

TÜRKİYE’DE BİREYLERİN EĞİTİM DÜZEYİ İLE SAĞLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: ULUSAL VERİLER IŞIĞINDA BİR ANALİZ

RELATIONSHIP BETWEEN EDUCATION AND HEALTH OF INDIVIDUALS IN TURKEY: AN ANALYSIS IN THE LIGHT OF NATIONAL DATA

Erdal TOPRAKÇI¹

Ömer Faruk MEŞE²

Başvuru Tarihi: 11.04.2019 Yayına Kabul Tarihi: 17.07.2019 DOI:10.21764/maeuefd.552228
(Araştırma Makalesi)

Özet:Toplumlarda önemli kurumlardan ikisi eğitim ve sağlıktır. Bu araştırmanın amacı, ulusal resmi istatistiklerden elde edilen veriler ışığında eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Betimsel tarama modelindeki araştırmada belge tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya, herhangi bir sağlık değişkeninin bireylerin eğitim düzeyine göre değişimini gösteren istatistik veri içeren, ulusal düzeyde veri toplanmış 9 çalışma dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmaların toplam örneklem büyüklüğü 521900 kişi ve 12160 haneden oluşmuştur. Elde edilen verilere ilişkin bulgular, alanyazına dayalı olarak oluşturulan çerçeve kapsamında, sağlıktan duyulan Memnuniyet, “Fiziksel Sağlık, Zihinsel Sağlık ve Davranışsal Sağlık” alt başlıkları altında değerlendirilmiştir. Bulgular bütüncül bir şekilde ele alındığında Türkiye’de eğitim sağlık etkileşiminde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre; daha yüksek eğitim düzeylerinden mezunlar, sağlıklarından daha memnun, fiziksel, zihinsel ve davranışsal anlamda daha sağlıklı bir biçimde yaşamlarını sürdürmektedirler.

Anahtar Sözcükler: *Eğitim-Sağlık İlişkisi, Sağlıktan Duyulan Memnuniyet, Fiziksel Sağlık, Zihinsel Sağlık, Davranışsal sağlık*

Abstract: Two of the most fundamental elements of social institution are education and health. This relationship between education and health is studied mainly by researchers from the fields of medicine, economics or sociology. Sharing the observations of this relationship by researchers from the field of education is important in terms of providing new perspectives. The aim of this study is to reveal the relationship between education and health in light of the data obtained from national official statistics. This research was designed as a descriptive research and descriptive document analysis method was used. This research included 9 studies with data on the national level, containing statistical data showing the change of any health variable according to the level of education. The total sample size of the studies included was 521900 people and 12160 households. Based on the literature, the findings related to the data obtained were evaluated under the sub-headings of “Satisfaction with Personal Health”, “Physical Health”, “Mental Health” and “Behavioral Health”. When the findings are considered in a holistic manner, it is seen that there is a positive relationship between education and health at Türkiye. According to this; Graduates of higher education levels are more satisfied with their health, they live in a healthier way, physically, mentally and behaviorally.

Keywords: *Education and Health Relationship, Satisfaction with Health, Physical Health, Mental Health, Behavioral Health*

¹ Prof.Dr.Erdal TOPRAKCI, Ege Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Eğitim Yönetimi, Teftişi, Ekonomisi ve Planlaması Ana Bilim Dalı, İzmir, erdal.toprakci@ege.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9552-9094>

² Ömer Faruk MEŞE, İzmir Millî Eğitim Müdürlüğü, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Yönetimi, Teftişi, Ekonomisi ve Planlaması Bilim Dalı Doktora Öğrencisi, İzmir, farukmese@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7678-8023>

Giriş

Toplumsal yaşamın olmazsa olmaz parçaları olan toplumsal kurum ve kuruluşlar, toplumun amaçlarını gerçekleştirmek, ihtiyaçlarını karşılamak, devamlılığını ve gelişimini sağlamak için ortaya çıkmış yapılardır. Toplumsal kurum ve kuruluşlar birbirlerinden etkilenirler, karşılıklı bir bağımlılık içindedirler ve toplumsal amaçlara ulaşma noktasında birlikte hareket etmek zorundadırlar. Diğer bir ifadeyle, toplumsal kurumlar, birbiriyle ilişkili birçok temel ve alt kuruluştan oluşan ve bir saat gibi işleyen yapı ya da sistemler olarak görülebilirler (Türkkahraman, 2009). Toplumu meydana getiren kurum ve kuruluşlar arasında uyumlu bir beraberlik olmazsa hem kurum ve kuruluşlar hem de toplum bundan zarar görebilir. Bu açıdan toplumsal kurum ve kuruluşların işleyişlerinin diğer kurum ve kuruluşlardan bağımsız olamayacağı anlaşılmaktadır. Devletin üst sistemliliği temelinde yine de bir öncelik vermek gerekirse eğitim ve bilim kurumlarının diğer kurumların anahtarı olduğu söylenebilir (Toprakçı, 2013).

İnsanın varoluşu ile ortaya çıkan eğitim gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın tüm toplumlarda süregelen bir durumdur. Eğitim, insanlığın tarihi kadar eski bir olgu olup, gerek birey gerekse toplum olarak hayatı sürdürebilmenin neredeyse ilk şartıdır. Eğitim olgusu insan açısından nefes alma, yeme, içme gibi hayati bir ihtiyaç durumundadır (Çiçek ve Bozdoğan, 2011). Eğitim, odağına bireyi alırken sadece bireyin gelişimini değil aynı zamanda bireyin yaşadığı çevrenin, toplumun, ulusun ve en geniş çerçevede dünyanın da gelişimini hedeflemektedir. Bu bakış açısıyla bakıldığında eğitim, bireyin, bireysel özellikleri ve eldeki ortam, koşul ve olanaklar bağlamında başta kendisi, sonra içinde bulunduğu toplum/ulus ve en sonda dahil olduğu evrensel yapının etkin bir üyesi haline getirilmesi sürecidir (Toprakçı, 2013). Eğitim bireyler aracılığıyla topluma yapılan en önemli beşeri sermaye yatırımlarındandır.

Bireylerin zihinsel ve fiziksel olarak iyi olma hali olarak tanımlanabilecek olan sağlık, eğitim ile birlikte yaşamın ve beşeri sermayenin temel unsurlarından bir tanesidir. Sağlık kişinin beşeri sermaye birikiminin artması, toplam faktör verimliliği bağlamında ekonomik büyüme, kişisel verimlilik artışı anlamında ise gelir dağılımı üzerinde pozitif etkiler meydana getirmektedir. Eğitim ve sağlık hem mikro açıdan hem de makro açıdan önemli birer unsurdur (Yardımcıoğlu, 2013) ve birlikte değerlendirildiklerinde, toplumların en temel kalkınma ve gelişme unsurları olarak dikkat çekmektedir (Çiçek ve Bozdoğan, 2011). Sağlıklı ve eğitilmiş bireyler, toplumda

tüketici ve üretici olarak daha etkin davranmaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009). Bireysel eğitim ve sağlığın toplumsal yapı üzerindeki kuvvetli etkisi nedeniyle eğitim ve sağlık kurumları bireyler üzerinden topluma etki eden önemli kurumlardır.

Eğitim ile sağlık arasında, bilindik, sürekli, pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki vardır. Bu ilişki, yapıldığı zaman dilimi, yapıldığı ülke, ele alınan eğitim düzeyi ya da sağlık ölçütü fark etmeksizin çok sayıda araştırmada gözlemlenmiştir (Cutler ve Lleras-Muney, 2006; Clark ve Royer, 2013). Ele alınan eğitim ölçütünün, tamamlanan eğitim süresi ya da mezun olunan eğitim düzeyi olması fark etmeksizin; daha yüksek eğitim, daha düşük hastalık ve eşlik eden hastalık, daha uzun ömür, daha uzun sağlıklı yaşam süresi, sağlık hizmetlerine erişimde artış, sağlıklı ilişkili verimde artış, sağlık bilgisinde artış gibi sağlık durumuna ilişkin birçok faktörle pozitif ilişkilidir (Boardman, Domingue, ve Daw, 2015). Düşük eğitim düzeyine sahip bireyler, kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet, fiziksel fonksiyonlar, ölüm oranları, sakatlık, hayat beklentisi ve sağlık davranışı gibi birçok farklı sağlık göstergesinde daha kötü özelliklere sahiptir (Friis, Lasgaard, Rowlands, Osborne, ve Maindal, 2016).

Geniş anlamda, eğitim ve sağlık arasında gözlenen pozitif korelasyon üç şekilde açıklanabilir (Grossman, 1973). Birinci açıklamaya göre, daha ileri düzeyde eğitim daha iyi sağlığa neden olmaktadır. Diğer bir ifadeyle, iyi sağlığın nedeni daha eğitilmiş olmaktır. Buna göre daha ileri eğitim, daha yüksek gelir ve sosya-psikolojik kaynaklara daha fazla erişim, daha sağlıklı yaşam stili (Furnee, Groot, ve Brink, 2008), sağlık hizmetlerine daha etkin erişim, daha iyi sağlık davranışları, daha yüksek öz kontrol ve daha büyük sağlık üretkenliği (Zhong, 2016) demektir. İkinci açıklama ise sağlığın eğitimi etkilemesi ile ilgilidir. Buna göre, sağlıklı insanlar eğitime daha fazla yatırım yapabilmektedir (Furnee vd., 2008). Üçüncü açıklamaya göre ise eğitim ile sağlık arasındaki korelasyonda nedensellik ilişkisi yoktur. Bunun yerine, fiziksel kabiliyet, zihinsel kabiliyet, aile özellikleri (Grossman, 1973), genetik faktörler, sosyal arka plan ve zaman tercihi (Furnee vd., 2008) gibi bir ya da daha fazla “üçüncü değişken”de farklılaşmalar vardır. Bu değişkenler hem sağlığı hem de eğitimi aynı yönde etkilemektedir.

Eğitimin sağlık üzerindeki etkisinin olası sebeplerine yönelik açıklamalar incelendiğinde (Ross ve Wu, 1995; Cutler ve Lleras-Muney, 2006; Zajacova, Hummer, ve Rogers, 2012; Yardımcıoğlu, 2013; Delaruelle, Buffel, ve Bracke, 2015) mesleki kariyer, sosya-psikolojik kaynaklar, bilişsel yetenekler ve sağlık davranışlarının temel unsurlar olduğu görülmektedir. Buna göre, daha

eğitilmiş insanların daha iyi işlerde, daha yüksek gelirle, daha güvenli iş ortamlarında çalışma ihtimali artarken, fiziksel işgücü gerektiren işlerde çalışma, işsiz kalma ve ekonomik zorluklar yaşama ihtimalleri düşmektedir. Böylece, hem nicelik hem de nitelik bakımından daha iyi sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Diğer yandan, eğitilmiş insanların daha fazla sosyo-psikolojik kaynağa erişimleri söz konusudur. Diğer bir ifadeyle, sosyal destek alma olanakları daha fazladır ve öz kontrolleri daha kuvvetlidir. Bu nedenle yüksek eğitimliler yaşadıkları olumsuzluklarla mücadelede daha başarılı olmaktadır. Eğitim bireylerin kritik düşünce ve karar verme becerileri gibi bilişsel yeteneklerini geliştirdiği için eğitilmiş bireyler; sağlıkla ilgili bilgileri edinmede ve kullanmada, tıbbi tavsiyelere uyma ve onları sorgulama da ve sağlık hizmetleri konusunda kendileri ve aileleri için daha iyi seçimler yapmada daha etkilidir. Son olarak, yüksek eğitimliler daha iyi bir yaşam stiline sahiptir. Daha çok egzersiz yapar, daha ölçülü alkol tüketir, önleyici sağlığa daha çok önem verir, sigara içmez ya da daha az sigara içerler.

Eğitimin sağlık üzerindeki etkisine ilişkin açıklamalara rağmen, nedensellik etkisi, eğitim ve sağlık arasındaki kuvvetli korelasyon kadar net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Bazı çalışmalar (Cutler ve Lleras-Muney, 2006; Furnee vd., 2008; Silles, 2009; Heide vd., 2015) eğitimin çeşitli sağlık ölçütleri üzerinde nedensellik etkisini göstermekteyken bazıları (Zhong, 2015; Clark ve Royer, 2013; Chandola, Clarke, Morris ve Blane, 2006) böyle nedensellikler ortaya koyamamaktadır. Diğer yandan bazı araştırmalarda ise (Grossman, 1973; Kemptner, Jürges, ve Reinhold, 2011; Mazzonna, 2014; Böckerman ve Maczulskij, 2016; Halpern-Manners, Schnabel, ve Hernandez, 2016) nedensellik ölçülen bazı değişkenlerde ya da sadece belirli gruplar da görülebilmekte ya da üçüncü değişkenler nedenselliği açıklayabilmektedir.

Eğitim sağlık ilişkisine yönelik onlarca yıldır yapılan çalışmalara rağmen bu ilişki ve ilişkiyi ortaya çıkaran mekanizmalar hakkında öğrenilecekler henüz bitmemiştir. Bu nedenle gün geçtikçe kuvvetlenen eğitim-sağlık ilişkisine yönelik yeni çalışmalar yapmak bu ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için önemlidir (Zajacova vd., 2012). Diğer yandan, eğitim ve sağlık ilişkisini ele alan çalışmalar incelendiğinde bu ilişkinin ağırlıklı olarak tıp, iktisat ya da sosyoloji alanından araştırmacılar tarafından çalışıldığı görülmektedir. Eğitim alanından araştırmacılar tarafından bu ilişkiye dair gözlemlerin paylaşılması sadece disiplinler arası bir çalışma olması yönüyle değil yeni bakış açıları sağlama yönüyle de önem teşkil etmektedir. Çizilen çerçeve doğrultusunda bu

araştırma, Türkiye’de insanların sağlığı eğitim düzeylerine göre nasıl değişmektedir sorusuna yanıt aramak amacıyla yapılmıştır. Araştırmada yanıtı aranan temel sorular ise şunlardır:

- 1) Eğitim düzeyleri açısından bireylerin sağlıklarından duydukları memnuniyet nasıldır?
- 2) Eğitim düzeyleri açısından bireylerin fiziksel sağlıkları nasıldır?
- 3) Eğitim düzeyleri açısından bireylerin zihinsel sağlıkları nasıldır?
- 4) Eğitim düzeyleri açısından bireylerin davranışsal sağlıkları nasıldır?

Yöntem

Sosyal araştırmalar, belirli bir sosyal olguya yönelik açıklamalar da bulunma, ya da belirli sorulara cevaplar arama sürecidir. Bu nedenle sosyal araştırmalar araştırılan olguya ilişkin sistematik verileri elde ederek olguyu anlama ve açıklama amacını taşır. Sistematik verileri elde etmede belgeler zengin veri kaynaklarıdır (Bowen, 2009). Türkiye’de eğitim sağlık ilişkisinin çözümlenmesi amacıyla, resmi kurumlar tarafından tutulan ulusal çapta istatistiklere başvurularak gerçekleştirilmiş olan bu araştırma, bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçladığından, betimsel tarama modelinde (Karasar, 2006) olup, bu model içerisinde belge tarama yöntemi kullanılmıştır. Belge tarama, basılı ve elektronik belgeleri gözden geçirmek ve değerlendirmek için kullanılan sistematik bir süreçtir. Belge tarama, araştırma amacına dönük olarak, kaynakları bulma, gözden geçirme ve okuma ile uygun verileri seçme, değerlendirme ve yorumlamayı içermektedir (Karasar, 2006; Bowen, 2009). Başarılı bir belgesel taramanın temel koşulu, konuya ilişkin belgelerin bulunması, incelenmesi ve belli durum ya da görüşleri açığa çıkartacak bir senteze varılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılabilmesidir (Karasar, 2006).

Türkiye’de eğitim sağlık ilişkisinin çözümlenmesi amacıyla, belge tarama modelinde tasarlanmış olan bu araştırmanın verilerinin elde edilmesinde, verilerin Türkiye genelinden ve sistemik bir şekilde elde edilmesine verilen önem nedeniyle yalnızca ulusal çapta veri toplanan resmi istatistik çalışmaları ele alınmıştır. Bu nedenle, Türkiye İstatistik Kurumu, T.C. Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarının eğitim-sağlık ilişkisini içerebilecek çalışmaları gözden geçirilmiştir. Eğitim istatistiklerinde sağlığa ilişkin veri toplanmadığı için sağlık istatistiklerine odaklanılmıştır. İçeriğinde herhangi bir sağlık değişkeninin eğitim durumu/düzeyine göre değişimini gösteren istatistiki veriler yer alan tüm çalışmalar araştırmaya dahil edilmiştir. Bu kriteri taşıyan dokuz çalışma tespit edilmiştir. Bu dokuz çalışmadan altı tanesi TÜİK, iki tanesi T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) ve bir tanesi de Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından hazırlanmış çalışmalardır. Çalışmalar üç farklı kurum tarafından hazırlanmış olmasına karşın tüm çalışmalarda örnekleme ve verilerin toplanması işlemleri TÜİK tarafından resmi istatistik programının bir parçası olarak gerçekleştirilmiştir. TÜİK örnekleme yöntemi olarak tabakalı iki aşamalı sistematik küme yöntemini kullanmaktadır.

Tablo 1

Veri alınan araştırmalara ilişkin bilgiler

Çalışmayı Yürüten Kurum	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Örnekleme Büyüklüğü
TÜİK	Yaşam Memnuniyeti Araştırması-2017	9876 kişi
TÜİK	Hanehalkı İşgücü Araştırması – 2017	15 yaş ve üstü 378691 kişi
TÜİK	Hanehalkı Bütçe Anketi - 2017	12166 kişi
TÜİK	İntihar İstatistikleri - 2017	3069 kişi*
TÜİK	İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması - 2013	15 yaş ve üstü 95361 kişi
TÜİK	Türkiye Sağlık Araştırması - 2012	12160 hane
Sağlık Bakanlığı SGGM	Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması - 2012	15 yaş ve üstü 6137 kişi
Sağlık Bakanlığı SGGM	Türkiye El Yıkama Araştırması - 2012	12 yaş ve üstü 6854 kişi
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - 2013	15-49 yaş aralığındaki 9746 kadın

*Belirtilen sayı tüm Türkiye’de ölüm nedeni intihar olan bireyleri kapsadığı için evreni temsil etmektedir.
Yaşam Memnuniyeti Araştırması

Araştırmaya veri sağlayan çalışmalara ilişkin isim ve örnekleme büyüklüğü verileri Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmaya dahil edilen tüm çalışmalara erişim İnternet siteleri üzerinden olmuştur. TÜİK çalışmalarına www.tuik.gov.tr ve TÜİK Merkezi Dağıtım Sistemi’nin (MEDAS) <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/> adreslerinden, Sağlık Bakanlığı çalışmalarına T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü E-Kütüphane Sistemi’nin <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/> adresinden ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün çalışmasına <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/> adresinden ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilen çalışmalardan elde edilen istatistik veriler betimsel olarak analiz edilmiş ve verilerin çözümlenmesinde veri yapısı dikkate alınarak, frekans ya da yüzde dağılımları karşılaştırma tabloları şeklinde sunulmuştur.

Bulgular ve Yorum

İlgili TUIK veritabanlarından ve örnekleme TUIK tarafından hazırlanmış sağlığa ilişkin resmi raporlardan elde edilen verilere ilişkin bulgular, literatüre dayalı olarak oluşturulan çerçeve ve araştırmanın alt problemleri temelinde aşağıda sunulmuştur.

Eğitim Düzeyleri Açısından Bireylerin Sağlıklarından Duydukları Memnuniyet Nasıldır?

Kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet OECD tarafından her yıl hazırlanan “Sağlığa Bir Bakış” (Health at Glance) raporlarında öğrenim düzeyleri ile karşılaştırması yapılan tek sağlık değişkeni olması yönüyle önemli bir değişkendir. Aşağıdaki tabloda (Tablo 2) TUIK Yaşam Memnuniyeti anketinden alınan Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet ve Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet verileri birlikte sunulmuştur.

Tablo 2

*Eğitim Düzeyine Göre Kişisel Sağlıktan ve Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet (%)**

Eğitim Düzeyi	Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet		Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet	
	Çok Memnun ve Memnun	Memnun Değil ve Hiç Memnun D.	Çok Memnun ve Memnun	Memnun Değil ve Hiç Memnun D.
Okul Bitirmedi	52,36	26,38	82,22	8,52
İlkokul	65,11	15,56	79,50	11,66
İlköğretim/Ortaokul	77,03	10,30	69,19	14,99
Lise	80,94	6,63	63,83	18,70
Yükseköğretim	81,37	6,12	58,07	21,49

*TUIK MEDAS Yaşam Memnuniyeti (2017) gösterge tablolarından uyarlanmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde bir okul bitirememiş bireylerin % 26,38'nin kişisel sağlığından memnun olmadığı görülmektedir. İlkokul ve ilköğretim/ortaokul mezunları için kişisel sağlığından memnun olmayanların oranları sırasıyla %15,56 ve %10,30'dur. Lise ve yükseköğretim mezunlarına bakıldığında ise kişisel sağlıklarından memnun olmayanların oranlarının sırasıyla %6,63 ve %6,12'ye gerilediği görülmektedir. Diğer yandan, lise ve yükseköğretim mezunu bireylerin sırasıyla %80,94 ve %81,37'si kişisel sağlıklarından memnun olduklarını belirtirken bu oran eğitim düzeyi düştükçe düşerek okul bitirmemiş bireylerde %52,36'ya kadar gerilemiştir.

Tablo 2'deki verilerde yükseköğretim düzeyleri arasındaki farklar (lisans-yüksek lisans-doktora arası) görülememektedir ancak Zajacova vd. (2012)'ye göre doktora mezunları yüksek lisans, yüksek lisans mezunları da lisans mezunları ile kıyaslandığında %20 oranında daha fazla kişisel sağlıktan memnuniyete sahiptir. Ankara'nın Çankaya ilçesi ile sınırlı bir araştırmada (Yardım ve Özcebe, 2010) yapılan hesaplama göre herkesin yükseköğrenim düzeyine sahip olması durumunda, her yüz kişide yaklaşık 10 kişi sağlığını kötü olarak algılamaktan kurtulmaktadır. Benzer şekilde, yedi Avrupa ülkesini dahil edildiği bir araştırmaya (Brunello, Fort, Schneeweis, ve Winter-Ebmer, 2016) göre tamamlanan eğitim süresindeki bir yıllık artış kişisel sağlıktan duyulan memnuniyetsizliği %4 ile %6,4 oranında düşürmektedir. Diğer yandan, Zhong (2015) üniversite eğitiminin sağlıktan duyulan memnuniyet üzerinde nedensel etkisini tespit edememiştir.

Alanyazında kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet ile ilgili araştırmalar (Zhong, 2016; Lynch ve Hippel, 2016; Heide vd., 2015) incelendiğinde daha ileri düzey eğitimi tamamlamış bireylerin kişisel sağlıklarından daha memnun oldukları görülmektedir. Ergin ve Kunst, (2015) eğitim ve gelir düzeylerinin sağlıktan duyulan memnuniyette ana etkenler olduğunu ifade ederken Babones (2010) gelir ve mesleki sınıf kontrol edildiğinde dahi daha ileri eğitilmiş kişilerin kişisel sağlıktan duydukları memnuniyetin anlamlı ölçüde yüksek olduğunu ifade etmektedir. Zorunlu eğitim reformlarının kişisel sağlıktan duyulan memnuniyete etkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasına (Ljungdahl ve Bremberg, 2015) göre zorunlu eğitim reformlarının kişisel sağlıktan duyulan memnuniyete etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 2'de sunulan diğer veri olan Genel Olarak Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet'in Kişisel Sağlıktan Duyulan Memnuniyet ile ters yönlü bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyi düştükçe bireylerin kişisel sağlıklarından duydukları memnuniyet azalırken, sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet artmaktadır. Diğer taraftan, eğitim düzeyi yükseldikçe kişisel sağlıklarından duydukları memnuniyet artan bireylerin sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet azalmaktadır. Bu veri literatürde sıklıkla vurgulanan daha yüksek eğitilmiş insanların sağlık hizmetleri konusunda daha bilgili, daha seçici ve daha sorgulayıcı oldukları yönündeki genel yaklaşımla uyumludur. Nitekim, Günay vd. (2007) hastaların öğrenim düzeyi yükseldikçe, hasta hakları konusundaki bilişlerinin anlamlı oranda yükseldiğini ifade etmektedir.

Eğitim Düzeyleri Açısından Bireylerin Fiziksel Sağlıkları Nasıldır?

Gerek TUIK verilerinde gerekse Sağlık Bakanlığı'nın raporlarında fiziksel sağlığa ilişkin oldukça kapsamlı veriler toplanmasına, bu verilerin toplanırken örnekleme dahil edilen bireylerin öğrenim durumu bilgileri de alınmasına karşın, fiziksel sağlık göstergesi olarak kullanılacak faktörlerin eğitim durumuna göre nasıl değiştiğine dair göstergeler hazırlanmamaktadır. Bu nedenle fiziksel sağlığa ilişkin bulgular ağırlıklı olarak işgücü ve bebek ölümleri ile ilgili istatistiklerden sağlanmıştır.

Tablo 3

*Son 12 ay içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti alma (15 Yaş Üstü)**

Eğitim Düzeyi	Yataklı Tedavi Alma Oranı (%)
Okuryazar Değil	16,4
Okul Bitirmeyen	11,9
İlkokul	9,1
Ortaokul ve Dengi	8,7
Lise ve Dengi	6,7
Yüksek Okul/Üniversite	6,9

*TUIK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012

Yukarıdaki tabloda (Tablo 3) fiziksel sağlığa ilişkin önemli bir faktör olan hastanede yatarak tedavi alma durumuna ilişkin bulgular sunulmuştur. Buna göre, araştırmaya dahil edilen örnekleme yer alan okuryazar olmayan bireylerin %16,4'ü son 12 ay içerisinde en az bir geceyi hastanede geçirmiştir. Bu oran okul bitirmeyenler için %11,9 iken ilkokul ya da ortaokul ve dengi mezunları için sırasıyla %9,1 ve %8,7'dir. Lise ve dengi okul mezunları ile yükseköğretim mezunları için ise oran %7'lerin altına (sırasıyla %6,7 ve %6,9) gerilemektedir. Bu oranlara göre okuryazar olmayan her 6 kişiden 1'i bir yılda en az bir geceyi hastanede geçirmektedir. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişiler için bu oran 14 kişide 1 kişiye gerilemektedir. Diğer bir ifadeyle, daha ileri eğitim düzeylerinden mezun olan bireylerin daha iyi bir sağlığın keyfini çıkardıkları, daha az sağlık riski taşıdıkları ve daha az hastalandıkları ifade edilebilir (Lynch ve Hippel, 2016). Benzer şekilde, Ross ve Mirowsky (2010)'da eğitim düzeyi daha yüksek bireylerde genel fiziki iyilik halinin daha güçlü olduğunu ifade etmektedir.

Türkiye'de hem hastaneye yatış (Türker vd., 2008; Şahin, Boydak, Savaş, Yalçın, ve Akçiçek, 2011) hem de ölüm (TUIK, 2017) nedenlerinde birinci sıra kardiyovasküler hastalıklara aittir. Kardiyovasküler rahatsızlıklara ilişkin araştırmalarda, metabolik sendrom prevalansının eğitim düzeyine göre farklılaştığı (Kutlu, Işıklar-Özberk ve Görkemli, 2017) ve farkın bazı çalışmalarda anlamlı olduğu (Çetin, Güneş ve Özer, 2012) görülmektedir. Diğer yandan, hipertansiyon ile eğitim düzeyi arasında zayıf da olsa ilişki olduğu (Aparcı vd., 2008) ve ilkokul altı öğrenim

düzeyinde olanlarda hipertansiyonla karşılaşma riskinin 1.7 kat daha fazla olduğu (Koruk, Şahin ve Demir, 2007) tespit edilmiştir. Yurtdışı araştırmalarda da üniversite eğitiminin hipertansiyona yakalanma riskini anlamlı derecede azalttığı (Zhong, 2015) ve eğitim düzeyi yüksek bireylerin kardiyovasküler sağlık profillerinin daha iyi olduğu (Jankovic, Stojisavljevic, Jankovic, Eric, ve Marinkovic, 2014) tespit edilmiştir. Bu sonuçlar bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe kardiyovasküler hastalıklara yakalanma risklerinin azaldığını göstermektedir.

Tablo 4

*Eğitim durumuna göre iş kazası geçirenler, işe bağlı sağlık sorununa maruz kalanlar ve son işinden ayrılma nedeni hastalanma ya da sakatlanma olanlar (%)**

Eğitim Düzeyi	Son 12 ay içerisinde iş kazası geçirenler	Son 12 ay içerisinde işe bağlı sağlık sorunu yaşayanlar	Son işinden ayrılma nedeni hastalanma ya da sakatlanma olanlar
Lise altı	74,54	68,41	87,80
Lise	17,96	17,18	8,54
Lise üstü	7,49	14,39	3,66

*TÜİK, İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması, 2013 ve TÜİK MEDAS İşgücü İstatistikleri (2017) gösterge tablolarından uyarlanmıştır.

Eğitim sağlığı nasıl etkilemektedir sorusuna verilen yanıtlardan biri daha iyi/ileri eğitim almış kişilerin daha güvenli, stres ve tehlikeden daha uzak işlerde çalıştığı yönündedir. Tablo 4'te sunulan veriler bu açıklamayla tutarlılık göstermektedir. Tablo 4'e göre son 12 ay içerisinde iş kazası geçirenlerin %74,54'ü, son 12 ay içerisinde işe bağlı sağlık sorunu yaşayanların %68,41'i ve son işinden sakatlık ya da hastalık sebebiyle ayrılanların %85,71'i ortaokul ve dengi ya da daha düşük eğitim düzeylerinden mezun bireylerdir. Diğer yandan bu oranlar yükseköğretim mezunları için sırasıyla %7,49, %14,39 ve %3,68'dir. Özellikle işten hastalanma ya da sakatlanma nedeniyle ayrılma oranlarında eğitim düzeylerine göre ciddi farklar vardır. Hastalanma ya da sakatlanma nedeniyle işten ayrılan her 20 kişiden 17'si lise altı bir eğitim düzeyinden mezunken, 2'si lise mezunu ve sadece 1'i yükseköğretim mezunudur. Zorunlu eğitim reformlarının erkek ve kadın yetişkinler üzerindeki etkisini 6 farklı Avrupa ülkesinden elde ettiği verilere göre inceleyen Mazzonna (2014) eğitimin erkekler üzerindeki olumlu etkisinin daha fazla olduğunu tespit etmiş ve kadınlarda etki olmaması ya da çok düşük etki olmasını işgücüne daha az dahil olmalarıyla ilişkilendirmiştir. Zhong (2016) ise daha iyi eğitimin sakatlık ihtimalini düşürdüğünü tespit etmiştir. Ancak eğitimin daha kötü fiziksel fonksiyon gösterme ya da son 4 haftada rahatsız edici ağrılar yaşama gibi sağlık değişkenlerine bir etkisini tespit edememiştir. Bunun da ötesinde, Çin'de yapılan bu araştırmaya göre iyi eğitilmişlerin kronik hastalık oranı artmaktadır.

Tablo 5'te Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütülmüş olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013) raporundan elde edilen erken çocukluk dönemine ilişkin veriler sunulmuştur. Tablo incelendiğinde bebek ve çocuk ölüm hızlarının annenin eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı net bir biçimde görülmektedir. Buna göre, okul bitirmeyen annelerin çocuklarında görülen perinatal ölüm oranı lise ve üzeri mezunların 3 katıdır (sırasıyla bin çocukta 15 ve 5). Benzer şekilde 1 yaş altı ve 5 yaş altı ölümlerde de okul bitirmemiş annelerin çocuklarında görülen ölüm oranı lise ve üzeri bir eğitimden mezun olanların yaklaşık 3 katıdır.

Tablo 5

*Eğitim Düzeyine Göre Erken Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları (bin çocukta) ve Düşük Doğum Kilosu (%)**

Eğitim Düzeyi	Perinatal Ölüm Hızı*	Bebek Ölüm Hızı**	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı	Düşük Doğum Kilosu*** (%)
Okul Bitirmedi	15	26	30	16,9
İlkokul	13	19	22	9,3
Ortaokul	12	16	16	11,5
Lise ve Üzeri	5	9	12	7,4

*Gebeliğin 7. Ayından sonra ve doğumdan sonraki ilk 7 gün aralığındaki ölümler. **Bir yaşından önce ölümler. ***Doğum kilosu 2,5kg altı olan doğumlar. Doğumda 2.5 kilogramdan daha az bir ağırlığa sahip olan çocuklar, erken çocukluk döneminde ortalamadan daha yüksek ölüm riski altındadır. Bu tablo Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Erken çocuklukta önemli bir risk faktörü olarak kabul edilen düşük doğum kilosu verileri incelendiğinde de en yüksek oran %16,9 ile okul bitirmemiş annelerin çocukların da görülürken en düşük oran %7,4 ile lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelerin çocuklarında görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, okul bitirmemiş annelerin, lise ve üzeri mezun annelerle kıyaslandığında düşük doğum kilolu çocuk doğurma riskleri 2 kat daha çok bir oranla fazladır. Nesanır ve Eser (2010) çalışmalarında yaptıkları çoklu analizler sonucunda çocuk ölümü üzerinde etkili en önemli değişken olarak kadın eğitimini bulmuştur. İnanç vd. (2008) ise anne-babaların eğitim düzeylerinin düşük olmasını çocuklarda yaralanmaya yol açan başlıca risk etkenlerinden biri olarak belirlemiştir. Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça ailelerin, özellikle annelerin, çocuklarının sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olumlu davranışları artmaktadır. Diğer bir araştırmaya (Çetin, Güneş, Karaoğlu, ve Üstün, 2005) göre hiç eğitimi olmayan annelerin %9.1'i yeterli doğum öncesi bakım alırken bu oran ilkokul mezunu olanlarda %41.7'ye, ortaokul mezunlarında %45.5'e, en az lise eğitimi alan annelerde %91,7'ye yükselmektedir ve fark anlamlıdır.

Türkiye’de yapılan araştırma verilerinde yer almayan önemli bir husus da eğitim düzeyi, yaşam süresi ilişkisidir. Bu ilişkiye yönelik yurtdışı araştırmalar incelendiğinde, karşılaştırmalı (Japonya-Amerika) bir araştırmada (Chiu, Hayward, ve Saito, 2016) eğitim düzeyi ile uzun ömürlü olmanın ilişkiliği olduğu tespit edilmiştir. Biri Avrupa özelinde (Ljungdahl, ve Bremberg, 2015) diğer ise dünya genelinde (Baker, Leon, Greenaway, Collins, ve Movit, 2011) çalışmaların dahil edilmesiyle yürütülen kapsamlı iki meta-analiz çalışmasında da eğitim düzeyinin daha uzun ömürlü oluş üzerinde anlamlı etkisi tespit edilmiştir. Ancak bu etki küçüktür ve erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazladır.

Eğitim Düzeyleri Açısından Bireylerin Zihinsel Sağlıkları Nasıldır?

Literatürde eğitim-sağlık ilişkisini inceleyen araştırmalarda sıklıkla ele alınan sağlık faktörlerinden bir kısmı zihinsel sağlıkla ilgili faktörlerdir. TUIK istatistikleri incelendiğinde doğrudan zihinsel sağlığa ilişkin faktörlerin eğitim durumuna göre farklılaşmalarını gösteren veriler bulunamadığı için mutluluk düzeyleri ve intihar oranları zihinsel sağlık göstergeleri olarak ele alınmıştır. Bu göstergelerin yer aldığı tablo (Tablo 6) incelendiğinde bireylerin çok mutlu ve mutlu olma düzeylerinin (okul bitirmeyenler hariç) %56,12 ile %57,66’lık dar bir aralıkta değiştiği ve ciddi oranda farklılaşmadığı görülmektedir. Öte yandan eğitim düzeyine göre farklılaşma mutsuz ve çok mutsuz olma durumlarında az da olsa ortaya çıkmaktadır. Buna göre, okul bitirmeyenlerin %11,66’sı kendini mutsuz/çok mutsuz hissederken, yükseköğretim mezunlarda kendini mutsuz/çok mutsuz hissedenlerin oranı %9,70’dir.

Tablo 6

*Eğitim Düzeyine Göre Genel Mutluluk Düzeyleri ve İntiharlar (%)**

Eğitim Düzeyi	Çok Mutlu ve Mutlu	Mutsuz ve Çok Mutsuz	İntihar
Okul Bitirmedi	62,52	11,66	8,11
İlkokul	57,66	11,80	23,95
İlköğretim/Ortaokul	56,12	11,77	32,65
Lise	57,39	9,94	21,31
Yükseköğretim	56,92	9,70	12,19

*TUIK MEDAS Yaşam Memnuniyeti (2017) ve İntihar İstatistikleri (2017) gösterge tablolarından uyarlanmıştır.

İntihar verileri incelendiğinde ise 2017 yılında intihar 3069 kişiden %64,71’nin lise altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %21,31’inin lise mezunu, %12,19’nun ise yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle ve yaklaşık olarak, intihar eden her 32 kişiden 21’i düşük eğitim düzeyine sahipken, 7’si lise ve 4’ü yükseköğretim mezunudur. Tabloda dikkat çeken veriler okul bitirmeyen bireylere ait verilerdir. Kendini mutlu ve çok mutlu hissedenlerin

yüzdesel olarak en çok olduğu grup okul bitirmeyen bireylerin oluşturduğu gruptur. Benzer şekilde, intihar verilerinde de %8,11 ile en düşük değer okul bitirmeyen gruba aittir.

Zincir, Taşçı, Kaya-Erten, ve Başer (2008) yaşlıların yaşam kalitesi ve depresyon durumunu incelediği çalışmalarında lise ve üzeri eğitimi olan bireylerin, depresyon puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı oranda daha düşük olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde, eğitim düzeyinin yüksekliği yaşlı erkeklerde depresyonu (Mazzonna, 2014), gebelerde anksiyete (Üst, Pasinlioğlu, ve Özkan, 2013) ve depresyonu (Arslan, Arslan, Kara, Öngel, ve Mungan, 2011) ve kadınlarda ruhsal rahatsızlık belirtilerini (Türkleş, Yılmaz, Özcan, Öncü, ve Karataş, 2013) anlamlı ölçüde azaltmaktadır. Engellilerin ruhsal sağlığını ilişkin bir çalışmaya göre (Can vd. 2012) eğitim düzeyi düştükçe engellilerin kendilerini ruhsal yönden daha kötü hissettikleri ve bu nedenle aktivitelerini kısıtladıkları tespit edilmiştir. Diğer yandan, yüksek eğitim düzeyi ile zihinsel rahatsızlıklar arasından negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit eden bir çalışmaya (Halpern-Manners vd. 2016) göre, bu anlamlı ilişki her iki değişkeni de etkileyen genetik ve sosyal şartlardan kaynaklanmaktadır. Türkiye de bir okul bitirmeyenlerin mutluluk oranlarının yüksekliği ve intihar oranlarının düşüklüğü ile ilgili olarak; bir okul bitirmeyenlerin nüfusa oranının (yaklaşık % 3) düşüklüğünün intihar oranında da olasılığı düşüreceği şeklinde bir açıklama yapılabilirken, bu sonucun bir nedeni olarak da eğitimle artan bilinç ve beklentinin toplumda karşılık bulamaması ile bir okul bitirmeyenlerin bilinç ve beklentilerine karşılık gelen bir toplumsal yapının varlığı şeklinde bir başka açıklama yapılabilir.

Eğitim Düzeyleri Açısından Bireylerin Davranışsal Sağlıkları Nasıldır?

Eğitimin sağlık üzerindeki etkisini açıklayan mekanizmalardan biri de iyi eğitimlilerin davranışsal sağlıklılıklarıdır. Bu bölümde beslenme alışkanlıkları, alkol sigara tüketimi ve günlük kişisel temizlik davranışlarından bazılarını temel alan verilere yer verilmiştir.

Tablo 7

*Eğitim düzeyine göre diyet yapma, obezite ve obeziteyi sağlık sorunu olarak görme düzeyleri (%)**

Eğitim Düzeyi	Diyet Yapma	Obesite	Obesiteyi sağlık sorunu görme	
			Evet	Hayır
Okuryazar Değil	13,3	32,3	76,3	14,3
Okul bitirmede	14,6	30,9	78,2	16,8
İlkokul	17,2	29,4	85,9	10,2
Ortaokul ve dengi	14,7	12,5	84	12,6
Lise ve dengi	21,4	13,3	90,1	7,6
Yükseköğretim	23,2	10,3	94,3	4

*TBAAA Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması 2011 çalışmasındaki verilerden uyarlanmıştır.

Tablo 7’de beslenme davranışlarına ilişkin, diyet yapma, obezite ve obeziteyi sağlık sorunu olarak görme faktörlerine yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde, diyet yapma oranı en yüksek olanların sırasıyla %23,2 ve %21,4’lük oranlarla yükseköğretim ve lise mezunları olduğu görülmektedir. En düşük olanların ise sırasıyla %13,3 ve %14’6’lık oranlarla okuryazar olmayan ve okul bitirmeyenlerde olduğu görülmektedir. Obesite oranlarına bakıldığında ise ilkokul mezunları ile herhangi bir okul bitirmemiş ya da okuma yazması olmayan bireylerin %29,4 ile %32,3 arasında değişen oranlarda obez olduğu görülmektedir. Bu oran ortaokul ve üzeri mezuniyeti olanlarda %10,3 ile %13,3 arasında değişmektedir. Hem diyet yapma hem de obezite verilerinde TBAAA ya göre en alt ve en üst eğitim düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Obesiteyi sağlık sorunu olarak görüp görmeme durumlarına bakıldığında da eğitim düzeyine göre farklılıklar görülmektedir. Obesiteyi sağlık sorunu olarak görmeme oranı herhangi bir okuldaki mezun olamamış olanlarda %16,8 ile en yüksektir. Obesiteyi sağlık sorunu olarak görmeyen yükseköğretim mezunlarının oranı ise yalnızca %4’tür ve yükseköğretim mezunlarının %94,3’ü obeziteyi sağlık sorunu olarak görmektedir. Bu bulgulara dayanarak eğitimin dengeli beslenme ve egzersiz yapma gibi sağlık davranışlarını geliştirdiği ifade edilebilir (Li ve Powdthavee, 2015). Diğer yandan, Çin’de yapılan bir çalışmada (Zhong, 2015) eğitim düzeyinin normal bir vücut ağırlığına sahip olma üzerinde nedensel etkisi tespit edilmemiştir.

Tablo 8

*Eğitim Düzeyine Göre (hane halkı sorumlusunun eğitim düzeyi) Alkollü İçecekler ve Tütün ile Sağlık Harcamalarının Toplam Harcamadaki Payları (%)**

Eğitim Düzeyi	Alkol - Tütün	Sağlık
Okul Bitirmede	5,33	2,51
İlkokul	5,67	2,11
İlköğretim/Ortaokul	5,53	2,23
Lise	4,20	2,10
Fakülte/Yüksekokul	2,51	2,37
Yüksek Lisans/Doktora	1,62	1,56

*TUİK MEDAS Hanehalkı Tüketim Harcamaları (2017) gösterge tablolarından uyarlanmıştır

TUİK ya da resmi sağlık raporu verilerinde eğitim düzeylerine göre alkol ve tütün tüketimi farklılaşmalarına dair bulgulara yer verilmemiştir. Bu nedenle Tablo 8’de toplam hane harcamalarında alkol ve tütüne yapılan harcamalarla ile sağlığa yapılan harcamaların eğitim düzeylerine göre farklılaşması gösterilmiştir. Buna göre lise ve altında bir eğitim düzeyine sahip bireyler harcamalarının %4,20 ile %5,67’sini alkollü içecekler ve tütün için yaparken bu oran yükseköğretim mezunlarında %1,62 ile %2,51 arasında değişmektedir. Gelirlerinden sağlık için en çok harcama yapanlar %2,51’lik oranla okul bitirmeyenler iken en az harcamayı %1,56 ile yükseköğretim mezunları yapmıştır. Gelirin eğitim düzeyi yükseldikçe yükselmesi beklendiğinden, yapılan harcamaların yüzdesel oranlarının eğitim düzeylerinin farklılaşmasında kullanılması sağlıklı olmayabilir. Diğer yandan aynı eğitim düzeyinde alkollü içecek ve tütün ile sağlığa yapılan harcamalar kıyaslandığında önemli veriler ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyi lise ve altında olanlar sağlığa harcadıklarının 2 ile 2,7 katını alkollü içecekler ve tütün için harcamaktadır. Yükseköğretim mezunları ise sağlık için alkollü içecekler ve tütün için harcadıkları kadar para harcamaktadır.

ABD ve Birleşik Krallık’tan farklı birçok veri setinin kullanıldığı bir çalışma (Cutler ve Lleras-Muney, 2010) sağlık davranışları üzerindeki eğitimin etkisini, yaş, cinsiyet, aile geçmişi gibi değişkenler kontrol edildiğinde bile anlamlı bulmaktadır. Buna göre, ileri eğitim düzeyli insanlar daha az sigara içiyor, daha az obezite sıkıntısı yaşıyor ve daha makul ölçülerde alkol tüketiyor. Diğer yandan, Finlandiya’da yapılan bir çalışma (Böckerman ve Maczulskij, 2016) eğitim düzeyi yükseldikçe sigara tüketiminin azalmasına karşın alkol tüketiminin arttığını tespit etmiştir. Bazı çalışmalar da ileri eğitim düzeyinin alkol ve sigara tüketimi alışkanlıkları üzerinde bir etkisinin olmadığını (Zhong, 2015, Özcan, 2017) ya da içki ve sigara tüketimi gibi riskli davranışlardan kaçınma alışkanlığı kazandırmadığını tespit etmiştir.

Tablo 9

Eğitim Düzeyine Göre Bireylerin Dişlerini Fırçalama Sıklığı ve El Yıkama Alışkanlıkları

Eğitim Düzeyi	Diş Fırçalama Sıklığı (%)*		El Yıkama Alışkanlıkları (%)**	
	Günde en az 1 kere fırçalayan	Hiç fırçalamayan	Yemeklerden önce elini yıkayan	WC'den sonra elini yıkayan
Okuryazar Değil	55,2	43,1	53,5	85,5
Bir Okul Bitirmedi	65,2	23,0	59,2	90,0
İlkokul	63,3	17,5	62,8	91,8
Ortaokul ve Dengi	68,1	10,2	57,7	89,8
Lise ve Dengi	82,4	4,9	63,4	94,4
Yüksek Okul/Fakülte/Lisansüstü	91,4	2,3	70,9	96,3

*Türkiye Sağlık Araştırması, 2012 ve **Türkiye El Yıkama Araştırması Raporu, 2012 verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Günlük kişisel temizlik, özellikle ağız diş sağlığı ve el yıkama alışkanlığı bulaşıcı hastalıklardan korunmak için önemli bir ihtiyaçtır. Tablo 9 incelendiğinde, hem diş fırçalama hem de el yıkama alışkanlıklarının eğitim düzeylerine göre farklılaştığı görülmektedir. Yükseköğretim mezunlarında %2,3 olan hiç diş fırçalamama oranı okuryazar olmayanlarda %43,1'e yükselmektedir. Aynı şekilde tuvaletten sonra ellerini yıkamayan yükseköğretim mezunu oranı yalnızca %3,7 iken, okuma yazma bilmeyenlerde bu oran %14,5'e yükselmektedir. Özetle diş fırçalama ve el yıkama alışkanlıkları konusunda en yüksek davranışsal sağlığı yükseköğretim mezunları sergilerken, en düşük davranışsal sağlığı okuryazar olmayanlar sergilemektedir.

Ellershaw, (2006) Düşük eğitim seviyesine sahip insanların son 12 aylık süreçte diş ya da ağız sağlığı kaynaklı problemler yüzünden belirli yiyeceklerden kaçınma oranlarında istatistikî olarak anlamlı fark bulmuştur. Emrem-Doğan, Saatçi, ve Keleş (2014) böbrek yetmezliği çeken hastalarla ilgili yaptıkları çalışmada hastaların eğitim seviyesine göre diş fırçalama alışkanlıkları da değerlendirmiştir ve artan eğitim seviyesi ile diş fırçalama sıklıklarının arttığı gözlemlenmiştir.

Sağlık davranışlarıyla ilişkili diğer boyutlar incelendiğinde, taksi şoförleriyle yapılan bir çalışmada (Erdoğan ve Coşansu, 2017) ilkokul mezunlarının sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları lise ve üstü eğitimlilere göre anlamlı oranda düşük çıkmıştır. Diğer yandan, gebelerin egzersiz yapma oranlarının incelendiği çalışmaya göre (Çetin, Demirci, Çalık ve Akıncı, 2017) gebelerin eğitim düzeyi ile gebelikte egzersiz yapma durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır. Kemik erimesi farkındalığı (Şahin vd., 2013), üreme sağlığını korumaya yönelik davranışlar (Koştu ve Taşçı, 2009) ve meme kanserinde kendi kendine muayene (Alpteker ve Avcı, 2010) gibi sağlık davranışlarında da öğrenim düzeyi yüksek

bireyler ile öğrenim düzeyi düşük bireyler arasında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Peters, Baker, Dieckmann, Leon ve Collins (2010)'a göre formal eğitim, koruyucu sağlık bilgi ve davranışlarını, bilişsel ve karar verme yeteneklerini geliştirerek etkilemektedir.

Birleşik Krallık özelinde yapılmış iki farklı çalışmada (Chandola vd., 2006; ve Clark ve Royer, 2013) eğitim düzeyinin sağlık davranışları üzerinde küçük ve dolaylı etkileri olduğu ancak bunların istatistiki olarak anlamsız olduğu ifade edilmiştir. Sağlık davranışlarına ilişkin Avrupa araştırmalarından (Kemptner vd., 2011; Böckerman ve Maczulskij, 2016; Brannlund, Hammarström, ve Strandh, 2013) elde edilen diğer bir bulgu ise eğitim düzeyinin yüksek bir davranışsal sağlık sergilemeye etkisinin erkeklerde daha fazla olduğu yönündedir.

Sonuç ve Öneriler

Toplumsal amaçların gerçekleşmesi, toplumsal gereksinimlerin karşılanabilmesi ve toplumun geleceğinin inşa edilebilmesi, toplumsal kurum ve kuruluşların ne ölçüde etkin olduğu ile ilgilidir. Toplumsal kurum ve kuruluşların etkin bir şekilde işleyebilmesinin en önemli sağlayıcılarından bir tanesi bu kurum ve kuruluşların birbirleriyle yeterli ve verimli ilişki ve etkileşimlerinin kurulmasıdır. Bu çalışmada, toplumsal kurumlardan en önemlileri olarak kabul edilebilecek eğitim ve sağlık arasındaki ilişki resmi istatistiklerden elde edilen veriler ışığında değerlendirilmiştir.

Devletin resmi ve özerk kurumları tarafından gerçekleştirilmiş ve kapsamlı veriler sunan sağlık araştırmalarından elde edilen veriler, eğitim ile sağlık arasındaki pozitif yönlü ilişkiye dair güncel durumun anlaşılmasını sağlamıştır. Buna göre; kişisel sağlıktan duyulan memnuniyet ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet göstergelerinde eğitim düzeyleri yükseldikçe bireyler kişisel sağlıklarından daha memnun hale gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet ise düşmektedir. Fiziksel sağlığa ilişkin veriler incelendiğinde ise lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin daha az yatarak tedavi gördüğü ve hastalık ya da sakatlanma nedeniyle işten ayrılma durumlarının diğer eğitim düzeylerine kıyasla oldukça az olduğu görülmektedir. Erken çocukluk dönemi ölümlülük hızları incelendiğinde ise, lise ve üzeri eğitime sahip annelerle kıyaslandığında diğer eğitim düzeylerinden mezun annelerin 3 kata kadar daha fazla çocuk ölümü yaşadığı görülmektedir.

Zihinsel sağlığın bir göstergesi olarak ele alınan mutluluk-mutsuzluk durumu incelendiğinde kendini mutlu hissedenlerin eğitim düzeylerine göre çok farklılaşmadığı görülmekle birlikte kendini mutsuz hissedenlerin oranının eğitim düzeyi yükseldikçe düştüğü görülmektedir. Zihinsel sağlık sorunlarının olası en kötü sonuçlarından biri olan intihar olgusuna ilişkin istatistikler incelendiğinde ise intihar eden her 32 kişiden 21'inin ortaokul ve altı eğitim düzeyine ve yalnızca 4'nün yükseköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Diyet yapma, obezite, diş fırçalama alışkanlığı, el yıkama alışkanlığı, alkol ve tütün tüketimi gibi sağlık davranışlarına ilişkin veriler incelendiğinde de eğitim düzeyi yükseldikçe daha yüksek davranışsal sağlık sergilendiği görülmektedir. Örneğin, ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip bireylerde obezite sıklığı %30'lar civarındayken ortaokul ve üstü eğitim düzeylerinde bu oran %10-%13 arasında değişmektedir. Okuryazar olmayanlarda dişlerini hiç fırçalamayanların oranı %43,1 iken bu oran yükseköğretim mezunlarında %2,3'tür. Alkol ve tütüne yapılan harcamalar ile sağlık harcamaları karşılaştırıldığında ise yükseköğretim mezunlarının sağlık harcamalarının alkol ve tütün harcamalarına yakın olduğu görülmektedir. Diğer yandan yükseköğretim mezunu olmayan bireyler sağlık için harcadıklarının iki katından fazlasını alkol ve tütün harcamalarında kullanmaktadır.

Araştırmada elde edilen veriler bütüncül bir şekilde ele alındığında Türkiye'de eğitim sağlık etkileşiminde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Diğer bir ifadeyle, daha yüksek eğitim düzeylerinden mezunlar, sağlıklarından daha memnun, fiziksel, zihinsel ve davranışsal anlamda daha sağlıklı bir yaşam sürdürmektedirler. Eğitim ve sağlık arasındaki ortaya konan pozitif ilişki eğitim politikalarının etkisinin yalnızca eğitim kurumuyla sınırlı kalmayacağını göstergesidir. Bu nedenle, politika belirleyiciler eğitim kurumuna yönelik tasarruflarının sağlık kurumuna yönelik politikaları da etkileyeceğini göz önünde bulundurarak hareket etmelidir. Eğitim kurumunun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için atılacak adımlara ilişkin maliyet-fayda analizleri yapılırken diğer kurumlara yansiyacak olumlu etkiler de politika belirleyiciler tarafından dikkate alınmalıdır.

Resmi istatistik programları çerçevesinde toplanan verilerde eğitim-sağlık ilişkisinin daha derinlemesine analizini mümkün kılacak düzenlemelerin yapılması da önemli bir konudur. Örneğin, Türkiye'deki resmi istatistikler eğitim düzeyine göre yaşam sürelerinin nasıl değiştiğine ilişkin bir karşılaştırma yapmaya olanak tanımamaktadır. Bu noktada daha kapsamlı ve etkili

araştırmalar yapılmasına kolaylık sağlamak için sağlık kurumlarında kayıtlar tutulurken eğitim düzeyinin de kayıtlanması önemlidir. Eğitim sağlık ilişkisine yönelik Türkiye’deki tablonun daha detaylı resmedilebilmesi adına bu alanda yeni çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Veri toplama geçmişimiz sınırlı ve standarttan yoksun olmasına karşın eğitim-sağlık ilişkisinin geçmişten günümüze nasıl değiştiğini gösteren bir çalışma ya da sağlık alanında uygun veriye sahip tüm araştırmaların dahil edileceği kapsamlı bir meta-analiz çalışması alana katkı sunacaktır.

Kaynakça

- Alpteker, H., & Avcı, A. (2010). Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 6(2), 74–79.
- Aparcı, M., Kardeşoğlu, E., Yiğiner, Ö., Özmen, N., Cingözbay, B.Y., & Cebeci, B.S. (2008). Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(4), 333–338.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., & Mungan, M.T. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79–84.
- Babones, S. (2010). Income, education, and class gradients in health in global perspective. *Health Sociology Review*, 19(1), 130–143.
- Baker, D.P., Leon, J., Greenaway, E.G.S., Collins, J., & Movit, M. (2011). The education effect on population health: A reassessment. *Population and Development Review*, 37(2), 307–332.
- Boardman, J.D., Domingue, B.W., & Daw, J. (2015). What can genes tell us about the relationship between education and health?. *Social Science & Medicine*, 127, 171–180.
- Bowen, G.A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40.
- Böckerman, P., & Maczulskij, T. (2016). The Education-health nexus: Fact and fiction. *Social Science & Medicine*, 150, 112–116.
- Brannlund, A., Hammarström, A., & Strandh, M. (2013). Education and health-behaviour among men and women in Sweden: A 27-year prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 284–292.
- Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., & Winter-Ebmer, R. (2016). The causal effect of education on health: What is the role of health behaviors?. *Health Economics*, 25, 314–336.

- Can, T., Cavlak, U., Galiba, A., Bahçeli, A., Merdan, C., & Çelebi, Y. (2012). Türkiye’de yaşayan özürülülerin eğitim ve mesleki profilleri. *Sosyal Politika Çalışmaları*, 28, 103–111.
- Chandola, T., Clarke, P., Morris, J.N., & Blane, D. (2006). Pathways between education and health: A causal modelling approach. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)*, 169(2), 337–359.
- Chiu, C., Hayward, M., & Saito, Y. (2016). A comparison of educational differences on physical health, mortality, and healthy life expectancy in Japan and the United States. *Journal of Aging and Health*, 28(7), 1256–1278.
- Clark, D., & Royer, H. (2013). The effect of education on adult mortality and health: Evidence from Britain. *American Economic Review*, 103(6), 2087–2120.
- Cutler, D.M., & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and health: Evaluating theories and evidence*. Erişim Tarihi: 04.11.2016, <http://www.nber.org/papers/w12352>.
- Cutler, D.M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29, 1–28.
- Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Üstün, Y. (2005). Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4), 247–252.
- Çetin, F., Güneş, G., & Özer, A. (2012). Malatya il merkezinde yaşayan kadınlarda metabolik sendrom prevalansı ve öfke ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi: Enine-kesitsel gözlemsel bir araştırma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 12, 53–59.
- Çetin, F.C, Demirci, N., Çalık, K.Y., & Akıncı, A.Ç. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 135–141.
- Çiçek, H., & Bozdoğan, D. (2011). Avrupa birliğinde eğitim ve sağlık hizmetlerine yapılan vergisel teşvikler: Almanya, İngiltere ve Fransa örnekleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(38), 193–209.
- Delaruelle, K., Buffel, V., & Bracke, P. (2015). Educational expansion and the education gradient in health: A hierarchical age-period-cohort analysis. *Social Science & Medicine*, 145, 79–88.
- Ellershaw, A. (2006). Oral health and access to dental care in Australia – comparisons by level of education. *Australian Dental Journal*, 51(4), 342–345.
- Emrem-Doğan, G., Saatçi, F., & Keleş, M. (2014). Periton diyalizi hastalarında eğitim seviyesinin oral ve dental sağlık üzerine etkileri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(3), 283–287.
- Erdoğan, G., & Coşansu, G. (2017). Taksi şoförlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(5), 188–194.

- Ergin, I., & Kunst, A.E. (2015). Regional inequalities in self-rated health and disability in younger and older generations in Turkey: the contribution of wealth and education. *BMC Public Health*, 15, 987–997.
- Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., Osborne, R.H., & Maindal, H.T. (2016). Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 21, 54–60.
- Furnee, C.A., Groot, W., & Brink, H.M. (2008). The health effects of education: A meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 18(4), 417–421.
- Grossman, M. (1973). *The correlation between health and schooling*. Erişim Tarihi: 31.01.2017, <http://www.nber.org/papers/w0022>.
- Günay, O., Naçar, M., Horoz, D., Özdemir, M., Çıtıl, R., Şarlı-Mutlu, Ş., Borlu, A., & Akpınar, F. (2007). Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(4), 303–311.
- Halpern-Manners, A., Schnabel, L., & Hernandez, E.M. (2016). The Relationship between education and mental health: New evidence from a discordant twin study. *Education and Mental Health*, 95(1), 107–132.
- Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2015). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 18, 172–184.
- İnanç, D.Ç., Baysal, S.U., Çetin, Z., Coşgun, L., Taviloğlu, K., & Ünüvar, E. (2008). Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: Ailenin davranışı ve güvenlik danışmanlığı. *Türk Pediatri Arşivi*, 43, 127–134.
- Jankovic, S., Stojisavljevic, D., Jankovic, J., Eric, M., & Marinkovic, J. (2014). Association of socioeconomic status measured by education, and cardiovascular health: A population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 4, 1–10.
- Karasar, N. (2006). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kemptner, D., Jürges, H., & Reinhold, S. (2011). Changes in compulsory schooling and the causal effect of education on health: Evidence from Germany. *Journal of Health Economics*, 30, 340–354.
- Koruk, İ., Şahin, T.K., & Demir, L.S. (2007). Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(1), 51–58.

- Koştü, N., & Taşçı, K.D. (2009). 15-49 yaş evli kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 91–97.
- Kutlu, R., Işıklar-Özberk, D., & Görkemli, H. (2017). İnfertil kadınlarda metabolik sendrom ve uzun dönem kronik sağlık sorunları sıklığı. *İstanbul Med J*, 18, 210–217.
- Li, J., & Powdthavee, N. (2015). Does more education lead to better health habits? Evidence from the school reforms in Australia. *Social Science & Medicine*, 127, 83–91.
- Ljungdahl, S., & Bremberg, S.G. (2015). Might extended education decrease inequalities in health?—a meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 25(4), 587–592.
- Lynch, J.L., & Hippel, P.T. (2016). An education gradient in health, a health gradient in education, or a confounded gradient in both?. *Social Science & Medicine*, 154, 18–27.
- Mazzonna, F. (2014). The long lasting effects of education on old age health: Evidence of gender differences. *Social Science & Medicine*, 101, 129–138.
- Nesanır, N., & Eser, E. (2010). Türkiye’de sağlık alanında kullanılmak üzere bir sosyoekonomik indeks denemesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(4), 277–288.
- Özcan, F. (2017). Sociodemographic characteristics and smoking status of marriage applicants in Izmit, Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care Electronic Journal*, 11(3), 152–158.
- Peters, S., Baker, D.P., Dieckmann, N.F., Leon, J., & Collins, J. (2010). Explaining the effect of education on health: A field study in Ghana. *Psychological Science*, 21(10), 1369–1376.
- Ross, C.E., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719–745.
- Ross, C.E., & Mirowsky, J. (2010). Gender and the health benefits of education. *The Sociological Quarterly*, 51, 1–19.
- Silles, M.A. (2009). The causal effect of education on health: Evidence from the United Kingdom. *Economics of Education Review*, 28, 122–128.
- Şahin, S., Boydak, B., Savaş, S., Yalçın, M.A., & Akçiçek, F. (2011). Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların özellikleri. *Akademik Geriatri Dergisi*, 3(1), 41–46.
- Şahin, E., Dilek, B., Baydar, M., Kösehasanoğulları, M., Uçku, R., & Öncel, S. (2013). Kırk beş yaş ve üzeri hastalarda radius distal uç kırıklarından sonra osteoporoz farkındalığı ve etkileyen faktörler. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 59, 52–56.
- Toprakçı, E. (2013). *Sınıf Yönetimi*. Ankara: Pegem Akademi.

- TUIK. (2017). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016*. Erişim Tarihi: 17.05.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>.
- Türker, İ., Gürsoy, H., Özyılkan, E., Dönderici, Ö., Kaya, P., & Deveci, B. (2008). Dahiliye yoğun bakım ünitesine yatan hastaların yatış nedenlerinin ve sürelerinin incelenmesi. *İç Hastalıkları Dergisi, 15*(2), 102–104.
- Türkleş, S., Yılmaz, M., Özcan, A., Öncü, E., & Karataş, B. (2013). Kadınlarda ruh sağlığını ve aile işlevlerini etkileyen etmenler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16*(3), 154–162.
- Türkkahraman, M. (2009). Teorik ve fonksiyonel açıdan toplumsal kurumlar ve kurumlararası ilişkiler. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14*(2), 25–46.
- Tüylüoğlu, Ş., & Tekin, M. (2009). Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkileri. *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 13*(1), 1–31.
- Üst, Z.M., Pasinlioğlu, T., & Özkan, H. (2013). Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16*(2), 110–115.
- Yardım, M.S., & Özcebe, H. (2010). Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar. *Ege Tıp Dergisi, 49*(1), 19–30.
- Yardımcıoğlu, F. (2013). Eğitim ve sağlık ilişkisi: Panel eşbütünleşme ve panel nedensellik analizi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9*(1), 49–74.
- Zajacova, A., Hummer, R.A., & Rogers, R.G. (2012). Education and health among U.S. working-age adults: A detailed portrait across the full educational attainment spectrum. *Biodemography and Social Biology, 58*, 40–61.
- Zhong, H. (2015). Does a college education cause better health and health behaviours?. *Applied Economics, 47*(7), 639–653.
- Zhong, H. (2016). Effects of quantity of education on health: A regression discontinuity design approach based on the Chinese Cultural Revolution. *China Economic Review, 41*, 62–74.
- Zincir, H., Taşçı, S., Kaya-Erten, Z., & Başer, M. (2008). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 17*(3), 168–174

Extended Abstract

Introduction

The social institutions and organizations are the structures that have emerged in order to realize the aims of the society, to meet the needs of the society and to ensure the continuity and development of the society. One of the most important providers of effective functioning of social institutions and organizations is the establishment of adequate and productive relations and interactions between these institutions and organizations. In other words, the functioning of social institutions and organizations cannot be independent from other institutions and organizations. Nevertheless, it can be said that the institutions of education and science are the key to other institutions. The phenomenon of education is a vital need for humans like breathing, eating and drinking. The education aims not only the development of the individual, but also the development of the environment, society, nation and the world within the widest framework. On the other hand, health, which can be defined as the mental and physical well-being of individuals, is one of the basic elements of life and human capital. When considered together, education and health are the most fundamental developmental elements of societies. Due to the strong influence of individuals' education and health on the social structure, education and health institutions are important institutions affecting the society through individuals. There is a strong and positive relationship between education and health. This relationship has been observed in a large number of studies, regardless of the time zone, the country of origin, the level of education or health measures taken. Despite decades of work on education and health, the relationship between them and the mechanisms that explaining the relationship between them has not yet been revealed. Therefore, making new studies on the relationship between education and health is important to better understand this relationship. Moreover, when the studies on the relationship between education and health are examined, it is seen that this relationship is studied mainly by researchers from the fields of medicine, economics or sociology. Sharing the observations of this relationship by researchers from the field of education is also important in order to see it from new perspectives. This research was carried out in order to find an answer to the question of "how people's health varies according to their level of education in Turkey." The main questions sought in the research are: 1) How is the satisfaction of individuals about their health in terms of their education levels? 2) How is the physical health of individuals in terms of their education

levels? 3) How is the mental health of individuals in terms of their education levels? 4) How do individuals behave in a healthy manner in terms of their education levels?

Method

In this study, the relationship between education and health evaluated in the light of the data obtained from the official statistics. This research was designed as a descriptive research and descriptive document analysis method was used. Due to the importance given to obtain data from a general and systemic way, only the official statistical studies collected data on a national scale is examined. Therefore, Turkey Statistical Institute's, Ministry of Health's and other public institutions' studies that may include data about the education-health relationship are reviewed. All studies included statistical data showing the change of any health variable according to educational status / level were included in the study. Nine studies with this criterion were identified. The total sample size of the studies included was 521900 people and 12160 households. Access to all studies included in the study was through Internet sites. The statistical data obtained from the studies included in the study were analyzed descriptively and the frequency or percentage distributions were presented as comparison tables considering the data structure in the analysis of the data.

Conclusion

The data from the health surveys conducted by the state's official and autonomous institutions provided an understanding of the current status of the positive relationship between education and health. According to this; as the level of education increases, individuals are becoming more satisfied with their personal health. On the other hand, satisfaction with health services decreases as the level of education increases. In other words, individuals with a high level of education demand a higher quality health service. When the data on physical health are examined, it is seen that the individuals with high school and above education degree receive less inpatient treatment and the situation of quitting a job due to illness or disability is less compared to other education levels. When the rates of early childhood mortality are examined, it is seen that mothers who have graduated from other education levels experiencing up to 3 times or more children mortality compared to mothers with high school and above education. When the state of happiness-unhappiness is considered as an indicator of mental health, it is seen that those who feel happy do

not differ much according to their education level, but it is seen that the rate of those who feel unhappy falls as the level of education increases. When the statistics about suicidal phenomenon, which is one of the worst possible consequences of mental health problems, are examined, it is seen that 21 out of 32 people who committed suicide have education level at secondary and lower level and only 4 of them have education at higher education level. When the data about healthy behaviors such as dieting, obesity, tooth brushing habits, hand washing habits, alcohol and tobacco consumption are examined, it is seen that behavioral health are displayed as the education level increases. For example, the prevalence of obesity is around 30% in individuals with primary and lower education levels, while this ratio is between 10% and 13% in lower secondary and higher education levels. The ratio of illiterate who do not brush their teeth is 43.1% and this rate is 2.3% in higher education graduates. When the expenditures on alcohol and tobacco and health expenditures are compared, it is seen that the health expenditures of higher education graduates are close to alcohol and tobacco expenditures. On the other hand, individuals who are not graduates of higher education spend more than double the amount they spend on health for alcohol and tobacco expenditures.