet sunucunun cinsiyeti, utanma, dini inanç, aile desteği, sorumluluklar ve pandeminin taramaya erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Cinsiyet tercihinine yönelik görüşler tarama esnasında kadın personelle karşılaşmanın kolaylaştırıcı etkisini içermektedir. Kadınlar, tarama esnasında kıyafetlerini çıkarmak zorunda kalma ya da erkek personelle karşılaşma ihtimalleri nedeniyle utandıkları için bu tür hizmetlere karşı çekinceleri bulunduğunu belirtmiştir. Bazı kadınlar tevekkül etme ve kadercilik inancı nedeniyle tarama yapılırsa da olacak olanın engellenemeyeceğine yönelik görüşlerini aktarmıştır. Bununla birlikte kadınlar eş ve çocuklarından destek görmenin taramaya katılmayı kolaylaştırıcı etkisini vurgulamaktadır. Öte yandan ev işleri, çocuk bakımı ve ebeveynlerine bakma yükümlülükleri nedeniyle bazı kadınlar tarama için kendilerine yeterince zaman ayıramadıklarını ifade etmiştir. Ayrıca üç kadın COVID-19 sürecinde randevu alma konusunda yaşadıkları zorluklar nedeniyle tarama yaptırmanın zorluğuna dikkat çekmiştir. Benzer şekilde literatürde yer alan çalışmalar çevresel ve kültürel yapının taramaya erişim üzerindeki etkilerini kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı yönleriyle ele almaktadır. Tejada vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada birçok kadın erkek bir doktora

görünme ihtimali nedeniyle kocalarının tarama konusunda destek vermeyeceğine inandıklarını belirtmiştir. Cohen vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada bir kadın kanseri yaratıcı tarafından gönderilen bir ceza olarak görmesi nedeniyle tarama yaptırmadığını bildirmiştir. Darj vd. (2019) tarafından yapılan çalışmada ise kadınlar taramalara katılmak için aile desteğinin önemini vurgulamış ve bir kadın ailelerinin teşvik etmesi durumunda daha fazla kadının taramaya katılacağına inandığını bildirmiştir. Kue vd. (2014) çocuk bakımı gibi sorumlulukların tarama randevusuna katılmanın önündeki engellerden biri olduğu belirtilmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalarda da hizmet sunucusunun cinsiyeti (Warren-Forward, 2018), utanma (Abdel-Aziz vd., 2017; Hasnain vd., 2014), ailevi sorumluluklar (Nyblade vd., 2017; Watson-Johnson vd., 2011), aile desteği (Lee ve Vang, 2015), kadercilik (Bailey vd., 2000; Chau vd., 2002; Peek vd., 2008) ve pandeminin (Kirkegaard vd., 2021; Schifferdecker vd., 2021) tarama hizmetlerine erişime kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı etkileri olduğunu ileri sürmektedir. Bu çalışmada pandemiyle ilgili zorluklar genel olarak randevu bulma konusundaki güçlükleri kapsarken diğer araştırmalar ulaşım güçlükleri ve testlerin güvenilirliğine ilişkin kaygılara da değinmektedir.

Psikolojik özellikler

Psikolojik özellikler teması kadınların tarama yaptıрма düşüncelerini olumsuz etkileyen korku ve kaygı kategorilerinden oluşmaktadır. Kadınlar genel olarak doğum deneyimleri, kanser kelimesinin olumsuz çağrışımları, tarama esnasında duyulan acı, ölüm, tedavi süreci, çevre ve internette kanserle ilgili anlatılan olumsuz bilgiler, diğer sağlık hizmeti alma sürecinde yaşadıkları travma ve jinekolojik masanın görüntüsü nedeniyle duydukları korkunun tarama yaptırmayı zorlaştırıcı etkilerini dile getirmiştir. Bununla birlikte kadınların çoğu kendilerine kanser teşhisi konulma ihtimali nedeniyle taramadan kaçınma davranışlarına yönelik görüşlerini aktarmıştır. Literatürde kadınların taramadan korkularına ilişkin bazı bulgular bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Örneğin Tejada vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada teşhis kaygısı kadınların taramaya katılmasının önündeki engellerden biri olarak görülmektedir. Granado vd. (2014) ise bazı kadınların eşleriyle aralarının bozulacağı yönünde kaygıları sebebiyle bu tür taramalardan kaçındıklarını raporlamıştır. Diğer araştırmacılar tarama prosedüründen korkma (Markovic vd., 2005), doktorun reçete ettiği ilaçları satın alamamaktan korkma (Mele vd., 2005), yaralanmadan korkma (Pieters vd., 2011), damgalanma, acı ve taramanın sonuçlarından korkma (Granado vd., 2014) gibi düşünceleri nedeniyle kadınların

taramadan kaçındıklarını vurgulamaktadır. Bu çalışmada elde edilen bulgular literatürde yer alan sonuçları genişletmesi bakımından önemlidir. Örneğin kadınlar olumsuz doğum deneyimleri nedeniyle jinekolojik masanın görüntüsünün kendilerine ürkütücü geldiğini belirtmiştir. Ayrıca diğer çalışmalarda belirtilen damgalanma korkusuna ilişkin bir ifadeye rastlanmamıştır. Bu durum diğer çalışmaların yürütüldüğü sosyal çevrenin özelliklerinden kaynaklanabilir.

Coğrafi özellikler

Coğrafi özellikler teması kadınların mesafe ve ulaşım nedeniyle yaşadıkları güçlükleri içeren görüşlerinden oluşmaktadır. Görüş bildiren kadınların çoğu fiziksel mesafenin uzak olmasını taramaya erişimi zorlaştırıcı bir unsur olarak görmüştür. Bununla birlikte önemli bir kısmı toplu taşıma araçlarıyla ulaşımın taramaya erişimi zorlaştırıcı etkisini dile getirirken çok az bir kısmı kişisel ulaşım aracına sahip olmaları nedeniyle tarama hizmetlerine kolaylıkla erişebildiklerini belirtmiştir. Bu bulgular literatürde yer alan çalışmalardaki benzer bulgularla desteklenmektedir. Çeşitli araştırmalarda coğrafi açıdan mesafenin uzak olması taramaya katılma düşüncesi önünde bir engel olarak aktarılmıştır (Darj vd., 2019; Greibe Andersen vd., 2020; Ragan vd., 2018). Bazı araştırmalarda ise ulaşım aracının olmaması (Kilic vd., 2019; Ndukwe vd., 2013) ve hizmet sunulan tesisin çevresinde ulaşılabilir bir park alanının olmaması (Mele vd., 2005) taramaya erişimin önündeki engeller olarak belirtilmiştir.

Sağlık politikası

Sağlık politikası teması kapsamında kadınlar bilgilendirme broşürleri ve medya tanıtımı gibi sağlık eğitimi araçlarını tarama için teşvik edici bir unsur olarak görmüştür. Bununla birlikte kadınlar daha hızlı hizmet almak için özel hastaneleri tercih etmeyi düşünse bile kamu finansman kapsamında yer almaması nedeniyle tarama yaptıramayacaklarını dile getirmiştir. Literatürde benzer çalışmalar taramaya erişimde sağlık eğitimi ve finansman gibi sağlık politikası araçlarının etkisi üzerinde durmaktadır (Collins vd., 2019; Okoronkwo vd., 2015). Örneğin Ragas vd. (2014), kadınların tarama programları hakkında bilgilendirilmeye yönelik beklentileri arasında broşürler, sağlık fuarları ve haber bültenleri gibi sağlık eğitimi araçlarının yer aldığını belirtmektedir. Matenge ve Mash (2018), bazı kadınların iyi bir sağlık eğitiminin taramalara katılma konusundaki farkındalıklarını ve motivasyonlarını artıracığına inandıklarını belirtmiştir. Öte yandan finansmana ilişkin bulgular bu çalışmanın bulgularından farklılaşmakla birlikte özel

sağlık kuruluşlarından hizmet alma noktasında benzerlik arz etmektedir. Bazı araştırmacılar taramaların finansman kapsamında olmaması nedeniyle ek ödeme yükünün taramaya erişimi engellediği bildirmektedir (Granado vd., 2014; Kue vd., 2014). Bu durum sağlık eğitimi, hizmet sunumunda kolaylıklar sağlama ve finansman kolaylıklarının kadınların önceden yaptıracakları rutin kontrollerle hastalık sonrası travmaların etkisinden kurtulmalarının sosyal etkileri ve hastalık sonrası maliyetlerin artacağı dikkate alındığında finansman bakımından ülke ekonomisi ve sağlık finansman yükü politika yapıcıların dikkatine sunulmalıdır.

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri de anket uygulanan kadınların %80'inden fazlasının düzenli olarak taramalara katılmadığını ve önemli bir bölümünün daha önce hiç tarama yaptırmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, Avrupa kanser tarama istatistiklerine (Eurostat) göre Türkiye, meme ve rahim kanseri tarama oranları en düşük ülkeler arasında yer almaktadır. Bu durum dikkate alındığında, öncelikle Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili yöntemlerin taramaya katılım oranlarını artırmada ne kadar başarılı olduğu sorgulanmalıdır. Mevcut uygulamalar, tarama programlarının yürütülmesinde performans yönetimi sistemi anlayışını yansıtmaktadır. Bu, tarama personeli daha fazla hizmet sunmaya teşvik etmek yerine belirli performans ölçütlerini yerine getirerek günü kapatmaya yöneltebilmektedir. Bu bağlamda, mevcut tesislerin entegre sağlık tesislerine dönüştürülmesi ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine odaklanan ve hastayı merkeze alan uzman ekiplerin oluşturulması seçenekleri gözden geçirilmelidir.

Dünya genelinde kansere bağlı ölümler arasında meme kanseri ikinci sırada, rahim kanseri ise yedinci sırada yer almaktadır. Bu nedenle kadınlar kansere bağlı mortalite ve morbidite açısından en riskli gruplardan birini teşkil etmektedir. Buna rağmen pek çok ülkede kanser erken teşhis ve tarama programlarına ve fırsatçı taramalara katılım düşüktür. Kanser taramaları, kanserli hücrelerin henüz belirgin semptomlar veya işaretler oluşmadan önce tespit edilmesine olanak tanımaktadır. Bu, kanserin erken evrelerinde yakalanmasını ve tedavi edilmesini sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar erken teşhisin kanserin ilerlemesini önleyebileceğini veya yavaşlatabileceğini göstermektedir. Bu sayede daha az acı veren veya maddi ve manevi daha az yük getiren tedavilerin uygulanması mümkün hale gelmekte ve sağ kalım oranları artabilmektedir.

Kanser taramalarına katılım düzeyinin düşük olması ülkelerin temel sağlık hizmetleri kapsamında çözmesi gereken temel sorunlardan biridir. Bu, başta finansman, iş gücü ve sağlık eğitimi gibi alanlarda kapsamlı sağlık politikaları yoluyla makro düzeyde çözülmesi gereken bir problemdir. Bununla birlikte mikro düzeyde uygulayıcıların taramayı teşvik etme, yönlendirme ve taramalar hakkında bilgilendirme yaparak katılım oranlarını artırma gibi temel konularda sorumlulukları bulunmaktadır. Ancak tarama programlarının başarısında kilit unsurlardan biri de hastalardır. Bu nedenle öncelikle kadınların tarama yaptırmaya motivasyonlarını etkileyen durumların detaylı bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Literatürde kadınların taramaya katılma motivasyonlarını etkileyen durumlar hakkında farklı uluslar için belirli tanımlamalar mevcuttur. Ancak erişim kavramı doğası gereği çeşitli sosyal, ekonomik, siyasi ve kültürel bağlamlarda farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bu nedenle yerel düzeyde detaylı kanıtlara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu çalışmada, yerel bağlamda kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak erişimi zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı durumlar hakkındaki tanımlamaları keşfedilmiştir. Bu bağlamda araştırmacılara, politikacılara ve uygulayıcılara çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Araştırmacılara öneriler;

Öncelikle nitel araştırmalar genelleme kaygısı gütmeyen belirli bir olguyu buldukları bağlamlarda incelemektedir. Bu bağlamda araştırmacılar;

- Bu çalışmada elde edilen sonuçların geçerliliğini artırmak için farklı bağlamlarda araştırmayı tekrarlayabilir.
- Genelleme yapılabilmesi için nicel araştırmalar yürütebilir.
- Çalışma kapsamında oluşturulan genel modeli daha spesifik boyutlar özelinde (Bilgi ve farkındalık, sağlık inancı, hizmet sunum sistemi gibi) ele alabilir.
- Kapsamlı bir model için ölçek geliştirebilir.
- Erken tanı ile hastalıkların tedavi süreçlerinin sosyal etkileri, sağ aklım ve maliyetleri üzerine maliyet etiklik çalışmaları yapılabilir.

Politika yapıcılara öneriler;

- Sağlık inancına dayalı kapsamlı sağlık eğitim programları oluşturmalıdır.
- Tarama personeline yönelik hasta-hizmet sunucu ilişkilerinin iyileştirilmesine yönelik kapsamlı eğitim programları oluşturulmalıdır.

- Tarama hizmetlerinin daha ulaşılabilir olması için tesis, ekipman ve kadın personel sayısı artırılmalıdır.
- Etkili bir tarama hizmeti sunumu için tarama yapan personelin çalışma koşulları iyileştirilmelidir.
- Randevu sistemi daha esnek ve ulaşılabilir hale getirilmelidir.
- Kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki eşitsizliği ortadan kaldırmak için mobil tarama araçlarının sayısı ve kırsal bölge ziyaretlerinin sıklığı artırılmalıdır.
- Fırsatçı taramaların özendirilmesine yönelik finansal ve finansal olmayan teşvikler artırılmalıdır.
- Finansman kapsamı özel sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde genişletilmelidir.
- Taramaya katılımın artırılması için uzmanlığa dayalı ekipler oluşturulmalı ve birey odaklı takip sistemi yaygınlaştırılmalıdır.

Uygulayıcılara yönelik öneriler;

- Taramaya daha fazla teşvik etmek için düzenli takipler yapılmalı ve hatırlatmaların sıklığı artırılmalıdır.
- Hastaları merkeze alarak daha iyi ve etkili iletişim (duyarlılık, ilgi, saygı ve güler yüze dayalı) kurmaya özen gösterilmelidir.
- Taramaya yönelik kaygıların ve korkuların giderilmesine yönelik psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Hizmet sunumu esnasında mahremiyete özen gösterilmeli ve inanç ve tutumlar dikkate alınmalıdır.
- Tarama öncesi süreç hakkında açık ve anlaşılır bir dille bilgilendirmeye özen gösterilmelidir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Aziz, S. B., Amin, T. T., Al-Gadeeb, M. B., Alhassar, A. I., Al-Ramadan, A., Al-Helal, M., Bu-Mejdad, M., Al-Hamad, L. A., ve Alkhalaf, E. H. (2017). Perceived barriers to breast cancer screening among saudi women at primary care setting. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(9), 2409-2417. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.9.2409>
- Abu-Helalah, M. A., Alshraideh, H. A., Al-Serhan, A. A., Kawaleet, M., ve Nesheiwat, A. I. (2015). Knowledge, barriers and attitudes towards breast cancer mammography screening in jordan. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 3981-3990. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.9.3981>
- Aday, L. A. (1976). The impact of health policy on access to medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54(2), 215-233. <https://doi.org/10.2307/3349588>
- Aday, L. A., ve Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9(3), 208-220.
- Aday, L. A., ve Andersen, R. M. (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, 19(12). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1981/12001/Equity_of_Access_to_Medical_Care_A_Conceptual_and.4.aspx
- Akdağ, R. (2007). Nereden nereye: Türkiye sağıkta dönüşüm programı Kasım 2002-Haziran 2007. *T.C. Sağık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 713*.
- Al-Taiar, A., Clark, A., Longenecker, J. C., ve Whitty, C. J. M. (2010). Physical accessibility and utilization of health services in Yemen. *International Journal of Health Geographics*, 9(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-9-38>
- Alexandraki, I., ve Mooradian, A. D. (2010). Barriers related to mammography use for breast cancer screening among minority women. *J Natl Med Assoc*, 102(3), 206-218. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30527-7](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30527-7)
- Altınova, H. H., ve Duyan, V. (2013). Toplumsal cinsiyet algısı ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24(2), 9-22.
- Amin, T. T., Al Mulhim, A. R., ve Al Meqihwi, A. (2009). Breast cancer knowledge, risk factors and screening among adult Saudi women in a primary health care setting. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10(1), 133-138.
- Ampofo, A. G., Adumatta, A. D., Owusu, E., ve Awuviry-Newton, K. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PLoS One*, 15(4), e0231459. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231459>
- Andersen, R. (1978). Health status indices and access to medical care. *American Journal of Public Health*, 68(5), 458-463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.68.5.458>

- Andersen, R., ve Aday, L. A. (1978). Access to medical care in the u.s: realized and potential. *Medical Care*, 16(7). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1978/07000/Access_to_Medical_Care_in_the_U_S_Realized_and.1.aspx
- Andersen, R., ve Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95-124. <https://doi.org/10.2307/3349613>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model Of Health Services Use. *Medical Care*, 46(7), 647-653. <http://www.jstor.org/stable/40221718>
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., ve Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res*, 18(1), 49-74.
- Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Muwonge, R., Keita, N., Dolo, A., Mbalawa, C. G., Nouhou, H., Sakande, B., Wesley, R., Somanathan, T., Sharma, A., Shastri, S., ve Basu, P. (2008). Pooled analysis of the accuracy of five cervical cancer screening tests assessed in eleven studies in Africa and India. *Int J Cancer*, 123(1), 153-160. <https://doi.org/10.1002/ijc.23489>
- Archibald, M. M. (2015). Investigator triangulation: a collaborative strategy with potential for mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 10(3), 228-250. <https://doi.org/10.1177/1558689815570092>
- Arnold, M., Morgan, E., Runggay, H., Mafra, A., Singh, D., Laversanne, M., Vignat, J., Gralow, J. R., Cardoso, F., Siesling, S., ve Soerjomataram, I. (2022). Current and future burden of breast cancer: global statistics for 2020 and 2040. *Breast*, 66, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.08.010>
- Assarroudi, A., Heshmati Nabavi, F., Armat, M. R., Ebadi, A., ve Vaismoradi, M. (2018). Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J Res Nurs*, 23(1), 42-55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Azami-Aghdash, S., Ghojzadeh, M., Sheyklo, S. G., Daemi, A., Kolahdouzan, K., Mohseni, M., ve Moosavi, A. (2015). Breast cancer screening barriers from the womans perspective: a meta-synthesis. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(8), 3463-3471. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.8.3463>
- Azemfac, K., Christie, S. A., Carvalho, M. M., Nana, T., Fonje, A. N., Halle-Ekane, G., Dicker, R., Chichom-Mefire, A., ve Juillard, C. (2019). A community-based assessment of knowledge and practice of breast self-examination and prevalence of breast disease in Southwest Cameroon. *J Cancer Epidemiol*, 2019, 2928901. <https://doi.org/10.1155/2019/2928901>

- Babitsch, B., Gohl, D., ve von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*, 9, Doc11. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- Bailey, E. J., Erwin, D. O., ve Belin, P. (2000). Using cultural beliefs and patterns to improve mammography utilization among African-American women: the Witness Project. *Journal of the National Medical Association*, 92(3), 136-142.
- Bal, M. (2014). Evaluation of women having pap smear test by Health Belief Model Scale. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140711031132>
- Banu, N., ve Biswas, B. (2021). Role of international border on healthcare access in West Bengal, India: A geographical analysis. *GeoJournal*, 87(4), 2949-2974. <https://doi.org/10.1007/s10708-021-10411-8>
- Barnabishvili, M., Ulrichs, T., ve Waldherr, R. (2016). Role of acceptability barriers in delayed diagnosis of Tuberculosis: Literature review from high burden countries. *Acta Trop*, 161, 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2016.06.014>
- Barnham, C. (2015). Quantitative and Qualitative Research: Perceptual Foundations. *International Journal of Market Research*, 57(6), 837-854. <https://doi.org/10.2501/ijmr-2015-070>
- Bartsokas, C., Sissouras, A., ve Jelastopulu, E. (2019). Healthcare services utilisation, subjective perception of health and satisfaction with services in Patras, Greece. *Journal of Public Health*, 29(2), 369-373. <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01134-9>
- Baskarada, S. (2014). Qualitative case study guidelines. *The Qualitative Report*, 19(40), 1-25. <https://ssrn.com/abstract=2559424>
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
- Bateman, L. B., Blakemore, S., Koneru, A., Mtesigwa, T., McCree, R., Lisovicz, N. F., Aris, E. A., Yuma, S., Mwaiselage, J. D., ve Jolly, P. E. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening, diagnosis, follow-up care and treatment: perspectives of human immunodeficiency virus-positive women and health care practitioners in Tanzania. *Oncologist*, 24(1), 69-75. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0444>
- Baumann, L. C., ve Karel, A. (2013). Health education. In M. D. Gellman ve J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 917-918). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_320
- Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., ve Goldstein, A. T. (2020). Cervical cancer screening: past, present, and future. *Sex Med Rev*, 8(1), 28-37. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.005>

- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bernstein, J., Mutschler, P., ve Bernstein, E. (2000). Keeping mammography referral appointments: motivation, health beliefs, and access barriers experienced by older minority women. *J Midwifery Womens Health*, 45(4), 308-313. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(00\)00037-4](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(00)00037-4)
- Bice, T. W., Eichhorn, R. L., ve Fox, P. D. (1972). Socioeconomic status and use of physician services: A reconsideration. *Medical Care*, 10(3). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1972/05000/Socioeconomic_Status_and_Use_of_Physician.8.aspx
- Binka, C., Nyarko, S. H., Awusabo-Asare, K., ve Doku, D. T. (2019). Barriers to the uptake of cervical cancer screening and treatment among rural women in Ghana. *Biomed Res Int*, 2019, 6320938. <https://doi.org/10.1155/2019/6320938>
- Black, M., Ebever, S., Aguilar, P. N., Vidaurre, M., ve El Morjani, Z. (2004). Using GIS to measure physical accessibility to health care. *World Health Organization*, 1-22.
- Bodenheimer, T. S. (1970). Pattern of american ambulatory care. *Inquiry*, 7(3), 26-37. <https://www.jstor.org/stable/29770611>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., ve Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Bucyibaruta, B. J., Eyles, J., Harris, B., Kabera, G., Oboirien, K., ve Ngyende, B. (2018). Patients' perspectives of acceptability of ART, TB and maternal health services in a subdistrict of Johannesburg, South Africa. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 839. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3625-5>
- Burström, K., Johannesson, M., ve Diderichsen, F. (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, 55(1), 51-69. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00111-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00111-1)
- Cabrera-Barona, P., Blaschke, T., ve Gaona, G. (2017). Deprivation, healthcare accessibility and satisfaction: geographical context and scale implications. *Applied Spatial Analysis and Policy*, 11(2), 313-332. <https://doi.org/10.1007/s12061-017-9221-y>
- Caillaud, S., ve Flick, U. (2017). Focus groups in triangulation contexts. In *A New Era in Focus Group Research* (pp. 155-177). https://doi.org/10.1057/978-1-137-58614-8_8
- Calasanti, T. (2010). Gender relations and applied research on aging. *Gerontologist*, 50(6), 720-734. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq085>

- Cameron, K. A., Song, J., Manheim, L. M., ve Dunlop, D. D. (2010). Gender disparities in health and healthcare use among older adults. *Journal of Women's Health*, 19(9), 1643-1650. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1701>
- Carroll, A., ve Kapilashrami, A. (2020). Barriers to uptake of reproductive information and contraceptives in rural Tanzania: an intersectionality informed qualitative enquiry. *BMJ Open*, 10(10), e036600. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036600>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., ve Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*, 41(5), 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
- Cetisli, N. E., Top, E. D., ve Işık, G. (2016). Cervical cancer and pap smear test health beliefs and health-promoting lifestyle of women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 630-639.
- Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., Bari, W., ve Akhter, H. H. (2003). Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promot Int*, 18(4), 327-337. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag414>
- Chau, S., Chin, M., Chang, J., Luecha, A., Cheng, E., Schlesinger, J., Rao, V., Huang, D., Maxwell, A. E., Usatine, R., Bastani, R., ve Gelberg, L. (2002). Cancer risk behaviors and screening rates among homeless adults in Los Angeles County. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11(5), 431-438.
- Chiu, C., Bishop, M., Pionke, J. J., Strauser, D., ve Santens, R. L. (2017). Barriers to the accessibility and continuity of health-care services in people with multiple sclerosis: A literature review. *Int J MS Care*, 19(6), 313-321. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-016>
- Cho, J., ve Trent, A. (2016). Validity in qualitative research revisited. *Qualitative Research*, 6(3), 319-340. <https://doi.org/10.1177/1468794106065006>
- Chorley, A. J., Marlow, L. A., Forster, A. S., Haddrell, J. B., ve Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised programme: a systematic review and thematic synthesis. *Psychooncology*, 26(2), 161-172. <https://doi.org/10.1002/pon.4126>
- Christensen, A.-D., ve Jensen, S. Q. (2014). Combining hegemonic masculinity and intersectionality. *Norma*, 9(1), 60-75. <https://doi.org/10.1080/18902138.2014.892289>
- Cislaghi, B., ve Heise, L. (2020). Gender norms and social norms: differences, similarities and why they matter in prevention science [<https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>]. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 407-422. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9566.13008>
- Clifton, A., Burgess, C., Clement, S., Ohlsen, R., Ramluggun, P., Sturt, J., Walters, P., ve Barley, E. A. (2016). Influences on uptake of cancer screening in mental health

- service users: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 16, 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1505-4>
- Cohen, E. L., Wilson, B. R., Vanderpool, R. C., ve Collins, T. (2016). Identifying sociocultural barriers to mammography adherence among Appalachian Kentucky women. *Health Commun*, 31(1), 72-82. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.936337>
- Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A., ve Denny, L. (2019). Cervical cancer. *Lancet*, 393(10167), 169-182. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32470-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32470-X)
- Collins, J. H., Bowie, D., ve Shannon, G. (2019). A descriptive analysis of health practices, barriers to healthcare and the unmet need for cervical cancer screening in the Lower Napo River region of the Peruvian Amazon. *Womens Health (Lond)*, 15, 1745506519890969. <https://doi.org/10.1177/1745506519890969>
- Connell, R. (2012). Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med*, 74(11), 1675-1683. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.006>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Creswell, J. W., ve Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches* (5 ed.). Sage Publications, Inc.
- Daher, M., Al Rifai, M., Kherallah, R. Y., Rodriguez, F., Mahtta, D., Michos, E. D., Khan, S. U., Petersen, L. A., ve Virani, S. S. (2021). Gender disparities in difficulty accessing healthcare and cost-related medication non-adherence: The CDC behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey. *Prev Med*, 153, 106779. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106779>
- Darj, E., Chalise, P., ve Shakya, S. (2019). Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 20, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.02.001>
- Darvishpour, A., Vajari, S. M., ve Noroozi, S. (2018). Can Health Belief Model predict breast cancer screening behaviors? *Open Access Maced J Med Sci*, 6(5), 949-953. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.183>
- Davidson, P. L., Andersen, R. M., Wyn, R., ve Brown, E. R. (2004). A framework for evaluating safety-net and other community-level factors on access for low-income populations. *Inquiry*, 41(1), 21-38. <https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl.41.1.21>
- Dean, L., Subramanian, S. V., Williams, D. R., Armstrong, K., Charles, C. Z., ve Kawachi, I. (2014). The role of social capital in African-American women's use of mammography. *Soc Sci Med*, 104, 148-156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.057>

- Delamater, P. L., Messina, J. P., Shortridge, A. M., ve Grady, S. C. (2012). Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods. *International Journal of Health Geographics*, 11(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-15>
- Denzin, N. K. (2009). *The Research Act : A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Routledge/Taylor & Francis.
- Díaz-Morales, J. F. (2017). Gender-based perspectives about women's and men's health. In *The Psychology of Gender and Health* (pp. 55-83). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-803864-2.00002-x>
- Docteur, E., ve Oxley, H. (2003). Health-care systems: lessons from the reform experience. *OECD Health Working Papers*, No.9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/865047648066>
- Dooley, K. J. (2016). Using manifest content analysis in purchasing and supply management research. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 22(4), 244-246. <https://doi.org/10.1016/j.pursup.2016.08.004>
- Dsouza, J. P., Van Den Broucke, S., Pattanshetty, S., ve Dhoore, W. (2020). Exploring the barriers to cervical cancer screening through the lens of implementers and beneficiaries of the national screening program: a multi-contextual study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 21(8), 2209-2215. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.8.2209>
- Dummer, T. J., ve Parker, L. (2004). Hospital accessibility and infant death risk. *Arch Dis Child*, 89(3), 232-234. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.030924>
- Dunne, C. (2011). The place of the literature review in grounded theory research. *International Journal of Social Research Methodology*, 14(2), 111-124. <https://doi.org/10.1080/13645579.2010.494930>
- Elkin, E. B., Ishill, N. M., Snow, J. G., Panageas, K. S., Bach, P. B., Liberman, L., Wang, F., ve Schrag, D. (2010). Geographic access and the use of screening mammography. *Medical Care*, 48(4), 349-356. <http://www.jstor.org/stable/27798455>
- Elo, S., ve Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Enginyurt, Ö., Gökgöz, M., Öztürk, H., Aksoy, N., Cerit, D., ve Depe, Y. (2014). Meme kanseri tanısında fırsatçı tarama yöntemi ile toplum tabanlı tarama yönteminin karşılaştırılması. *ODÜ Tıp Dergisi*, 1, e1-e5.
- Esteva, M., Ripoll, J., Leiva, A., Sanchez-Contador, C., ve Collado, F. (2008). Determinants of non attendance to mammography program in a region with high voluntary health insurance coverage. *BMC Public Health*, 8, 387. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-387>

- Evans, D. B., Hsu, J., ve Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ*, 91(8), 546-546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Farooqui, M., Hassali, M. A., Knight, A., Shafie, A. A., Farooqui, M. A., Saleem, F., Haq, N.-u., ve Aljadhey, H. (2013). A qualitative exploration of Malaysian cancer patients' perceptions of cancer screening. *BMC Public Health*, 13(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-48>
- Ferreira, L. S., Moreira, L. R., Paludo, S. D. S., ve Meucci, R. D. (2020). Access to primary health care by older adults from rural areas in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, 54, 149. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>
- Fiedler, J. L. (1981). A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. *Social Science & Medicine. Part C: Medical Economics*, 15(3), 129-142. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0160-7995\(81\)90028-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0160-7995(81)90028-9)
- Fletcher, F. E., Buchberg, M., Schover, L. R., Basen-Engquist, K., Kempf, M. C., Arduino, R. C., ve Vidrine, D. J. (2014). Perceptions of barriers and facilitators to cervical cancer screening among low-income, HIV-infected women from an integrated HIV clinic. *AIDS Care*, 26(10), 1229-1235. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.894617>
- Flores, G., ve Vega, L. R. (1998). Barriers to health care access for Latino children: a review. *Fam Med*, 30(3), 196-205.
- Fox, P. D. (1972). Access to medical care for the poor: The federal perspective. *Medical Care*, 10(3). https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1972/05000/Access_to_Medical_Care_for_the_Poor_The_Federal.9.aspx
- Freeborn, D. K., ve Greenlick, M. R. (1973). Evaluation of the performance of ambulatory care systems: research requirements and opportunities. *Medical Care*, 11(2), 68-75. <http://www.jstor.org/stable/3762803>
- Gelberg, L., Andersen, R. M., ve Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*, 34(6), 1273-1302.
- Getachew, S., Getachew, E., Gizaw, M., Ayele, W., Addissie, A., ve Kantelhardt, E. J. (2019). Cervical cancer screening knowledge and barriers among women in Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*, 14(5), e0216522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216522>
- Gill, S. L. (2020). Qualitative sampling methods. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 579-581. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
- Gilson, L. (2007). Acceptability, trust and equity. In D. McIntyre ve G. Mooney (Eds.), *The Economics of Health Equity*. Cambridge University Press.

- GLOBOCAN. (2020). *The Global Cancer Observatory (GCO): Cancer Today, Cancer Tomorrow* <https://gco.iarc.fr/>
- Goddard, M., ve Smith, P. (2001). Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00415-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9)
- Golafshani, N. (2015). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1870>
- Gold, M. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Serv Res*, 33(3 Pt 2), 625-652; discussion 681-624.
- Granado, M. N., Guell, C., Hambleton, I. R., Hennis, A. J. M., ve Rose, A. M. C. (2014). Exploring breast cancer screening barriers among Barbadian women: a focus group study of mammography in a resource-constrained setting. *Critical Public Health*, 24(4), 429-444. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.855704>
- Greene, M. Z., Hughes, T. L., Sommers, M. S., Hanlon, A., ve Meghani, S. H. (2019). Association of pregnancy history and cervical cancer screening in a community sample of sexual minority women. *J Womens Health (Larchmt)*, 28(4), 526-534. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.6960>
- Greibe Andersen, J., Shrestha, A. D., Gyawali, B., Neupane, D., ve Kallestrup, P. (2020). Barriers and facilitators to cervical cancer screening uptake among women in Nepal - a qualitative study. *Women Health*, 60(9), 963-974. <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1781742>
- Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-3-3>
- Guba, E. G., ve Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *ECTJ*, 30(4), 233-252. <https://doi.org/10.1007/BF02765185>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., ve Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186-188. <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
- Gulten, G., Memnun, S., Ayse, K., Aygul, A., ve Gulcin, A. (2012). Breast, cervical, and colorectal cancer screening status of a group of Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13(9), 4273-4279. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.9.4273>
- Guvenc, G., Akyuz, A., ve Yenen, M. C. (2013). Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening. *Res Nurs Health*, 36(2), 146-157. <https://doi.org/10.1002/nur.21526>
- Günay, G., ve Bener, Ö. (2011). Kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde aile içi yaşamı algılama biçimleri. *The Journal of Turkish Social Research*, 15(3), 157-171.

- Haggerty, J. L., ve Levesque, J. F. (2017). Validation of a new measure of availability and accommodation of health care that is valid for rural and urban contexts. *Health Expect*, 20(2), 321-334. <https://doi.org/10.1111/hex.12461>
- Haggerty, J. L., Lévesque, J. F., Santor, D. A., Burge, F., Beaulieu, C., Bouharaoui, F., Beaulieu, M. D., Pineault, R., ve Gass, D. (2011). Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Health Policy*, 7(Spec Issue), 94-107.
- Hammarstrom, A., Johansson, K., Annandale, E., Ahlgren, C., Alex, L., Christianson, M., Elwer, S., Eriksson, C., Fjellman-Wiklund, A., Gilenstam, K., Gustafsson, P. E., Harryson, L., Lehti, A., Stenberg, G., ve Verdonk, P. (2014). Central gender theoretical concepts in health research: the state of the art. *J Epidemiol Community Health*, 68(2), 185-190. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202572>
- Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, C., Clark, N., Benoit, C., ve Brotman, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*, 9(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-5>
- Hasnain, M., Menon, U., Ferrans, C. E., ve Szalacha, L. (2014). Breast cancer screening practices among first-generation immigrant muslim women. *J Womens Health (Larchmt)*, 23(7), 602-612. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4569>
- Heale, R., ve Forbes, D. (2013). Understanding triangulation in research. *Evidence Based Nursing*, 16(4), 98. <https://doi.org/10.1136/eb-2013-101494>
- Heer, E., Harper, A., Escandor, N., Sung, H., McCormack, V., ve Fidler-Benaoudia, M. M. (2020). Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *Lancet Glob Health*, 8(8), e1027-e1037. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30215-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30215-1)
- Higgs, G. (2004). A literature review of the use of GIS-Based measures of access to health care services. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 5(2), 119-139. <https://doi.org/10.1007/s10742-005-4304-7>
- Higgs, Z. R., Bayne, T., ve Murphy, D. (2001). Health care access: A consumer perspective [<https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00003.x>]. *Public Health Nursing*, 18(1), 3-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00003.x>
- Hlebec, V. (2018). Evaluation of access to long-term care services for old people ageing in place in Slovenia. *Zdr Varst*, 57(3), 116-123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0015>
- Houghton, N., Bascolo, E., ve Del Riego, A. (2020). Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e96. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.96>
- Houser, J. (2015). *Nursing Research Reading, Using, and Creating Evidence* (4 ed.). Jones & Bartlett Learning.

- Hsieh, H. F., ve Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hulme, J., Moravac, C., Ahmad, F., Cleverly, S., Lofters, A., Ginsburg, O., ve Dunn, S. (2016). "I want to save my life": Conceptions of cervical and breast cancer screening among urban immigrant women of South Asian and Chinese origin. *BMC Public Health*, 16(1), 1077. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3709-2>
- Humble, Á. M. (2009). Technique triangulation for validation in directed content analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 34-51. <https://doi.org/10.1177/160940690900800305>
- Iezzoni, L. I., Kilbridge, K., ve Park, E. R. (2010). Physical access barriers to care for diagnosis and treatment of breast cancer among women with mobility impairments. *Oncol Nurs Forum*, 37(6), 711-717. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.711-717>
- Jewett, P. I., Gangnon, R. E., Elkin, E., Hampton, J. M., Jacobs, E. A., Malecki, K., LaGro, J., Newcomb, P. A., ve Trentham-Dietz, A. (2018). Geographic access to mammography facilities and frequency of mammography screening. *Ann Epidemiol*, 28(2), 65-71 e62. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.11.012>
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602-611. <https://doi.org/10.2307/2392366>
- Jin, Y., Yuan, B., Zhu, W., Zhang, Y., Xu, L., ve Meng, Q. (2019). The interaction effect of health insurance reimbursement and health workforce on health care-seeking behaviour in China [<https://doi.org/10.1002/hpm.2860>]. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(3), 900-911. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.2860>
- Jin, Y., Zhu, W., Yuan, B., ve Meng, Q. (2017). Impact of health workforce availability on health care seeking behavior of patients with diabetes mellitus in China. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0576-0>
- Johnson, M., O'Hara, R., Hirst, E., Weyman, A., Turner, J., Mason, S., Quinn, T., Shewan, J., ve Siriwardena, A. N. (2017). Multiple triangulation and collaborative research using qualitative methods to explore decision making in pre-hospital emergency care. *BMC Med Res Methodol*, 17(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0290-z>
- Kabia, E., Mbau, R., Muraya, K. W., Morgan, R., Molyneux, S., ve Barasa, E. (2018). How do gender and disability influence the ability of the poor to benefit from pro-poor health financing policies in Kenya? An intersectional analysis. *Int J Equity Health*, 17(1), 149. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0853-6>
- Kale, H. P., ve Carroll, N. V. (2016). Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*, 122(8), 283-289. <https://doi.org/10.1002/cncr.29808>

- Kane, S., Rial, M., Kok, M., Matere, A., Dieleman, M., ve Broerse, J. E. W. (2018). Too afraid to go: fears of dignity violations as reasons for non-use of maternal health services in South Sudan. *Reprod Health*, 15(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0487-6>
- Kane, S., Rial, M., Matere, A., Dieleman, M., Broerse, J. E., ve Kok, M. (2016). Gender relations and women's reproductive health in South Sudan. *Glob Health Action*, 9, 33047. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.33047>
- Kangmennaang, J., Mkandawire, P., ve Luginaah, I. (2019). Breast cancer screening among women in Namibia: explaining the effect of health insurance coverage and access to information on screening behaviours. *Glob Health Promot*, 26(3), 50-61. <https://doi.org/10.1177/1757975917727017>
- Kanuganti, S., Sarkar, A. K., ve Singh, A. P. (2016). Quantifying accessibility to health care using Two-step Floating Catchment Area Method (2SFCA): A case study in Rajasthan. *Transportation Research Procedia*, 17, 391-399. <https://doi.org/10.1016/j.trpro.2016.11.080>
- Kara, F., ve Keskinliç, B. (Eds.). (2021). *Türkiye kanser istatistikleri 2017*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html>.
- Kehrer, B. H. (1972). A Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Ronald Andersen; paying the doctor: systems of remuneration and their effects, William A. Glaser. *The Journal of Human Resources*, 7(1), 125-127. <https://doi.org/10.2307/145064>
- Kern, F. G. (2016). The trials and tribulations of applied triangulation: weighing different data sources. *Journal of Mixed Methods Research*, 12(2), 166-181. <https://doi.org/10.1177/1558689816651032>
- Keten, H., Yildirim, F., Olmez, S., cer, H., ve Celik, M. (2014). Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Medical Journal*, 20(3). <https://doi.org/10.5455/gmj-30-154373>
- Khan, A. A., ve Bhardwaj, S. M. (1994). Access to health care. A conceptual framework and its relevance to health care planning. *Eval Health Prof*, 17(1), 60-76. <https://doi.org/10.1177/016327879401700104>
- Kilic, A., Tastan, S., Guvenc, G., ve Akyuz, A. (2019). Breast and cervical cancer screening for women with physical disabilities: A qualitative study of experiences and barriers. *J Adv Nurs*, 75(9), 1976-1986. <https://doi.org/10.1111/jan.14048>
- Kılıç, D., ve Çalışkan, Z. (2013). Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Davranışsal Model. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli University Journal of ISS*, 2(2), 192-206.
- Kirch, D. G., Henderson, M. K., ve Dill, M. J. (2012). Physician workforce projections in an era of health care reform. *Annu Rev Med*, 63, 435-445. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-050310-134634>

- Kirkegaard, P., Edwards, A., ve Andersen, B. (2021). Balancing risks: Qualitative study of attitudes, motivations and intentions about attending for mammography during the COVID-19 pandemic. *Scand J Public Health*, 49(7), 700-706. <https://doi.org/10.1177/14034948211002648>
- Klein, J. D., Wilson, K. M., McNulty, M., Kappahn, C., ve Scott Collins, K. (1999). Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 120-130. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00146-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00146-3)
- Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis An Introduction to Its Methodology* (4 ed.). Sage Publications, Inc.
- Ku, L., Bysshe, T., Steinmetz, E., ve Bruen, B. K. (2016). Health reform, medicaid expansions, and women's cancer screening. *Womens Health Issues*, 26(3), 256-261. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.01.002>
- Kue, J., Zukoski, A., Keon, K. L., ve Thorburn, S. (2014). Breast and cervical cancer screening: exploring perceptions and barriers with Hmong women and men in Oregon. *Ethn Health*, 19(3), 311-327. <https://doi.org/10.1080/13557858.2013.776013>
- Kushner, K. E., ve Morrow, R. (2003). Grounded Theory, Feminist Theory, Critical Theory: Toward theoretical triangulation. *Advances in Nursing Science*, 26(1). https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2003/01000/Grounded_Theory,_Feminist_Theory,_Critical_Theory_.6.aspx
- Lambert, S. D., ve Loiselle, C. G. (2008). Combining individual interviews and focus groups to enhance data richness. *J Adv Nurs*, 62(2), 228-237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04559.x>
- Lee-Lin, F., Menon, U., Nail, L., ve Lutz, K. F. (2012). Findings from focus groups indicating what Chinese American immigrant women think about breast cancer and breast cancer screening. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41(5), 627-637. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01348.x>
- Lee, H. Y., Stange, M. J., ve Ahluwalia, J. S. (2015). Breast cancer screening behaviors among Korean American immigrant women: findings from the Health Belief Model. *J Transcult Nurs*, 26(5), 450-457. <https://doi.org/10.1177/1043659614526457>
- Lee, H. Y., ve Vang, S. (2015). Cultural beliefs and clinical breast examination in Hmong American women: the crucial role of modesty. *J Immigr Minor Health*, 17(3), 746-755. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9890-9>
- Leedy, P. D., ve Ormrod, J. E. (2020). *Practical Research Planning and Design* (12 ed.). Pearson Education Limited.
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., ve Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations.

- International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Levy, H., ve Janke, A. (2016). Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication*, 21(sup1), 43-50. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1131776>
- Logan, L., ve McIlpatrick, S. (2011). Exploring women's knowledge, experiences and perceptions of cervical cancer screening in an area of social deprivation. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 20(6), 720-727. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01254.x>
- Lokot, M., ve Avakyan, Y. (2020). Intersectionality as a lens to the COVID-19 pandemic: implications for sexual and reproductive health in development and humanitarian contexts. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1), 1764748. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1764748>
- Long, Q., Xu, L., Bekedam, H., ve Tang, S. (2013). Changes in health expenditures in China in 2000s: has the health system reform improved affordability. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-40>
- Lovell, S., Kearns, R. A., ve Friesen, W. (2007). Sociocultural barriers to cervical screening in South Auckland, New Zealand. *Soc Sci Med*, 65(1), 138-150. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.042>
- Lyimo, F. S., ve Beran, T. N. (2012). Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: three public policy implications. *BMC Public Health*, 12, 22. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-22>
- Ma, A., ve Norwich, B. (2007). Triangulation and theoretical understanding. *International Journal of Social Research Methodology*, 10(3), 211-226. <https://doi.org/10.1080/13645570701541878>
- Manuel, J. I. (2018). Racial/ethnic and gender disparities in health care use and access. *Health Serv Res*, 53(3), 1407-1429. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12705>
- March, S., Villalonga, B., Sanchez-Contador, C., Vidal, C., Mascaro, A., Bennasar, M. L., ve Esteva, M. (2018). Barriers to and discourses about breast cancer prevention among immigrant women in Spain: a qualitative study. *BMJ Open*, 8(11), e021425. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021425>
- Markovic, M., Kesic, V., Topic, L., ve Matejic, B. (2005). Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med*, 61(12), 2528-2535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.001>
- Markovitz, S. E., Schrooten, W., Arntz, A., ve Peters, M. L. (2015). Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*, 24(12), 1639-1645. <https://doi.org/10.1002/pon.3834>

- Marshall, C., ve Rossman, G. B. (2016). *Designing Qualitative Research* (6 ed.). Sage Publications, Inc.
- Marzouq Muhanna, A., ve Floyd, M. J. (2019). A qualitative study to determine Kuwaiti Women's knowledge of breast cancer and barriers deterring attendance at mammography screening. *Radiography (Lond)*, 25(1), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2018.10.003>
- Masoudiyekta, L., Rezaei-Bayatiyani, H., Dashtbozorgi, B., Gheibizadeh, M., Malehi, A. S., ve Moradi, M. (2018). Effect of education based on Health Belief Model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 5(1), 114-120. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_36_17
- Matenge, T. G., ve Mash, B. (2018). Barriers to accessing cervical cancer screening among HIV positive women in Kgatleng district, Botswana: A qualitative study. *PLoS One*, 13(10), e0205425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205425>
- McGrail, M. R. (2012). Spatial accessibility of primary health care utilising the two step floating catchment area method: an assessment of recent improvements. *Int J Health Geogr*, 11, 50. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-50>
- McIntyre, D., Meheus, F., ve Røttingen, J.-A. (2017). What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), 125-137. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000414>
- Meade, M. A., Mahmoudi, E., ve Lee, S.-Y. (2015). The intersection of disability and healthcare disparities: a conceptual framework. *Disability and Rehabilitation*, 37(7), 632-641. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.938176>
- Mele, N., Archer, J., ve Pusch, B. D. (2005). Access to breast cancer screening services for women with disabilities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(4), 453-464. <https://doi.org/10.1177/0884217505276158>
- Merriam, S. B., ve Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research A Guide to Design and Implementation* (4 ed.). Jossey-Bass.
- Merten, J. W., Pomeranz, J. L., King, J. L., Moorhouse, M., ve Wynn, R. D. (2015). Barriers to cancer screening for people with disabilities: a literature review. *Disabil Health J*, 8(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.06.004>
- Meyer, S. B., Luong, T. C. N., Mamerow, L., ve Ward, P. R. (2013). Inequities in access to healthcare: analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries. *BMC Health Services Research*, 13(1), 238. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-238>
- Mishra, S. I., DeForge, B., Barnet, B., Ntiri, S., ve Grant, L. (2012). Social determinants of breast cancer screening in urban primary care practices: a community-engaged formative study. *Womens Health Issues*, 22(5), e429-438. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.06.004>

- Moon, M. D. (2019). Triangulation: A method to increase validity, reliability, and legitimation in clinical research. *J Emerg Nurs*, 45(1), 103-105. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.11.004>
- Moreno-Serra, R., ve Smith, P. C. (2015). Broader health coverage is good for the nation's health: evidence from country level panel data. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc*, 178(1), 101-124. <https://doi.org/10.1111/rssa.12048>
- Morgan, R., Tetui, M., Muhumuza Kananura, R., Ekirapa-Kiracho, E., ve George, A. S. (2017). Gender dynamics affecting maternal health and health care access and use in Uganda. *Health Policy Plan*, 32(suppl_5), v13-v21. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx011>
- Ndikom, C. M., ve Ofi, B. A. (2012). Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. *Reproductive Health*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-11>
- Ndukwe, E. G., Williams, K. P., ve Sheppard, V. (2013). Knowledge and perspectives of breast and cervical cancer screening among female African immigrants in the Washington D.C. metropolitan area. *J Cancer Educ*, 28(4), 748-754. <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0521-x>
- Neutens, T. (2015). Accessibility, equity and health care: review and research directions for transport geographers. *Journal of Transport Geography*, 43, 14-27. <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2014.12.006>
- Ng, A. T. S., Sy, C., ve Li, J. (2011, 11-14 Dec. 2011). A system dynamics model of Singapore healthcare affordability. Proceedings of the 2011 Winter Simulation Conference (WSC),
- Njor, S. H., Schwartz, W., Blichert-Toft, M., ve Lynge, E. (2015). Decline in breast cancer mortality: how much is attributable to screening? *J Med Screen*, 22(1), 20-27. <https://doi.org/10.1177/0969141314563632>
- Noble, H., ve Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence Based Nursing*, 22(3), 67. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nyblade, L., Stockton, M., Travasso, S., ve Krishnan, S. (2017). A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Womens Health*, 17(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0407-x>
- Oakley, A. (1972). *Sex, gender, and society*. Harper and Row.
- Ogedegbe, G., Cassells, A. N., Robinson, C. M., DuHamel, K., Tobin, J. N., Sox, C. H., ve Dietrich, A. J. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early

detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc*, 97(2), 162-170.

- Okoronkwo, I. L., Ejike-Okoye, P., Chinweuba, A. U., ve Nwaneri, A. C. (2015). Financial barriers to utilization of screening and treatment services for breast cancer: an equity analysis in Nigeria. *Niger J Clin Pract*, 18(2), 287-291. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.151070>
- Onah, M. N., ve Govender, V. (2014). Out-of-pocket payments, health care access and utilisation in south-eastern Nigeria: a gender perspective. *PLoS One*, 9(4), e93887. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093887>
- Onega, T., Duell, E. J., Shi, X., Wang, D., Demidenko, E., ve Goodman, D. (2008). Geographic access to cancer care in the U.S. *Cancer*, 112(4), 909-918. <https://doi.org/10.1002/cncr.23229>
- Onyenwenyi, A. O. C., ve Mchunu, G. G. (2018). Barriers to cervical cancer screening uptake among rural women in South West Nigeria: A qualitative study. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(1), 19-23. <https://doi.org/DOI:10.7196/sajog.1290>
- Oppermann, M. (2000). Triangulation ? a methodological discussion. *International Journal of Tourism Research*, 2(2), 141-145. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1522-1970\(200003/04\)2:2<141::Aid-jtr217>3.0.Co;2-u](https://doi.org/10.1002/(sici)1522-1970(200003/04)2:2<141::Aid-jtr217>3.0.Co;2-u)
- Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Sarnak, D. O., ve Schneider, E. C. (2016). In new survey of eleven countries, US adults still struggle with access to and affordability of health care. *Health Aff (Millwood)*, 35(12), 2327-2336. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1088>
- Ostlund, U., Kidd, L., Wengstrom, Y., ve Rowa-Dewar, N. (2011). Combining qualitative and quantitative research within mixed method research designs: a methodological review. *Int J Nurs Stud*, 48(3), 369-383. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.005>
- Özmete, E., ve Zubaroglu Yanardağ, M. (2016). Erkeklerin bakış açısıyla toplumsal cinsiyet rolleri: Kadın ve erkek olmanın değeri. *Turkish Journal of Social Research/Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20(1), 91-107.
- Pafs, J., Rulisa, S., Musafili, A., Essen, B., ve Binder-Finnema, P. (2016). 'You try to play a role in her pregnancy' - a qualitative study on recent fathers' perspectives about childbearing and encounter with the maternal health system in Kigali, Rwanda. *Glob Health Action*, 9, 31482. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.31482>
- Park, S., Chang, S., ve Chung, C. (2006). Context of barriers to Pap testing in Korean women. *Appl Nurs Res*, 19(4), 177-181. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.09.004>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Mehods* (4 ed.). Sage Publications, Inc.

- Pearce, T., Maple, M., Wayland, S., McKay, K., Shakeshaft, A., ve Woodward, A. (2022). Evidence of co-creation practices in suicide prevention in government policy: a directed and summative content analysis. *BMC Public Health*, 22(1), 1929. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14313-3>
- Pearson, J., Payne, D., Yoshida, K., ve Garrett, N. (2022). Access to and engagement with cervical and breast screening services for women with disabilities in Aotearoa New Zealand. *Disabil Rehabil*, 44(10), 1984-1995. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1817158>
- Peek, M. E., Sayad, J. V., ve Markwardt, R. (2008). Fear, fatalism and breast cancer screening in low-income African-American women: the role of clinicians and the health care system. *J Gen Intern Med*, 23(11), 1847-1853. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0756-0>
- Peipins, L. A., Graham, S., Young, R., Lewis, B., Foster, S., Flanagan, B., ve Dent, A. (2011). Time and distance barriers to mammography facilities in the Atlanta metropolitan area. *J Community Health*, 36(4), 675-683. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9359-5>
- Penchansky, R., ve Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140. <http://www.jstor.org/stable/3764310>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., ve Rahman, M. H. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci*, 1136, 161-171. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Peters, K., ve Cotton, A. (2016). Environmental, structural and process barriers in breast cancer screening for women with physical disability: A qualitative study. *Radiography*, 22(3), e184-e189. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2016.03.005>
- Picciotto, G., ve Fox, J. (2017). Exploring experts' perspectives on spiritual bypass: a conventional content analysis. *Pastoral Psychology*, 67(1), 65-84. <https://doi.org/10.1007/s11089-017-0796-7>
- Pieters, H. C., Heilemann, M. V., Grant, M., ve Maly, R. C. (2011). Older women's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: navigating beyond the triple barriers. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 175-184. <https://doi.org/DOI:10.1188/11.ONF.175-184>
- Pohl, P., Ahlgren, C., Nordin, E., Lundquist, A., ve Lundin-Olsson, L. (2015). Gender perspective on fear of falling using the classification of functioning as the model. *Disabil Rehabil*, 37(3), 214-222. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.914584>
- Polit, D. F., ve Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10 ed.). Wolters Kluwer.
- Punch, K. F. (1998). *Introduction to Social Research Quantitative and Qualitative Approaches* (1 ed.). Sage Publications, Inc.

- Ragan, K. R., Buchanan Lunsford, N., Lee Smith, J., Saraiya, M., ve Aketch, M. (2018). Perspectives of screening-eligible women and male partners on benefits of and barriers to treatment for precancerous lesions and cervical cancer in Kenya. *Oncologist*, 23(1), 35-43. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0053>
- Ragas, D. M., Nonzee, N. J., Tom, L. S., Phisuthikul, A. M., Luu, T. H., Dong, X., ve Simon, M. A. (2014). What women want: patient recommendations for improving access to breast and cervical cancer screening and follow-up. *Womens Health Issues*, 24(5), 511-518. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.06.011>
- Ramjan, L., Cotton, A., Algosio, M., ve Peters, K. (2016). Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: A review. *Women Health*, 56(2), 141-156. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1086463>
- Ramondetta, L. M., Meyer, L. A., Schmeler, K. M., Daheri, M. E., Gallegos, J., Scheurer, M., Montealegre, J. R., Milbourne, A., Anderson, M. L., ve Sun, C. C. (2015). Avoidable tragedies: Disparities in healthcare access among medically underserved women diagnosed with cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 139(3), 500-505. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.10.017>
- Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., ve Stuckler, D. (2015). Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 386(9990), 274-280. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60574-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8)
- Reeves, S., Kuper, A., ve Hodges, B. D. (2008). Qualitative research methodologies: ethnography. *BMJ*, 337, a1020. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1020>
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health [\[https://doi.org/10.1038/embor.2012.87\]](https://doi.org/10.1038/embor.2012.87). *EMBO reports*, 13(7), 596-603. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/embor.2012.87>
- Ricardo-Rodrigues, I., Jimenez-Garcia, R., Hernandez-Barrera, V., Carrasco-Garrido, P., Jimenez-Trujillo, I., ve Lopez de Andres, A. (2015). Social disparities in access to breast and cervical cancer screening by women living in Spain. *Public Health*, 129(7), 881-888. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.02.021>
- Ricketts, T. C., ve Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*, 53(6), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>
- Rogers, A., Flowers, J., ve Pencheon, D. (1999). Improving access needs a whole systems approach. *BMJ*, 319(7214), 866. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7214.866>
- Russell, D. J., Humphreys, J. S., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M., ve Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems. *Aust J Rural Health*, 21(2), 61-71. <https://doi.org/10.1111/ajr.12023>
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>

- Sandelowski, M. (2004). Using qualitative research. *Qual Health Res*, 14(10), 1366-1386. <https://doi.org/10.1177/1049732304269672>
- Schifferdecker, K. E., Vaclavik, D., Wernli, K. J., Buist, D. S. M., Kerlikowske, K., Sprague, B. L., Henderson, L. M., Johnson, D., Budesky, J., Jackson-Nefertiti, G., Miglioretti, D. L., ve Tosteson, A. N. A. (2021). Women's considerations and experiences for breast cancer screening and surveillance during the COVID-19 pandemic in the United States: A focus group study. *Prev Med*, 151, 106542. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106542>
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., ve Doty, M. M. (2013). Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Aff (Millwood)*, 32(12), 2205-2215. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0879>
- Schuurman, N., BÉRubÉ, M., ve Crooks, V. A. (2010). Measuring potential spatial access to primary health care physicians using a modified gravity model. *The Canadian Geographer / Le Géographe canadien*, 54(1), 29-45. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2009.00301.x>
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme*, 18(1), 153-186.
- Shengelia, B., Murray, C. J. L., ve Adams, O. B. (2003). Beyond access and utilization: Defining and measuring health system coverage. In C. J. L. Murray ve D. B. Evans (Eds.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (pp. 221-235). World Health Organization.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63-75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Shibli, H., Aharonson-Daniel, L., ve Feder-Bubis, P. (2021). Perceptions about the accessibility of healthcare services among ethnic minority women: a qualitative study among Arab Bedouins in Israel. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01464-9>
- Shin, H. Y., Song, S. Y., Jun, J. K., Kim, K. Y., ve Kang, P. (2021). Barriers and strategies for cervical cancer screening: What do female university students know and want? *PLoS One*, 16(10), e0257529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257529>
- Silal, S. P., Penn-Kekana, L., Harris, B., Birch, S., ve McIntyre, D. (2012). Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Services Research*, 12(1), 120. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-120>
- Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., ve Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*, 11(2), e197-e206. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00501-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0)

- Sitefane, G. G., Banerjee, J., Mohan, D., Lee, C. S., Ricca, J., Betron, M. L., ve Cuco, R. M. M. (2020). Do male engagement and couples' communication influence maternal health care-seeking? Findings from a household survey in Mozambique. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(1), 360. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02984-y>
- Smith, D. L. (2008). Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey. *Disabil Health J*, 1(2), 79-88. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2008.01.001>
- Socias, M. E., Koehoorn, M., ve Shoveller, J. (2016). Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues*, 26(1), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.08.001>
- Sönmez, Y., Nayir, T., Köse, S., Gökçe, B., ve Kişioğlu, A. N. (2012). Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(4), 124-130.
- Subramanian, S., Gakunga, R., Jones, M., Kinyanjui, A., Ochieng', E., Gikaara, N., Maluni, Wata, D., Korir, A., ve Ali, Z. (2019). Financial barriers related to breast cancer screening and treatment: A cross-sectional survey of women in Kenya. *Journal of Cancer Policy*, 22. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2019.100206>
- Suri, H. (2011). Purposeful Sampling in Qualitative Research Synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75. <https://doi.org/10.3316/qrj1102063>
- Şavran, T. G. (2014). Sağlıkta Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri: Eskişehir'de kırsal ve kentsel alanlarda kadın sağlığı. *Fe Dergi*, 6(1), 98-116. http://cins.ankara.edu.tr/11_11.pdf
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Aile hekiminin tanımı* <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html> (Erişim tarihi: 10 Kasım 2022)
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2021a). *Serviks kanseri tarama programı ulusal standartları* <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim tarihi: 10 Eylül 2021)
- T. C. Sağlık Bakanlığı. (2021b). *Meme kanseri tarama programı ulusal standartları* <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim tarihi:10.09.2021)
- Taylor, D. G., Aday, L. A., ve Andersen, R. (1975). A social indicator of access to medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(1), 39-49. <https://doi.org/10.2307/2136999>
- Tejeda, S., Thompson, B., Coronado, G. D., ve Martin, D. P. (2009). Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women

in the USA. *Soc Sci Med*, 68(5), 832-839.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.023>

Theme Filha, M. M., Leal, M. D., Oliveira, E. F., Esteves-Pereira, A. P., ve Gama, S. G. (2016). Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *Int J Equity Health*, 15(1), 136.
<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0430-9>

Thiede, M., Akweongo, P., ve McIntyre, D. (2007). Exploring the dimensions of access. In D. McIntyre ve G. Mooney (Eds.), *The Economics of Health Equity* (pp. 103-123). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9780511544460.007>

Thomas, J. W., ve Pechansky, R. (1984). Relating satisfaction with access to utilization of services. *Medical Care*, 22(6), 553-568. <http://www.jstor.org/stable/3764510>

Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *J Nurs Scholarsh*, 33(3), 253-258.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00253.x>

Tu, J., Wang, C., ve Wu, S. (2018). Using technological innovation to improve health care utilization in China's hospitals: the emerging 'online' health service delivery. *Journal of Asian Public Policy*, 11(3), 316-333.
<https://doi.org/10.1080/17516234.2017.1396953>

Uğur, H. G., Derya, Y. A., Yavuz, A. Y., Şılbir, M. F., ve Öner, A. (2019). Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi tutum ve davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde bir il örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(5), 340-352. <https://doi.org/10.17942/sted.529150>

Uludağ, G., Gamsızkan, Z., ve Sungur, M. A. (2020). Kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.749205>

Unger-Saldana, K. (2014). Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol*, 5(3), 465-477.
<https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.465>

Ursulica, T. E. (2016). The relationship between health care needs and accessibility to health care services in Botosani County- Romania. *Procedia Environmental Sciences*, 32, 300-310. <https://doi.org/10.1016/j.proenv.2016.03.035>

Van de Ven, W. P., Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F. T., Shmueli, A., ve Wasem, J. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226-245.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>

Van Gaans, D., ve Dent, E. (2018). Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Rev*, 39, 20. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0097-4>

- Vargas, I., Vázquez, M. L., Mogollón-Pérez, A. S., ve Unger, J.-P. (2010). Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia. *BMC Health Services Research*, 10(1), 297. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-297>
- Wallace, B. B., ve Macentee, M. I. (2012). Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *J Community Health*, 37(1), 32-39. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9412-4>
- Wang, L. (2017). Early diagnosis of breast cancer. *Sensors (Basel)*, 17(7). <https://doi.org/10.3390/s17071572>
- Warren-Forward, H. M. (2018). Barriers and incentives for choosing to specialise in mammography- A survey of Australian undergraduate diagnostic radiography students. *Radiography (Lond)*, 24(4), 360-365. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2018.05.004>
- Waters, H. R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599-612. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00003-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00003-4)
- Watson-Johnson, L. C., DeGroff, A., Steele, C. B., Revels, M., Smith, J. L., Justen, E., Barron-Simpson, R., Sanders, L., ve Richardson, L. C. (2011). Mammography adherence: a qualitative study. *J Womens Health (Larchmt)*, 20(12), 1887-1894. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2724>
- Weedon-Fekjaer, H., Romundstad, P. R., ve Vatten, L. J. (2014). Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study. *BMJ*, 348, g3701. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3701>
- Wilson, A. (2015). A guide to phenomenological research. *Nurs Stand*, 29(34), 38-43. <https://doi.org/10.7748/ns.29.34.38.e8821>
- Wilson, K., ve Rosenberg, M. W. (2004). Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. *Health Policy*, 67(2), 137-148. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00101-5](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00101-5)
- Wołowicz, A., Kocejko, M., ve Ferenc, K. (2020). Women with disabilities and access to gynaecological services in Poland. *Disability & Society*, 37(3), 386-405. <https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1833310>
- World Health Organization. (1999). *HEALTH21: The health for all policy framework for the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272657>
- World Health Organization. (2022). *Cancer Overview*. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 10 Kasım 2022)
- Wu, D., Zhou, G., Jin, P., Zhu, J., Li, S., Wu, Q., Wang, G., Sheng, J., Wang, J., Song, L., Han, X., ve Qian, J. (2016). Detection of colorectal cancer using a Simplified SEPT9 Gene Methylation Assay is a reliable method for opportunistic screening. *J Mol Diagn*, 18(4), 535-545. <https://doi.org/10.1016/j.jmoldx.2016.02.005>

- Yang, H., Li, S. P., Chen, Q., ve Morgan, C. (2019). Barriers to cervical cancer screening among rural women in eastern China: a qualitative study. *BMJ Open*, 9(3), e026413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026413>
- Yao, J., Wang, H., Yin, J., Shao, D., Guo, X., Sun, Q., ve Yin, X. (2020). Factors associated with the utilization of community-based diabetes management care: A cross-sectional study in Shandong Province, China. *BMC Health Services Research*, 20(1), 407. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05292-5>
- Yaya, S., Okonofua, F., Ntoimo, L., Udenigwe, O., ve Bishwajit, G. (2019). Men's perception of barriers to women's use and access of skilled pregnancy care in rural Nigeria: a qualitative study. *Reprod Health*, 16(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0752-3>
- Yoshida, N., ve Deichmann, U. (2009). Measurement of accessibility and its applications. *Journal of Infrastructure Development*, 1(1), 1-16. <https://doi.org/10.1177/097493060900100102>
- Yu, M. Y., ve Wu, T. Y. (2005). Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(3), 386-394. <https://doi.org/10.1177/0884217505276256>
- Zha, N., Alabousi, M., Patel, B. K., ve Atlas, M. N. (2019). Beyond universal health care: Barriers to breast cancer screening participation in Canada. *J Am Coll Radiol*, 16(4 Pt B), 570-579. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2019.02.044>
- Zhang, Y., ve Wildemuth, B. M. (2009). Qualitative analysis of content. In B. M. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*. Libraries Unlimited.

EKLER

Ek 1. Sistematik İncelemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri

Yazar/ Tarih	Çalışmanın Amacı	Araştırma Deseni	Örneklem Tasarımı	Veri Toplama Aracı	Görüşme Yeri	Belirgin Temalar
Markoviç vd. (2005)	Rahim kanseri taramasına erişimin önündeki engelleri belirlemek.	Karma metodoloji • Tematik analiz • Kantitatif analiz	• Kartopu örnekleme ile 18-70 yaş arası kadınlar (n=62) • Rastgele seçilen 18-70 yaş arası kadınlar (n=775)	• Odak grup görüşmesi, derinlemesine mülakat • Anket	• İkinci basamak sağlık kuruluşu ve jinekolojik onkoloji servisinde • Genel bir bölgedeki popülasyon	• Yetersiz halk sağlığı eğitimi • Hasta dostu olmayan sağlık hizmetleri • Sosyo-kültürel sağlık inançları • Cinsiyet rolleri • Kişisel zorluklar
Mele, Archer ve Pusch (2005)	Fiziksel engelli kadınların meme kanseri tarama hizmetlerine erişimlerinin önündeki engelleri belirlemek.	Fenomenoloji	Amaçlı örnekleme, Kırsal ve kentsel bölgelerde ile 21-65 yaş arası kadınlar (n=20)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Ev	• Finansal • Hastane mimarisi • Çevresel • Çalışanların tutumu
Park, Chang ve Chung (2006)	Rahim kanseri taramasına erişimin önündeki engelleri belirlemek.	Tematik analiz	Uygun örneklem ile 40 yaş altı evli kadınlar (n=23)	Odak grup görüşmesi	Bilgi yok	• Bilgi ve algı eksikliği • Tarama ile ilgili olumsuz çağrışımlar • Doktor-hasta etkileşimi • Memnuniyetsizlik • Erkek doktorlar
Cohen ve Azaiza (2008)	Meme kanseri teşhisinin önündeki kültüre özgü engelleri belirlemek ve ölçüm aracı geliştirmek.	Karma metodoloji • İçerik analizi • Geçerlilik ve güvenilirlik analizi	• Kartopu örnekleme 20-58 yaş arası kadınlar (n=51) • Rastgele örnekleme 40-65 yaş arası kadınlar (n=300)	• Odak grup görüşmesi • Anket	Bilgi yok	• Sosyal (cinsiyet rolleri) • Utanma • Kendi bedeniyle ilgili huzursuzluk • Dini inançlar
Tejeda vd. (2009)	Meme kanseri taraması önündeki engeller ve kolaylaştırıcıları ve kadının sosyal çevresinin tarama davranışlarını nasıl etkilediğini incelemek.	Tematik analiz	Kota örnekleme, son iki yılda, iki yıldan daha uzun bir süre önce ya da hiç tarama yaptırmayan 50 yaş üzeri kadınlar (n=40)	Yarı-yapılandırılmış form, Yüz yüze görüşme	Ev	• Sağlık güvencesi • Mamografinin ağırlı olması • Kanseri teşhisi korkusu

Iezzoni, Kilbridge ve Park (2010)	Hareket bozukluğu olan meme kanseri hastalarının sağlık bakım ekipmanı ve tesislerinin fiziksel erişilebilirliğine ilişkin algılarını araştırmak.	Tematik analiz	60 yaş altı erken evre meme kanseri teşhisi konmuş, meme kanseri teşhisi sırasında kronik yürüme güçlüğü çeken veya tekerlekli hareketlilik yardımcılarını kullanan İngilizce konuşan kadınlar (n=20)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Kişisel görüşme veya telefon	<ul style="list-style-type: none"> Erişilemeyen ekipmanlar Duyarsızlık Hareketlerini konumlandırma ve idare eksikliği Yardımcı olacak personelin olmaması
Pieters vd. (2011)	Yaşlı kadınların meme kanseri tedavisinin önündeki engellerle ilgili deneyimlerini tanımlamak.	Gömülü teori	Kartopu örnekleme, Meme kanseri tedavisini yakın zamanda tamamlayan 70 yaş ve üstü kadınlar (n=18)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Ev ya da apartman	<ul style="list-style-type: none"> Bekleme süreleri Bilgi eksikliği Önceden var olan hastalıklar Çoklu başvuru
Fletcher vd. (2014)	HIV'li kadınlarda rahim kanseri taramasıyla ilgili engelleri ve kolaylaştırıcıları tanımlamak.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 18 yaş üstü HIV enfekte kadınlar (n=33)	Odak grup görüşmesi	Sağlık merkezi özel oda	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı ve rahatsızlık Bilgi eksikliği Ulaşım Randevu planlaması
Granado vd. (2014)	Mamografi ile ilgili engelleri anlamak.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 40 yaş üstü kadınlar (n=110)	Yapılandırılmış, odak grup görüşmesi	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> Bilgilendirme Sosyal damgalanma Evlilik ilişkisinin bozulmasından korkma Tedavi maliyetleri Duygusal maliyetler
Kue vd. (2014)	Kadın ve erkeklerin meme ve rahim kanseri ve kanser taramasına ilişkin algılarını, kadınların meme ve rahim kanseri taramasıyla ilgili deneyimlerini ve sağlık sisteminin tarama önündeki engellerini anlamak.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 18 yaş üstü kadın ve erkekler (n=44 kadın 39 erkek)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık sigortası Katılım payı Dil Randevular
Ragas vd. (2014)	Meme ve rahim kanseri taramasına ve takibine ilişkin erişim engellerini tanımlamak.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 20 yaş üstü kadınlar (n=52)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Sağlık merkezleri	<ul style="list-style-type: none"> İletişim ve bilgilendirme Hasta-hizmet sunucu/klinik etkileşimi Sağlık eğitimi Yoğunluk Hizmetler arası bağımsızlık Bilgilendirme kılavuzları Sigorta kapsamı
Cohen vd. (2016)	Kadınların mamografi hizmetlerini zamanında almasının önündeki sosyo-kültürel engelleri tanımlamak.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 40 yaş üstü kadınlar (n=27)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> Ağrı ve utanma Göz ardı edilme İletişim Kanser korkusu

Peters ve Cotton (2016)	Fiziksel engelli kadınların meme kanseri tarama hizmetlerine erişimlerinin önündeki çevresel, sistemik ve süreç engellerini belirlemek.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 18 yaş üstü fiziksel engelli kadınlar (n=12)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze ve telefonla görüşme	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> • Çevresel • Yapısal • Süreçler
Matenge ve Mash (2018)	HIV'li kadınların rahim kanseri taramasına erişmesinin önündeki engelleri belirlemek.	Fenomenoloji	Amaçlı örnekleme, 21 yaş üstü HIV'li kadınlar (n=14)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Ekipman eksikliği • Uzun beklemler • Randevu sistemleri • Çalışanların tutumu • Yanlış bilgilendirme • Utanma • Korku • Önem vermeme • Bilgi eksikliği
Onyenwenyi ve Mchunu (2018)	Kırsal bölgedeki kadınların rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim engellerini belirlemek.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 23-65 yaş arası kadınlar, 30 yaş üstü erkekler (n=28)	Yarı yapılandırılmış form, odak grup ve yüz yüze görüşme	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> • Hastane-ilişkili • Ekonomik • Coğrafi • Eğitimsel • Psikolojik
Steiness vd. (2018)	Meme kanseri semptomları olan kadınların bakıma erişim ile ilgili engellerini belirlemek.	İçerik analizi	Amaçlı örnekleme, kadınlar ve erkekler (n=43 kadın 20 erkek)	Yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Kırsal klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi eksikliği • Ödeme güçlüğü • Korku • Olumsuz sistem etkileşimi • Kadercilik • Damgalanma • Tek başına yolculuk yapamama • İnanç • Diğer hastalıklar
Bateman vd. (2019)	HIV'li kadınlarda rahim kanseri taraması, teşhisi, takip bakımı ve tedavisinin önündeki engelleri belirlemek.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 19 yaş üstü kadınlar ve tarama görevlisi hemşire ve hekimler (n=19 kadın 21 çalışan)	Odak grup görüşmesi	Toplantı odası (klinisyenler), hastane (kadınlar)	<p><i>Kadınlar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Korku • Damgalanma • Bilgi eksikliği • Erişilebilirlik <p><i>Klinisyenler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta yönlendirme • Personel eğitimi • Kaynak eksikliği • Yoğunluk • Bekleme süreleri

Binka vd. (2019)	Rahim kanseri taraması ve tedavisinin önündeki engelleri belirlemek.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 30 yaş üstü rahim kanseri kadınlar, 30-45 yaş arası hiç taramaya katılmamış kadınlar (n=45)	Yüz yüze görüşme, odak grup görüşmesi	Hastane	<ul style="list-style-type: none"> • Bireysel • Kurumsal • Toplumsal • Politik
Darj, Chalise ve Shakya (2019)	Rahim kanseri taramasına katılımın önündeki engellere ilişkin algıları belirlemek.	İçerik analizi	Amaçlı örnekleme, evli kadınlar ve jinekolojik muayene olmamış bekar kadınlar (n=72)	Odak grup	Hastane	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi eksikliği • Sosyo-kültürel • Hizmet sunucular • Finansal • Coğrafi
Kılıç vd. (2019)	Fiziksel engelli kadınların meme ve rahim kanseri taramasına katılımlarının önündeki engellere ilişkin deneyimleri araştırmak.	Tanımlayıcı fenomenoloji	Amaçlı örnekleme, 30-69 yaş arası kadınlar (n=16)	Yarı yapılandırılmış form, yüz yüze görüşme	Ev, hastane, park veya kafe	<ul style="list-style-type: none"> • Kişisel • Çevresel ve yapısal
Muhanna ve Floyd (2019)	Kadınların meme kanseri hakkındaki bilgileri, taramaya yönelik tutumları ve taramaya katılmama nedenlerini belirlemek.	Tematik analiz	Amaçlı örnekleme, 40-70 yaş arası kadınlar (n=23)	Odak grup	Bilgi yok	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi • Kişisel faktörler • Sağlık provizyonu • Sosyal çevre
Dsouza vd. (2020)	Rahim kanseri taramasının alınmasını engelleyen spesifik engelleri belirlemek.	Tematik analiz	Uygun örnekleme, 30-59 yaş arası kadınlar ve program yöneticileri	Odak grup, yüz yüze görüşme	Görüşme odaları	<ul style="list-style-type: none"> • Bireysel • Kişilerarası • Sosyo-kültürel ve toplumsal • Örgütsel ve politik
Greibe-Andersen vd. (2020)	Kadınlarda rahim kanseri taramasının önündeki engeller ve kolaylaştırıcıları anlamak.	Gömülü teori	Uygun örnekleme, 30-60 yaş arası kadınlar, sağlık çalışanları (n=48 kadın 4 çalışan)	Odak grup (kadınlar), yüz yüze görüşme (sağlık çalışanları)	Ofis (kadınlarla), işyeri (çalışanlarla)	<ul style="list-style-type: none"> • Eş desteği • Damgalanma ve ayrımcılık • Farkındalık • Tarama süreci • Sağlık çalışanları

Ek 2. Katılımcı Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Sizi Arş. Gör. Şafak Kıran tarafından yürütülen “*Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma*” başlıklı nitel görüşme tekniğine dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu anketi cevaplamak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahiptir. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1.Yaşınız?

..... (Belirtiniz)

2.Eğitim durumunuz?

1.İlköğretim 2.Lise 3.Üniversite (Önlisans) 4.Üniversite (Lisans) 5.Lisansüstü
(Y.lisans/Doktora)

3.Medeni durumunuz?

1.Evli 2.Bekar

4.Çocuk sayısı?

..... (Belirtiniz)

5.Çalışma durumunuz?

1.Çalışmıyor 2.Yarı-zamanlı çalışan 3.Tam zamanlı çalışan

6.Eşinizin çalışma durumu?

1.Çalışmıyor 2.Yarı-zamanlı çalışan 3.Tam zamanlı çalışan

7.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

8.Yaşadığınız yer?

1.Köy 2.İlçe Merkezi 3.Şehir Merkezi

9.Size göre en yakın sağlık kuruluşuna uzaklığınız?

1.Çok uzak 2.Uzak 3.Yakın 4.Çok yakın

10.Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi

11.Teşhis koyulan kronik bir hastalığınız var mı?

1.Evet 2.Hayır

12.Düzenli olarak meme kanseri taraması (elle muayene, hekim muayenesi, mamografi vb. yaptırıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

13.En son ne zaman meme kanseri taraması yaptırdınız?

1.Hiç yaptırmadım

2.Son iki yıl içinde yaptırdım

3.İki yıldan daha uzun bir süre önce yaptırdım

15.Düzenli olarak rahim kanseri taraması yaptırıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

14.En son ne zaman rahim kanseri taraması yaptırdınız?

1.Hiç yaptırmadım

2.Son 5 yıl içinde yaptırdım

3.5 yıldan daha uzun bir süre önce yaptırdım

Ek 3. Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma” olup, bu çalışma kadınların meme ve rahim kanseri tarama hizmetlerine erişim engellerini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmada birebir ve odak grup görüşme yöntemleri kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu çalışmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi bir yıldır. Bu çalışma süresince sizlerden araştırma konusuyla ilgili deneyimlerinizi herhangi bir baskı altında kalmadan ve objektif bir şekilde aktarmanız beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Arş. Gör. Şafak Kıran

Adresi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 4. Etik Kurul Onay Formu



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 13562490-799- 03
Konu : Etik Kurul Onay Belgesi

07.07.2022

Sayın
Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sağlık Yönetimi Bölümü

"Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma"
başlıklı etik kurul 2022/1 nolu tez çalışması raporör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda, etik
açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Ek: Karar Formu (2 Sayfa)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2022/1
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mahmut Akbolat
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş. Gör. Şafak Kıran
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ <input type="checkbox"/> DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE <input type="checkbox"/> BAP PROJESİ <input type="checkbox"/> TÜBİTAK PROJESİ <input type="checkbox"/> KURUMSAL ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/> BİTİRME PROJESİ <input type="checkbox"/> DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
DEĞERLENDİRİL EN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input type="checkbox"/>		



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 06.07.2022
	Prof. Dr. Mahmut Akbolat'ın sorumluluğunda yürütülen Doktora öğrencisi Arş. Gör. Şafak Kıran'a ait ' Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma' başlıklı 2022/1 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU		
ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Nesrin NURAL	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		İlişki *		Katılım **		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Nesrin NURAL Başkan	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Seçil GÜLHAN GÜNER Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Umut APAYDIN Raportör	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sedat BOSTAN Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT Üye	Çocuk Hastalıkları ve Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen DELİKANLI AKBAY Üye	Beslenme ve Diyetetik	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN Üye	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arş. Gör. Dr. Merve AYDIN Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arş. Gör. Dr. Duygu ÜREK Üye	Sağlık Yönetimi	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*: Araştırma ile İlişki / **: Toplantıda Bulunma

Ek 5. Araştırma İzin Formu

İL ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

SAYI : 2022/3

TARİH : 23.06.2022

YER : Fatih Sağlıklı Hayat Merkezi Toplantı Salonu

GÜNDEM :


1-"Aile Hekimlerinin Basınç Yarası (Yatak Yarası) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu uzmanlık tez araştırmasının kurul üyeleri tarafından değerlendirilmesi. (S.B.Ü Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görevli Prof. Dr. Faruk AKSOY danışmanlığında Aile Hekimi Asistanı Dr. Muhammed Nezir ÇETİN'in araştırma isteği.)

2- "Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma" konulu anket çalışmasının kurul üyeleri tarafından değerlendirilmesi. (Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görevli Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT danışmanlığında Arş. Gör. Şafak KIRAN'ın araştırma isteği.)

KARAR :

- 1- S.B.Ü Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görevli Prof. Dr. Faruk AKSOY danışmanlığında Aile Hekimi Asistanı Dr. Muhammed Nezir ÇETİN'in -"Aile Hekimlerinin Basınç Yarası (Yatak Yarası) Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu uzmanlık tez çalışmasının; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 27.03.2018 tarih ve E-483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazı ekininde bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Kriterlerinin 6. ve 8. Maddelerine uyulmasına, Etik Kurul Kararının ve Araştırma sonuç raporunun Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimine iletilmesi kaydıyla yapılmasının uygun olduğuna;
- 2- Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde görevli Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT danışmanlığında Arş. Gör. Şafak KIRAN'ın "Bir Fenomen Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişim: Kadın Deneyimleri Üzerine Bir Çalışma" konulu anket çalışmasının; Etik Kurul Kararının ve Araştırma sonuç raporunun Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Toplum Sağlığı Birimine iletilmesi kaydıyla yapılmasının uygun olduğuna;

Oy birliğiyle karar verilmiştir.


Dr. Köksal HAMZAOĞLU
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

SAYI : 2022/3

TARİH : 23.06.2022

YER : Fatih Sağlıklı Hayat Merkezi Toplantı Salonu

Dr. Ekrem [REDACTED] DIRİM
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN
KTÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Eğitim
Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ [REDACTED]
KTÜ Tıp Fak. Aile Hekimliği AD Eğitim
Sorumlusu

Dr. Cem YILMAZ
Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu

Dr. Gül [REDACTED] İN
Sağlığın Korunması Birim Sorumlusu

Dr. Muhammet Ali YILMAZ
Bulaşıcı Hastalıklar Birim Uzmanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Şafak KIRAN

ÖĞRENİM DURUMU

Doktora	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi ABD	2018-
Yüksek Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü/Sağlık Yönetimi ABD	2015-2018
Lisans	Hacettepe Üniversitesi/Sağlık İdaresi	2006-2011
Lise	Sürmene Hasan Sadri Yetmişbir Anadolu Lisesi	2001-2005

İŞ DENEYİMİ

2018-Devam Ediyor	Karadeniz Teknik Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Sağlık Yönetimi Bölümü	Arş. Gör.
2015-2018	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü	Arş. Gör.

YABANCI DİL

İngilizce

ESERLER

Sevim, F., Kıran, Ş., Yeşildağ, A.Y. ve Yılmaz, G. (2023). Impact of COVID-19 pandemic on mental health of refugees, immigrants, and asylum-seekers: a systematic review. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1-11., Doi: 10.5455/PBS.20230320110036 (Yayın No: 8343403)

Yılmaz, G., Kıran, Ş. ve Kobya Bulut, H. (2023). The mediating role of nurse–physician collaboration in the effect of organizational commitment on turnover intention. *Journal of Interprofessional Care*, 37(1), 66-72., Doi: 10.1080/13561820.2021.2004099 (Yayın No: 7536980)

Kıran, Ş. ve Akbolat, M. (2021). Sağlık kaynaklarının kullanılabilirliği: Türkiye ve seçili OECD ülkelerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 603-618.

Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş. ve Macit, M. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 43-52. (Yayın No: 4913002)

Sungur, C., Saylavcı, E. Ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social sciences studies journal*, 3(7), 276-289., Doi: 10.26449/sss.36 (Yayın No: 4397193)

Soysal, A., Kıran, Ş, Salmi, H. (2017). Sağlık yönetimi bölümü lisans öğrencilerinin girişimcilik eğilimleri ve özellikleri. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(14), 48-59., Doi: 10.23929/javs.526 (Yayın No: 4099534)

Soysal, A. ve Kıran, Ş. (2017). Examining the level of awareness of the executive staff towards strategic planning: a hospital example. *Pressacademia*, 3, Doi: 10.17261/Pressacademia.2017.661 (Yayın No: 7936049)

Soysal, A. ve Kıran, Ş. (2017). An analysis of the perceptions of the nurses about the outcomes of the performance evaluation system in terms of some occupational and demographic variables. *Pressacademia*, 3, Doi: 10.17261/Pressacademia.2017.650 (Yayın No: 7936038).