



BİR ÜNİVERSİTE AKADEMİSYENLERİNİN SAĞLIK DAVRANIŞLARINA VE TARAMA PROGRAMLARINA UYUMU: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Compliance of university academics to health behaviors and screening programs: a cross-sectional study

Hatice İKİŞİK¹, Sibel SAKARYA²

Özet

Tarama programları ve bağışıklama hizmetleri morbidite ve mortaliteyi azaltmanın ve sağlığı geliştirmenin anahtarlarıdır. Bu çalışmada bir üniversitedeki akademisyenlerinin sağlık davranışlarını, yaş ve cinsiyetlerine uygun tarama hizmetlerine katılımlarını ve ilişkili etkenleri saptamak amaçlanmıştır. Araştırma kesitseldir ve tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Hedeflenen örnek büyüklüğünün %82,7'sine (n=197) ulaşılmıştır. Veriler anket ile gözlem altında toplanmıştır. Akademisyenlerin üçte biri düzenli kan basıncı ölçümü, yarısına yakını düzenli lipid profili takibi ve yaklaşık %60'ı düzenli açlık kan şekeri takibi yaptırmaktadır. Kolon kanseri taramasına uyum oranı %5'in altındadır. Kadınların üçte biri düzenli Pap-smear testi yaptırmaktadır; mamografi için bu oran %43,8'dir. Pnömonokok aşısı en yüksek oranda hiç yapılmayan aşıdır (%95). Kadın olmak, sağlıklı ilişkili bir fakültede çalışıyor olmak, kronik hastalık sahibi olmak, ileri yaşta olmak koruyucu sağlık davranışları ve taramalara katılımı etkileyen olası faktörler olarak saptanmıştır. Akademisyenler sigara içme, dengeli beslenme ve emniyet kemeri kullanımı açısından toplum geneline göre daha iyi, fiziksel hareketlilik ve ilaç tedavisine uyum açısından ise daha kötü değerlere sahiptir. Bu çalışmada genel olarak akademisyenlerin yarısından fazlasının, sağlıklı yaşam biçimini yansıtan davranışları yaptığı görülmektedir. Akademisyenler, toplum sağlığını geliştirmenin önemli bir adımı olan birincil koruma için daha çok desteklenmelidirler.

Anahtar kelimeler: Sağlık davranışı, kanser tarama, uyum, üniversite, aşı.

Abstract

Screening programs and immunization services have a key role in reducing morbidity and mortality and promoting health. This study aimed to determine the health behaviors of academicians in a university, their participation in screening services appropriate for their age and gender, and related factors. The research was a cross-sectional study, and a stratified sampling method was used. 82.7% (n=197) of the targeted sample size was reached, and the data were collected under observation with a questionnaire. Academicians had better scores on smoking, a balanced diet, and seat belt use than the population, while they had worse scores on physical activity and compliance with medication. One-third of the academicians had regular blood pressure measurements, almost half had regular lipid profile screening, and approximately 60% had regular fasting blood glucose screening. The compliance rate for colon cancer screening was below 5%. One-third of females had regular Pap smears, and this rate was 43.8% for mammography examination. The highest rate of the never administered vaccine was pneumococcal vaccine (95%). Female gender, working in a health-related faculty, presence of chronic disease, and advanced age were determined as factors that had an impact on preventive health behaviors and participation in screening. Academicians had better scores on smoking, balanced diet, and seat belt use than the general population and worse scores on physical activity and compliance with medication. In this study, more than half of the academicians, in general, had behaviors that reflected a healthy lifestyle. Academicians should be supported more for primary prevention, which is essential in improving public health.

Keywords: Health behavior, cancer screening, compliance, university, vaccine.

1-İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye
2-Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Dr. Öğr. Üyesi Hatice İKİŞİK

e-posta / e-mail: drhatice.ikişik@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 08.11.2021, **Kabul Tarihi / Accepted:** 31.12.2021

ORCID: Hatice İKİŞİK : 0000-0003-0958-0649

Sibel SAKARYA : 0000-0002-9959-6240

Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite: İkişik H, Sakarya S. Bir üniversite akademisyenlerinin sağlık davranışlarına ve tarama programlarına uyumu: kesitsel bir çalışma. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(1):98-111.

Giriş

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hastalık tarama programları ve bağışıklama hizmetleri morbidite ve mortaliteyi azaltmanın ve sağlığı geliştirmenin anahtarıdır. İkincil koruma kapsamında ele alınan tarama programları ile hastalıkların erken dönemde saptanması sağlanır; böylece uygun tedavi ile hastalığın ilerlemesi ve sakatlık ve erken ölüm önlenir; aynı zamanda tıbbi bakım maliyetleri de önemli ölçüde azalır. Örneğin, hipertansiyonun erken saptanması ve tedavisi ile inme riskinin, düzenli kolorektal kanser taraması ile kolon kanseri riskinin azalması gibi (1, 2). Bunun yanı sıra, sigara içmemek, fiziksel hareketlilik, sağlıklı beslenme, alkol ve madde kullanmamak gibi birincil koruma uygulamalarının sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki önemi büyüktür. Sağlığı koruma uygulamalarının umut verici ve potansiyel hayat kurtaran etkinliğine rağmen, toplum tarafından kullanımı düşüktür (1, 3, 4). Dünya genelinde koruyucu sağlık hizmetlerinin düşük kullanım düzeyleri; bu hizmetlere politika olarak öncelik verilmemesi, toplumun koruyucu sağlık hizmetleri konusundaki bilgi açığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık sigorta kapsamında olmaması, yaşanılan bölge, gelir düzeyi veya kişilerin yeterli zamana sahip olmaması gibi nedenlerle ilişkilendirilmektedir (4-7). Ülkemizde yaşa, cinsiyete ve riske göre belli grupların sürekli izlemi için birinci basamakta bir sistem bulunmaktadır. Aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı hasta listesinde aşılama, gebe, lohusa, bebek ve çocuk takipleri, yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaların (kanser, kronik hastalıklar, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı vb.) yanı sıra, sağlıkla ilgili olarak danışmanlık yapmaları ve böylece toplum sağlığını geliştirici hizmetlerin sunulması hedeflenmiştir. Periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri, bireylerin görünüşte sağlıklı olsalar dahi yaşlarına, cinsiyetine ve sahip oldukları risklere göre belli aralıklarla değerlendirilmelerini kapsamaktadır (8). Ulusal programlarımıza göre yapılması

gereken bu taramalar bebeklik, çocukluk, erişkinlik ve yaşlılık dönemleri olmak üzere yaşam boyu koruma yaklaşımı ile kurgulanmıştır ve genel sağlık sigortası dahilinde ücretsizdir. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezlerinin yanı sıra, Toplum Sağlığı Merkezleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet yerlerinde ve ilaveten özel hastanelerde de taramalar yapılmaktadır. Buna rağmen dünya da olduğu gibi ülkemizde de tarama programlarının kullanımı düşüktür ve bizim toplumumuzda da kişilerin ekonomik düzeyi, yaşadıkları yer ve taramalar konusundaki bilgileri koruyucu sağlık hizmetlerine katılımında etkilidir (9, 10).

Kişisel sağlık davranışlarının ve birincil korunmanın önemine dair artan kanıtlar göstermektedir ki, sağlık bakımı hizmetinde, hastalıklardan korunmada ve sağlığın geliştirmesi ile ilgili konularda bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması büyük ölçüde eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile ilişkilidir (11, 12). İçerisinde eğitimin de yer aldığı bazı sosyal faktörler, sağlığın belirlenmesinde temel faktörler olarak açıklanmaktadır. İyi bir eğitim, bireylerin sağlığını koruyan veya iyileştiren gelir düzeyi, temiz su ve hava, güvenli mahalleler, güvenli çalışma ortamları ve bilgi dahil her türlü kaynağa erişim sağlığı belirleyen temel faktörler olarak değerlendirilmektedir. Bunlardan eğitimin, aynı zamanda bireylerin bilgi, beceri, akıl yürütme, etkililik ve sağlık için kullanılabilecek diğer yeteneklerini geliştirdiği bunun ise eğitim ve sağlık arasındaki olası nedensel bir ilişki varsayımını desteklediği savunulmaktadır (13, 14). Ayrıca bu alanda yapılan araştırmalarla, daha eğitilmiş ve daha yüksek sosyoekonomik grupların; sigara içmeme, daha fazla fiziksel aktivitede bulunma, daha iyi beslenme, daha sağlıklı alkol tüketimi, daha yüksek düzeyde emniyet kemeri kullanımı ve koruyucu sağlık hizmetleri dahil olmak üzere bir dizi alanda daha sağlıklı davranışlara sahip oldukları ortaya konulmaktadır (14).

Uluslararası literatüre bakıldığında, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımına dair yapılan çalışmaların genellikle, sağlık hizmetlerine erişimin herkes için eşit olarak mevcut olmadığı, sosyo-demografik farklılıkların büyük olduğu ülkelerdeki azınlık popülasyonlarda gerçekleştirildiği

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, 2009 yılında Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü'ndeki fakültelerde çalışan toplam 483 akademisyen (uzman, yardımcı doçent, doçent ve profesör) oluşturmaktadır: Tıp Fakültesi (n=295), Hukuk Fakültesi (n=61), Eczacılık Fakültesi (n=55), Sağlık Bilimleri Fakültesi (n=56) ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (n=16). Akademik personel sayısına göre tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak, her bir fakülte veya yüksekokulda ulaşılabilecek olan kişi sayısı belirlenmiş ve örneklem sayılarına göre listelerden örnekleme çıkan kişilerin random seçimi yapılmıştır. Örnek seçiminin random yapılması durumunda evrenin yarısı kadar bir örnek büyüklüğü temsil edici olduğundan örneklem büyüklüğü 240 olarak belirlenmiştir. Araştırmada toplam 197 kişiden yanıt alınmıştır (%82,7).

Veriler, akademisyenlerin sosyodemografik özelliklerini, sağlıkla ilgili alışkanlıklarını (sigara içme, ilaç kullanımına uyum, emniyet kemeri kullanımı, egzersiz yapma ve yeterli ve dengeli beslenme), yaşa ve cinsiyete özel bazı test, tarama ve aşıları yaptırmaları sorgulayan yapılandırılmış bir anket ile gözlem altında toplanmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, katılmayı kabul edenlerden onam alınmıştır. Anketler kişilere bir dosya içerisinde verilmiş ve kendisi tarafından doldurulması sağlanmıştır. Anket bitiminde katılımcılarla yaş ve cinsiyetlerine uygun yaptırmaları gereken sağlık tarama programlarına dair broşür paylaşılmıştır. Örnekleme çıkan kişiler en az üç defa olmak üzere ziyaret edilmiştir ve araştırmaya katılmayı reddedenlerin yerine yeni bir seçim yapılmamıştır. Örneklemin %17,3'üne red,

görülmektedir (15). Biz ise bu çalışmada, sağlık davranışlarının sosyal belirleyicilerinden olan eğitim ve gelir düzeyi görece olarak yüksek olan akademisyenlerin sağlık davranışlarını, yaş ve cinsiyete uygun tarama hizmetlerine katılımlarını ve ilişkili etkenleri saptamayı amaçladık.

emeklilik, istifa, izin vb. nedenlerden ulaşılamamıştır.

Araştırmaya katılan akademisyenlere, Sağlık Bakanlığının aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testlerinden bazıları sorulmuştur (8). Bunlar; kan basıncı ölçümü, lipid profili, açlık kan şekeri ölçümü, gaitada gizli kan testi, kolonoskopi, kadınlarda Pap-smear testi ve mamografi yaptırmalarıdır. Ayrıca hepatit B aşısı, pnömokok aşısı, tetanoz aşısı ve grip aşısı yaptırmaları da sorulmuştur. Katılımcılara tarama ve testleri cevaplamaları için "Hiç yaptırmadım", "Bir kez yaptırdım", "Düzensiz olarak yaptırıyorum", "Yakınmam olursa yaptırıyorum", "Doktorum önerirse yaptırıyorum" ve "Düzenli olarak yaptırıyorum" seçenekleri, aşılar için "Düzenli yaptırıyorum", "Düzenli yaptırmıyorum" ve "Hiç yaptırmadım" seçenekleri sunulmuştur. Analizler "düzenli olarak yaptırıyor", "hiç yaptırmıyor" ve "diğerleri" olarak yapılmıştır. Her bir tarama ve testler için hangi yaşta ve ne sıklıkta yapılacağına dair kriterler ulusal rehberlere göre kullanılmıştır (8).

Kan basıncı ölçümü; 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmesidir.

Lipid profili; kardiyovasküler olay, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 18 yaşından büyük olup risk

faktörlerinden en az birini taşıyanlarda ve 35 yaşından büyük bütün kişilerde beş yılda bir serum lipid profili taramasının yapılmasıdır.

Açlık kan şekeri; 45 yaşın üzerinde herkese ve ayrıca belirli risk faktörlerini barındıran kişilere diabetes mellitus taraması yapılmasıdır.

Pap-smear için; 30-65 yaş arası kadınlara serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Papanicolau testi (Pap-smear testi) veya Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmasıdır.

Mamografi ise; 40-69 yaş arası bütün kadınlara iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılmasıdır.

Gaitada gizli kan testi; 50-70 yaş grubundaki yetişkinlere kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikolar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yaptırılmasıdır.

Kolonoskopi; hem kadın hem erkeklerde 50 yaşından sonra her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanı sıra kolonoskopi

yapılmasıdır.

Bağışıklama; risk gruplarına Td (primer doz 0-1-6 ay tamamlandıktan sonra 10 yılda bir rapel), hepatit B, meningokoksik menenjit, pnömokok, mevsimsel influenza, hepatit A (6 ay ara ile 2 doz), suçiçeği (1 ay ara ile 2 doz) ve KKK aşılıları önerilmektedir. Bizim çalışmamızda hepatit B aşısı, pnömokok aşısı, tetanoz aşısı ve mevsimsel influenza aşısı sorgulanmıştır.

Verilerin analizi SPSS for Windows 22 paket programında yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve gruplanmış verilerde Ki-Kare testi, karıştırıcı faktör için tabakalı analizler kullanıldı. Olası tüm çoklu karşılaştırmalarda Tıp 1 hatayı kontrol altına alabilmek için Bonferonni düzeltmesi yapıldı, istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi BAPKO (Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi) projesi kapsamında yürütülmüş tıpta uzmanlık tezinden hazırlanmış ve SAG-C-TUP-120309-0039 protokol nolu proje için 19.12.2008 tarih ve B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/886 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan akademisyenlerin 114'ünü (%57,9) kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların yaş ortalaması 44,9

(ss=7,5; yaş aralığı=25-64); erkeklerinki 45,3'dür (ss=7,7; yaş aralığı=31-64) (Tablo1).

Tablo 1: Akademisyenlerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.

Sosyo-demografik özellikler (n=197)	n	%
Cinsiyet		
Erkek	83	42,1
Kadın	114	57,9
Yaş grupları		
18-39 yaş	46	23,4
40-49 yaş	101	51,3
50-64 yaş	50	25,3
Görev yeri		
Tıp Fakültesi	120	60,8
Sağlık Bil, Fak,	25	12,7
Eczacılık Fak,	23	11,7
Hukuk Fakültesi	21	10,7
Sağlık Hiz,MYO	8	4,1

Akademik unvan		
Profesör	69	35,1
Doçent	51	25,9
Yrd, Doçent	45	22,8
Uzman	32	16,2
Medeni durum		
Evli	148	75,1
Bekar	34	17,3
Diğer	15	7,6
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	141	71,6
Yok	56	28,4
Özel sağlık sigortası sahibi olma durumu		
Hayır	148	75,1
Evet	49	24,9
Kronik Hastalık		
Var	82	41,6
Yok	115	58,4

Sağlıklı yaşam davranışları:

Akademisyenlerin %26,9'u sigara içmektedir. Kadınların %65,4'ü sigara içmezken bu oran erkeklerde %34,6'dır ($p=0,01$). Ayrıca 50-64 yaş grubu diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda sigara içmektedir ($p<0,001$). Hiç sigara içmemiş olan akademisyenlerin %88,8'i sağlıkla ilgili bir fakültede çalışanlar iken % 11,2'si ise diğer fakültelerde çalışanlardır ($p>0,05$). Kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel anlamlılık yoktur.

Akademisyenlerin %34'ü hiç egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Cinsiyetin, kronik hastalık varlığının ve sağlıkla ilgili bir fakültede çalışıyor olmanın egzersiz yapma ile ilişkisi yoktur. Hiç egzersiz yapmadığını bildirenlerin oranı 18-39 yaş grubunda daha fazladır (%50,0, $p=0,008$).

Sağlıklı beslenme durumu, kadınların %72,8'i tarafından "iyi" olarak bildirilirken bu oran erkeklerde %55,4'tür ($p=0,03$). Yaş gruplarına göre beslenme durumu değerlendirmesinde ise 50-64 yaş grubunda beslenmelerini "iyi" olarak değerlendirenler diğer yaş gruplarına göre daha fazladır

($p=0,003$). Kronik hastalık sahibi olanlarda olmayanlara göre öznel beslenme değerlendirmesi arasında fark yoktur.

Kronik bir hastalığı olan akademisyenlerin ilaçların doz ve saatine uygun alımını içeren "ilaç tedavisine uyumları" sorgulandığında, %55,3'ü ilaçlarını almayı kesinlikle aksatmadığını, doz ve zamanına uygun olarak aldığını belirtmiştir. Cinsiyete ve sağlıkla ilgili fakültede olmaya göre ilaç tedavisine uyum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araba kullanırken emniyet kemeri takanların oranı %89,8'dir ve bu oran kadınlarda daha yüksektir ($p=0,01$) (Tablo 2). Kronik hastalık sahibi olanlarda olmayanlara göre, sağlıkla ilgili fakülte akademisyenlerinin diğer fakülte akademisyenlerine göre emniyet kemeri kullanımları açısından istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. Kadınlarda (%30,7) erkeklere göre (%16,9) ve profesör unvanına sahip olanlarda (% 51,0) diğer unvanlarda olanlara göre (doçent % 20,4; yardımcı doçent %22,4; uzman %6,1) özel sağlık sigortası sahipliği daha fazla orandadır ($p<0,05$).

Tablo 2: Akademisyenlerin cinsiyete ve sağlıkla ilgili davranışlarına göre dağılımı.

Sağlıklı yaşam davranışları	Cinsiyet				Toplam*		p
	Erkek	%	Kadın	%	n	%	
Sigara içme							
Evet	46	51,1	44	48,9	90	45,7	0,010
Hayır	37	34,6	70	65,4	107	54,3	
Egzersiz yapma							
Hiç yapmıyor	26	38,8	41	61,2	67	34,0	0,700
Dzensiz yapıyor	40	42,6	54	57,4	94	47,7	
Dzenli yapıyor	17	47,2	19	52,8	36	18,3	
Dengeli beslenme							
İyi	23	52,3	21	47,7	44	22,3	0,030
Orta	14	58,3	10	41,7	24	12,2	
Kötü	46	35,7	83	64,3	129	65,5	
İlaç tedavisine uyum							
Var	49	45,0	60	55,0	109	55,3	0,370
Yok	34	38,6	54	61,4	88	44,7	
Emniyet kemeri takma (kendisi araba kullanırken)							
Hayır	13	76,5	4	23,5	17	10,2	0,010
Evet	64	42,7	86	57,3	150	89,8	
Emniyet kemeri takma (başkası araba kullanırken)							
Hayır	21	56,8	16	43,2	37	22,2	0,190
Evet	56	43,1	74	56,9	130	77,8	
Toplam	83	42,1	114	57,9	197	100,0	

*Kolon %

Tarama testlerine katılım: Araştırmaya katılanların 1/3'i kan basıncı ölümlerini dzenli olarak yaptırmaktadırlar (%32,0). Dzenli kan basıncı ölümü yaptıranlar her iki cinsiyette de en fazla 50-64 yaş grubundadır. Cinsiyete göre kan basıncı ölümü yaptırma arasında fark vardır ve erkeklerde hiç kan basıncı ölümü yaptırmayanlar daha fazladır (p=0,01). Dzenli olarak kan basıncı kontrolü sıklığı kronik hastalığı olanlarda daha fazladır (p<0,001). Fakültelere ve özel sağlık sigortası sahipliğine göre dzenli kan basıncı ölümü yaptırma arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 3, 4).

Akademisyenlerin %42,6'sı ve 35 yaş üzerinde olanların ise %45,1'i dzenli lipid profili takibi yaptırmaktadır (Tablo 3, 4). Ayrıca 40 yaş üzerinde olanlarda dzenli lipid profili takibi bakımında anlamlı fark vardır (p<0,05). Kronik hastalığı olanlarda dzenli olarak lipid profili dizeyi baktırma

daha fazla sıklıkta yapılmakta %59,8 (p<0,001) iken cinsiyete, özel sağlık sigortası sahibi olmaya ve akademisyenin çalıştığı fakülteye göre farklılık göstermemektedir.

Araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların %38,6'sı dzenli olarak açlık kan şekeri ölümü yaptırmaktadır (Tablo 3, 4). Dzenli açlık kan şekeri ölümü 45 yaş üzerindekilerde %60,5'tir (p=0,002). Ayrıca kronik hastalığı olanların %57,3' dzenli açlık kan şekeri takibi yaptırmaktadır (p<0,001). Özel sağlık sigortası sahipliği ve sağlıkla ilişkili bir fakültede çalışma durumuna göre dzenli açlık kan şekeri ölümü yaptırma arasında fark yoktur.

30 yaş üstündeki kadınların %33,9'u dzenli Pap-smear testi yaptırmaktadır (Tablo 3). Sağlıkla ilgili bir fakültede çalışma, kronik hastalık varlığı durumu ve özel sağlık sigortası sahipliğine göre dzenli olarak Pap-smear testi yaptırma arasında fark saptanmamıştır.

40 yaş sonrası kadınlarda düzenli mamografi çektirenlerin oranı %43,8'dir (Tablo 3). Sağlıkla ilişkili bir fakültede olmak ile düzenli mamografi çekimi yaptırma arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kronik hastalığı olanların ise %48,0'i düzenli olarak mamografi takibi yaptırmaktadır (p=0,004). Özel sağlık sigortası sahipliği ile düzenli mamografi çekimi arasında ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Araştırmaya katılan 50 yaş ve üzerindeki akademisyenlerin %60,5'i hiç gaitada gizli kan testi yaptırmamıştır; düzenli test yaptıranlar sadece %4,7 (n=2)'dir (Tablo 3, 4). Kronik hastalığı olan akademisyenlerin %4,9'u düzenli olarak gaitada gizli kan testi yaptırmaktadır (p=0,001). Özel sağlık sigortası sahipliği ve sağlıkla ilgili bir

fakültede çalışıyor olma ile 50 yaş üstü akademisyenlerin düzenli gaitada gizli kan baktırması arasında ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

50 yaş üzerinde olup düzenli kolonoskopi yaptırdığını belirten bir kadın akademisyen bulunmaktadır (%2,3). 50 yaş üzerinde hiç kolonoskopi yaptırmayanların oranı ise %72,1'dir (erkeklerde %84,2; kadınlarda %62,5; p>0,05) (Tablo 3, 4). Özel sağlık sigortası olan 50 yaş üstündeki akademisyenlerin hiçbiri kolonoskopi yaptırmamıştır. Kronik hastalığı olan akademisyenlerin %3,7'si düzenli olarak kolonoskopi yaptırmaktadır (p<0,001). Sağlıkla ilişkili bir fakültede olmanın kolonoskopi uygulaması yaptırmada diğer fakültedekilere göre farkı yoktur.

Tablo 3: Kadın akademisyenlerin yaş gruplarına göre sağlık taramaları yaptırma durumları.

KADIN	Düzenli yaptırıyor		Düzenli yaptırmıyor		Diğer*		p
	n	%	n	%	n	%	
Tansiyon ölçümü							
18-39 yaş	3	12,0	0	0	22	88,0	p=0,070
40-49 yaş	20	32,3	0	0	42	67,7	
50-64 yaş	10	37,0	0	0	17	63,0	
Lipid profili ölçümü							
18-39 yaş	6	24,0	4	16,0	15	60,0	p=0,01
40-49 yaş	25	40,3	3	4,8	34	54,9	
50-64 yaş	17	63,0	0	0,0	10	37,0	
AKŞ							
18-39 yaş	5	20,0	1	4,0	19	76,0	p=0,010
40-49 yaş	20	32,3	2	3,2	40	64,5	
50-64 yaş	17	63,0	0	0,0	10	37,0	
Mamografi							
18-39 yaş	1	4,0	20	80,0	4	16,0	p=0,010
40-49 yaş	19	30,6	23	37,1	20	32,3	
50-64 yaş	16	59,3	5	18,5	6	22,2	
Pap-smear							
18-39 yaş	8	32,0	5	20,0	12	48,0	p=0,616
40-49 yaş	19	30,6	11	17,7	32	51,7	
50-64 yaş	12	44,4	6	22,2	9	33,4	
Gaitada gizli kan							
18-39 yaş	0	0,0	21	84,0	4	16,0	p=0,116
40-49 yaş	1	1,6	47	75,8	14	22,6	
50-64 yaş	2	7,4	15	55,6	10	37,0	

Kolonoskopi						
18-39 yaş	0	0,0	21	84,0	4	16,0
40-49 yaş	0	0,0	45	72,6	17	27,4
50-64 yaş	2	7,4	17	63,0	8	29,6

*Ara sıra/şikayeti olursa/doktor isterse

Tablo 4: Erkek akademisyenlerin yaş gruplarına göre sağlık taramaları yaptırmaları.

ERKEK	Düzenli yaptırıyor		Hiç yaptırmıyor		Diğer*		p
	n	%	n	%	n	%	
Tansiyon ölçümü							
18-39 yaş	5	23,8	2	9,5	14	66,7	p=0,434
40-49 yaş	16	41,0	3	7,7	20	51,3	
50-64 yaş	9	39,1	0	0,0	14	60,9	
Lipid profili ölçümü							
18-39 yaş	4	19,0	1	4,8	16	76,2	p=0,080
40-49 yaş	20	51,3	3	7,7	16	41,0	
50-64 yaş	12	52,2	2	8,7	9	39,1	
AKŞ							
18-39 yaş	4	19,0	2	9,5	15	71,5	p=0,138
40-49 yaş	19	48,7	2	5,1	18	46,2	
50-64 yaş	11	47,8	3	13,0	9	39,2	
Gaitada gizli kan							
18-39 yaş	0	0	19	90,5	2	9,5	p=0,538
40-49 yaş	1	2,6	30	76,9	8	20,5	
50-64 yaş	1	4,0	16	69,9	6	26,1	
Kolonoskopi							
18-39 yaş	1	4,8	17	81,0	3	14,2	p=0,456
40-49 yaş	0	0,0	31	79,5	8	20,5	
50-64 yaş	0	0,0	20	87,0	3	13,0	

*Ara sıra/şikayeti olursa/doktor isterse

Aşı programına katılım: Araştırmaya katılanlardan %63,5'i tam dozda Hepatit B aşısını yaptırmıştır. Tam doz aşı yaptıranların çoğunluğu 40-49 yaş grubundakilerdir (%71,8 erkek, %67,7 kadın ve $p>0,05$). Hiç hepatit B aşısını yaptırmamış olanların oranı %27,4'tür ve sağlıkla ilgili bir fakültede çalışmayanlarda daha fazladır ($p<0,001$). Sağlık ile ilgili fakültede olanların %97,6'sı tam doz hepatit B aşısı olmuştur. Ayrıca tam doz hepatit B aşılama kronik bir hastalığı olanlarda kronik bir hastalığı olmayanlara göre daha fazladır (%75,6, %54,8, $p=0,010$).

Akademisyenlerin %50,3'ü hiç mevsimsel grip aşısı yaptırmamıştır. Düzenli olarak mevsimsel grip aşısı olanların oranı %27,4'tür. Yaş gruplarına, sağlık ile ilgili fakültede olmaya ve kronik hastalık sahibi olmaya göre düzenli mevsimsel grip aşısı

olma arasında ilişki yoktur.

Düzenli tetanoz aşısı olanların oranı %48,7'dir. Daha önce hiç tetanoz aşısı yaptırmamış katılımcılar (%29,4) kadın ve erkeklerde 50-64 yaş grubundadır (erkek %39,1 ve kadın %29,6, $p>0,05$). Tetanoz aşısını düzenli olanların %96,9'u sağlıkla ilişkili bir fakültede çalışanlardır ($p<0,001$).

Akademisyenlerin %95,4'ü daha önce hiç pnömokok aşısı olmamıştır. Araştırmaya katılanlardan düzenli olarak pnömokok aşısı yaptıranların hepsi sağlıkla ilişkili bir fakültede çalışmaktadır (%4,5, $n=8$, $p>0,05$). Kronik hastalık sahibi olmanın pnömokok aşısı yaptırmaya ile ilişkisi yoktur. Akademisyenlerin hepatit B, pnömokok, tetanoz ve mevsimsel influenza aşılama durumları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5: Akademisyenlerin cinsiyete göre aşı yaptırma durumları.

Cinsiyet	Aşılar	Aşı Yaptırma Durumu					
		Hiç yaptırmadım		Düzenli olarak yaptırıyorum		Düzenli olarak yaptırmıyorum	
		n	%	n	%	n	%
Erkek (n=83)	Hepatit B	22	26,5	54	65,1	7	8,4
	Tetanoz	27	32,5	16	19,3	40	48,2
	Pnömonokok	81	97,6	-	-	2	2,4
	Mevsimsel İnfluenza	47	56,6	18	21,7	18	21,7
Kadın (n=114)	Hepatit B	32	28,1	71	62,3	11	9,6
	Tetanoz	31	27,2	27	23,7	56	49,1
	Pnömonokok	107	93,9	1	0,9	6	5,2
	Mevsimsel İnfluenza	52	45,6	26	22,8	36	31,6

Sonuç ve Öneriler

Sağlıkla ilgili davranışlar, sağlık tarama programlarına uyum ve uyumda etkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla 197 akademisyen ile yapılan bu araştırmada; akademisyenler yeterli ve dengeli beslenme bakımından topluma benzerlik gösterse de, sigara içme sıklığı toplumdan daha düşük, önerilere uygun egzersiz yapmayanların sıklığı ve emniyet kemeri kullanım sıklığı toplumdan daha yüksek olarak saptanmıştır (16-18). Yaşa ve cinsiyete göre gerekli tarama programlarına katılımları ise tarama programına ve özellikle kronik bir hastalık varlığı ile sağlıkla ilgili bir alanda çalışıp çalışmamalarına göre farklılık göstermektedir.

Çalışmamız, eğitim düzeyinin sağlık davranışları üzerindeki etkinliğini ortaya koyan eğitim düzeyi arttıkça koruyucu tedbirler kullanma olasılıklarının daha yüksek olacağı yönündeki çalışmalara paralel sonuçlar içermektedir (19, 20). Sonuçlarımıza göre; akademisyenler sağlıklı yaşam davranışlarından sigara içme, dengeli beslenme ve emniyet kemeri kullanımlarında daha iyi, Dünya Sağlık Örgütü'nün fiziksel egzersiz önerisine uygun egzersiz yapmada ve morbidite, mortalite ve sağlık bakım maliyetindeki azalmada büyük etkisi olan ilaç tedavisine uyum da ise literatüre göre daha kötü oranlara sahiptirler. Özellikle ikincil

korumaya yönelik taramalardan kolonoskopi taraması ve gaitada gizli kan taramasına katılımın çok düşük olduğu; ayrıca kan basıncı, lipid profili ve açlık kan şekeri takibinin de akademisyenlerde literatüre göre daha düşük olduğu görülmüştür (21, 22). Akademisyenlerdeki özellikle bazı tarama programlarına düşük katılımın nedenlerinden biri olarak sağlık okuryazarlık düzeyini değerlendirmek gerekir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığının arttığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte bu çalışmada akademisyenlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri değerlendirilmemiştir. Aslında akademisyen bir popülasyondan birincil ya da ikincil koruma davranışlarına daha yüksek bir uyum beklenilmesine rağmen özellikle bazı testler ve aşılar konusunda daha düşük uyum görmemiz sağlık okuryazarlığının, sağlık davranışını etkileyen tek faktör olmadığını düşündürmektedir (20).

Bireylerin tarama programlarına uyumlarında etkili olabilecek diğer nedenler arasında, kişilerin halen sağlıklı olduklarına dair inançlarının olması, tarama prosedürlerinin karmaşıklığı, bazı testler için özellikle fiziksel olarak acı vermesinden korkma, çekinme ya da işlemden utanma gibi olumsuz duygular, tarama yerinin bilinirliği ve erişilebilirliği, sağlık hizmeti sağlayıcılarının

davranışları, kişilerin olası hastalıklar ile ilgili risk algısı ya da yeterince zamanlarının olmaması da yer almaktadır (23, 24). Yoğun bir akademik yaşam içerisindeki akademisyenlerin sağlığı geliştirici davranışlar ile tarama ve testler için yeterince zaman bulamamaları da altta yatan bir faktör olabileceği gibi kişilerin sosyal ve kültürel çevrelerinin etkisiyle şekillenen bireysel hastalık algıları ya da sağlık inançlarının da bir başka neden olabileceği düşünülmelidir (25). Ayrıca akademisyenlerde yüksek oranda yapılmadığı görülen kolon kanseri taramasındaki gaitada gizli kan testinin ve kolonoskopi uygulamasının ise fazlaca popüler olmamasına, kolonoskopinin zahmetli ve ağrılı bir işlem olmasına, invaziv bir girişim olmasına, ön hazırlık gerektirmesine ve taramalar konusunda toplum genelinde olan farkındalıkla ilgili engellere bağlanabilir.

Yüksek eğitim düzeyine sahip popülasyonlarda sağlık davranışlarına uyum veya uyumsuzluğu belirleyen faktörlerin özellikle niteliksel çalışmalarla ayrıntılı olarak değerlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Sonuçlarımızda kadın cinsiyet, kronik hastalık varlığı, ileri yaş, sağlıkla ilişkili bir fakültede çalışıyor olmak koruyucu sağlık davranışları ve taramalara katılma istekliliğini etkileyen faktörler olarak saptanmıştır. Özellikle kadınların erkeklere göre sigara kullanımları daha azdır, emniyet kemeri kullanımları daha yüksektir ve kadınlar daha fazla oranda sağlıklı beslendiklerini bildirmiştir. Literatürde düşük eğitim düzeyine sahip kadınların, özellikle ücretsiz ev işlerinde çalışmaları nedeni ile sağlıklı yaşam davranışları için kaynak ve zaman yetersizliği olduğundan söz edilmekteyken, bizim araştırmamızdaki gibi eğitim düzeyi yüksek kadınların erkeklere göre daha olumlu sağlık davranışları sergiledikleri bildirilmektedir (26, 27).

Ayrıca sonuçlarımıza göre 40 yaş üzerindeki katılımcılarda düzenli lipid profili ve açlık kan şekeri takibi yaptırma oranı artmaktadır. Benzer biçimde, kronik hastalığı olanlarda kan basıncı, lipid profili ve açlık kan şekeri takibi, gaitada gizli kan ve kolonoskopi ile mamografi yaptırma oranı, herhangi bir kronik hastalığı olmayanlara göre daha

yüksek orandadır, 40 yaş sonrasında ve kronik hastalık sahibi olanlardaki bu artmış uyum, yaşla birlikte hasta olma veya mevcut kronik hastalık hastalığa ek komorbiditelerin ortaya çıkması endişesi ile ilişkilendirilebilir. Nitekim, yetişkinlerde kronik hastalık varlığı sağlık davranış değişikliklerinin bir katalizörü olarak değerlendirilmektedir (28).

Çalışmamızın sonuçlarına göre, sağlıkla ilgili bir fakültede olmak ise tarama programları takiplerini olmasa da bazı aşılama oranları olumlu etkilemiştir. Hepatit B ve tetanoz aşısını tam doz yaptıranlar büyük oranda sağlıkla ilgili bir fakültede çalışmaktadır. Bu sonucu, toplumlarda yaşın, yaşam tarzının, bazı mesleklerin ve sağlık koşullarının bazı hastalıklar için riskler oluşturması nedeniyle doğal olarak o meslek gruplarında daha fazla oranda aşılanmış olmalarını beklemeye bağlayabiliriz. Ayrıca, katılımcıların pnömokok aşılama oranları çok düşük ama mevsimsel influenza aşısına uyumları ise literatürdeki çalışmalara benzerdir (20).

Yaşa ve cinsiyete göre gerekli olan düzenli sağlık kontrolleri, özel sağlık kuruluşları tarafından "check-up" adı ile tanıtılmakta ve teşvik edilmektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre, akademisyenlerin dörtte birinin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Ancak özel sağlık sigortası sahipliği ile tarama programlarına katılma arasında ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde, özel sağlık sigortası olanlar arasında sağlık hizmeti tüketiminde önemli bir artış olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır ve bu durum tıbbi hizmetlerin kullanımının, sigorta kapsamından ziyade hizmet ihtiyacı ile daha doğrudan ilişkili olabileceği ile açıklanmaktadır (29). Literatüre göre, iyi bir sağlık bilgisi, artan gelir, daha iyi istihdam, gelişmiş sosyal ağlar ve yaşamları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma duygusu, daha yüksek eğitimlilerde sağlıkla ilgili davranışları artırmaktadır. Öte yandan özel sağlık sigortası sahibi olmak, sağlık hizmetlerine kolay erişmek ve ücretsiz tıbbi bakım almanın ise bireylerin sağlık davranış değişiklikleri üzerinde çok büyük etkisi yoktur (26). Ülkemizde birincil ve ikincil koruma hizmetleri için birinci basamak sağlık hizmetleri en doğru

adrestir. Kamu sağlık hizmetinden yararlanan toplumun asıl büyük kesimi açısından bu önemli bir fırsat olarak değerlendirilse de, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımı ve bu hizmetlerin organizasyonu ile ilgili sorunlar, tarama programlarının yaygın biçimde yapılması açısından bir engeldir ve aynı zamanda hizmetlere erişim açısından eşitsizlik yaratmaktadır.

Araştırmamızdaki kadınların üçte biri (%33,9) düzenli olarak Pap-smear testi yaptırmaktadır. Kadınların yaklaşık 1/5'i ise hiç Pap-smear yaptırmamıştır. Ülkemizde de "30-65" yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısına hiç serviks kanseri taraması yapılmamıştır (30). Ayrıca araştırmamızda 40 yaş üzeri kadınların %23,2'si, düzenli olarak mamografi çektiklerini belirtmişlerdir, %31,5'i ise hiç mamografi çekmemiştir. Hâlihazırda fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri taramaları yapılmakta ise de bunların kapsayıcılık oranı % 30-35'ler arasındadır. Ülkemizde yürütölen topluma yönelik farkındalık ve eğitim faaliyetlerine rağmen yetersiz sayıda uzman kaynağı, hizmete erişim ile ilgili sorunlar ile farkındalık eksikliği nedeniyle yeterli tarama seviyelerine ulaşılamamaktadır (17, 30). Son yıllarda yoğun bir şekilde yürütölen eğitim, sosyal medya paylaşımları gibi çalışmaların yanı sıra "Gezici Mamografi Projesi" ve aile hekimlerinin tarama programlarına entegrasyonları ile oranlar üzerinde olumlu değişim sağlanacaktır.

Sonuçlarımıza göre, akademisyenlerde hiç yaptırılmayan aşı en yüksek oranda pnömokok (%95) aşısıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada genel olarak akademisyenlerin yarısından fazlasını, sağlıklı yaşam biçimini yansıtan davranışları yaptığı görölmektedir. Ayrıca akademisyenlerde, basın yayın organları tarafından sıkça gündemde tutulan bazı tarama programlarına (lipid profili ölçümü, AKŞ ölçümü, kan basıncı ölçümü, hepatit B aşılama gibi) uyumun daha çok olduğu daha invaziv ve görece daha

Ayrıca her iki akademisyenden biri hiç mevsimsel influenza aşısı yaptırmamış ve üçte bire yakını ise hiç tetanoz (%29,4) ve hepatit b aşısı (%27,4) olmamıştır. Erişkinlerde mortalite ve morbidite ile sonuçlanabilecek birçok hastalık aşı ile önlenebilmektedir. Bu nedenle erişkin aşılaması, aşı takvimine uygun olarak aşılanmamış kişiler için bir fırsat olarak görölmelidir. Bu alanda, altta yatan hastalık nedeniyle veya mesleğinden dolayı ilave risk altında bulunan erişkinlere yönelik aşı uygulamaları konusunda çalışmalar aşılama oranlarına artışa katkı sağlayacaktır.

Araştırmamız eğitim düzeyi yüksek olan bir gruba yapılmıştır. Sonuçlar benzer sosyodemografik özelliklerdeki gruplara genellenebilecek niteliktedir. Ayrıca araştırmamızın bazı kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Araştırmada, yüksek bir yanıtlama oranına ulaşılmışsa da (%82,7) katılmayan/ulaşılamayan %17,3'lük kesimin verileri ile ilgili yorum yapılamamaktadır. Araştırma sonuçları hatırlamaya ve sosyal istenirlik yanlılığına tabi olabilecek öz-bildirim verilerine dayanmaktadır. Bu çalışma üniversite eğitimi olan kişilerin sağlık davranışlarını değerlendirmek açısından önemli bir veri sağlamakla birlikte, katılımcılarının çoğunluğunu sağlık çalışanlarının oluşturması yanlılığa sebep olabilir. Ayrıca araştırmanın kesitsel olarak planlanmış olması, sağlık davranışlarına ve taramalara uyum konusunda neden-sonuç ilişkisi ortaya konulamamasına neden olmaktadır. Gelecekteki araştırmalarda kişilerin ileriye yönelik izlenmesi planlanabilir.

az popüler olan Pap-smear ve kolonoskopi uygulamasına uyumun ise çok düşük olduğu görölmektedir. Akademisyenler, toplum sağlığını geliştirmenin önemli bir adımı olan birincil koruma için daha çok desteklenmeli, birinci ve ikinci koruma önlemlerine yönelmeme nedenleri saptanmalı, algılanan engeller, hazırlayıcı, destekleyici ve mümkün kılıcı faktörler değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Healthy People 2020. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. [cited 2021 Jun 22] Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/2020-lhi-topics/Clinical-Preventive-Services>.
- 2- WHO. EPHO5: Disease Prevention, Including Early Detection of Illness. [cited 2021 Agu 29] Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>
- 3- Adepoju OE, Preston MA, Gonzales G. Health care disparities in the post-affordable care act era. *Am J Public Health*. 2015;105(5):665–7. doi:10.2105/AJPH.2015.302611.
- 4- Borsky A, Zhan C, Miller T, Ngo-Metzger Q, Bierman AS, Meyers D. Few Americans receive all high-priority, appropriate clinical preventive services. *Health Affairs (Project Hope)*. 2018;37(6): 925-8. doi:10.1377/hlthaff.2017.1248.
- 5- Lantz PM, Evans WD, Mead H, Alvarez C, Stewart L. Knowledge of and attitudes toward evidence-based guidelines for and against clinical preventive services: Results from a national survey. *The Milbank Quarterly*. 2016;94:51-76. doi:10.1111/1468-0009.12181.
- 6- Song S, White A, Kucik JE. Use of selected recommended clinical preventive services - behavioral risk factor surveillance system, United States, 2018. *MMWR*. 2021;70(13):461–6. doi:10.15585/mmwr.mm7013a1.
- 7- Levine S, Malone E, Lekachvili A, Briss P. Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. *Prev Chronic Dis*. 2019;16:E30. doi:10.5888/pcd16.180625
- 8- Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, Ankara 2015. [cited 2021 Jun 20] Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/rehberler/psm_2019.pdf
- 9- Saçıkara Z, Koçoğlu-tanyer D. Kırsal bölgede yaşayan kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım ve bilgi durumları . *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021;30 (1):43-52 . doi:10.17942/sted.652657.
- 10- Sahin MK, Aker S, Arslan HN. Barriers to colorectal cancer screening in a primary care setting in Turkey. *J Community Health*. 2017;42(1):101–108. doi:10.1007/s10900-016-0235-1.
- 11- Sözman K, Unal B, Sakarya S, Dinc G, Yardim N, Keskinilic B, et al. Determinants of breast and cervical cancer screening uptake among women in Turkey. *APJPH*. 2016;28(6):528–38. doi:10.1177/1010539516654541.
- 12- Karadag Arli S, Bakan AB, Aslan G. Distribution of cervical and breast cancer risk factors in women and their screening behaviours. *Eur J Cancer Care*. 2019;28(2): e12960. doi:10.1111/ecc.12960.
- 13- Zajacova A, Lawrence EM. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:273-89. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044628
- 14- Lawrence EM. Why Do College Graduates Behave More Healthfully than Those Who Are Less Educated?. *Journal of health and social behavior*. 2017;58(3):291–306. doi:10.1177/0022146517715671.
- 15- Brunner-Ziegler S, Rieder A, Stein KV, Koppensteiner R, Hoffmann K, Dorner

- TE. Predictors of participation in preventive health examinations in Austria. *BMC Public Health*. 2013; 13:1138.
doi:10.1186/1471-2458-13-1138.
- 16- Üzümcüoğlu Zihni Y, Bıçaksız P, Öztürk İ, Özkan T. Emniyet kemeri kullanıyor muyuz? Türkiye’de ve İstanbul’da emniyet kemeri kullanım oranları. II. Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi (CONGIST’19) (18-20 Eylül 2019), İstanbul, Türkiye. [cited 2021 Jun 23] Available from: <https://hdl.handle.net/11511/78486>
- 17- Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hane halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara. 2018. [cited 2021 Jun 23] Available from: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf
- 18- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Türkiye Sağlık Araştırması. 2019. [cited 2021 Jun 24] Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>
- 19- Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *J Health Commun*. 2016;21(Supp2):61-8.
doi:10.1080/10810730.2016.1207115.
- 20- Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2020;20(1):565.
doi:10.1186/s12889-020-08498-8.
- 21- Aranha A, Patel PJ. Health literacy, preventive health screening, and medication adherence behaviors of older African Americans at a PCMH. *The Am J Manag Care*. 2018; 24(9):428–32.
- 22- Malih N, Sohrabi MR, Abadi A, Arshi S. Determinants of adherence to diabetes screening in Iranian adults with a positive family history of diabetes. *J Prev Med Public Health*. 2021;54(3):190-8.
<https://doi.org/10.3961/jpmph.20.496>
- 23- Chien SY, Chuang MC, Chen I.P, Yu PH. Primary drivers of willingness to continue to participate in community-based health screening for chronic diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1645
<https://doi.org/10.3390/ijerph16091645>
- 24- Chien SY, Chuang MC, Chen IP. Why people do not attend health screenings: factors that influence willingness to participate in health screenings for chronic diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3495.
doi:10.3390/ijerph17103495.
- 25- Matheson GO, Klügl M, Engebretsen L, Bendiksen F, Blair SN, Börjesson M, et al. Prevention and management of non-communicable disease: The IOC consensus statement, Lausanne. *Sports Med*. 2013;43:1075-88.
doi:10.1007/s40279-013-0104-3.
- 26- Skalamera J, Hummer RA. Educational attainment and the clustering of health-related behavior among U.S. young adults. *Preventive medicine*. 2016;84:83–9.
doi:10.1016/j.ypmed.2015.12.011.
- 27- García-Mayor J, Moreno-Llamas A, la Cruz-Sánchez E. High educational attainment redresses the effect of occupational social class on health-related lifestyle: findings from four Spanish national health surveys. *Annals of Epidemiology*. 2021;58:29–37.
doi:10.1016/j.annepidem.2021.02.010.
- 28- Hernandez EM, Margolis R, Hummer RA. Educational and gender differences in health behavior changes after a gateway diagnosis. *Journal of aging and health*. 2018;30(3):342–64.
doi:10.1177/0898264316678756.

29- Zhang C, Fu C, Song Y, Feng R, Wu X, Li Y. Utilization of public health care by people with private health insurance: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2020;20(1):1153. doi:10.1186/s12889-020-08861-9.

30- Keskinliç B, Gültekin M, Karaca AS,

Öztürk C, Boztaş G, Karaca MZ, et al. *Türkiye Kanser Kontrol Programı. THSK Yayın Komisyonu, Ankara, 2016. [cited 2021 Jul 7] Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf*