

KASIM 2025

HALK SAĞLIĞINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖR **PROF. DR. SAFİYE ÖZVURMAZ**



Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Kasım 2025

ISBN • 978-625-5749-43-7

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

HALK SAĞLIĞINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

KASIM 2025

EDİTÖR PROF. DR. SAFİYE ÖZVURMAZ

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Edanur ALTUN..... 7

BÖLÜM 2

KÜRESEL EŞİTSİZLİKLER, BESLENME VE ÇEVRE BAĞLAMINDA ÇOCUK

Belkıs CAN & Buşra ARIK ŞEN & Filiz ADANA 15

BÖLÜM 3

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TOPLUM AÇISINDAN ÖNEMİ

Necati BÜKECİK..... 27

BÖLÜM 4

PROSTAT KANSERİ TARAMA PROGRAMINDA KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİLERİ

Büşra ŞAHİN & Gökhan ŞAHİN..... 43

BÖLÜM 5

SAĞLIK, KÜLTÜR, HEMŞİRELİK

Dilek HASOY & Safiye ÖZVURMAZ..... 53



DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

“*Edanur Altun*¹”

¹ Hemşire, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2634-7008>.

Giriş

Teknolojinin hızlı ilerlemesi, sağlık hizmetlerinde köklü değişimlere yol açmıştır. Dijital sağlık, bireylerin ve toplumların sağlık düzeyini artırmak amacıyla teknoloji temelli çözümler geliştirilmesi ve uygulanmasıyla ilgilenen bir alan olarak ön plana çıkmaktadır (World Health Organization, n.d.). E-sağlık, bu sistemin bir parçası olarak veri paylaşımını kolaylaştırır ve hastaların sağlık bilgilerine güvenli erişimini sağlar. Bu süreçte, bireylerin dijital okuryazarlık düzeyi, sağlık bilgisine erişim, bilgiyi değerlendirme ve karar alma süreçlerinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Aksoy, Karabay & Aksoy, 2021; Çetin & Gümüş, 2023).

COVID-19 pandemisi, dijital sağlık araçları ve okuryazarlığın önemini daha da görünür hâle getirmiştir. Dijital sağlık okuryazarlığı, yalnızca bireysel bir beceri olarak değil, aynı zamanda toplum sağlığını etkileyen kritik bir sosyal belirleyici olarak kabul edilmektedir (van Kessel ve ark., 2022; Ban ve ark., 2024).

Dijital Sağlık

Dijital sağlık kavramının kökenleri Sanayi Devrimi'ne kadar uzanmaktadır. 18. yüzyılın sonlarında buhar ve su gücünün üretim süreçlerinde kullanılmasıyla sanayileşme başlamış, 20. yüzyılda elektrik enerjisinin üretim alanlarına dâhil edilmesiyle bu süreç hız kazanmıştır. Hesap makinelerinin bilgi işlem süreçlerinde kullanılmaya başlanması ise bilgisayar teknolojisinin doğmasına zemin hazırlamıştır (Hacılar, 2023).

21. yüzyılda yaşanan teknolojik gelişmeler, Endüstri 4.0 olarak adlandırılan yeni bir sanayi devrimine yol açmıştır. Bulut bilişim, sanal gerçeklik, blok zinciri, büyük veri ve nesnelerin interneti (IoT) gibi teknolojiler, sağlık sektöründe dijital dönüşümün temelini oluşturmuştur (Hacılar, 2023). Bu gelişmeler, yalnızca üretim süreçlerini değil, sağlık hizmetlerinin yapısını da değiştirmiş ve dijital sağlık kavramının doğmasına imkân tanımıştır.

Dijital sağlık; bireylerin ve toplumların sağlık düzeyini artırmayı amaçlayan teknoloji temelli uygulamaları kapsar. Bu alan, e-sağlık (eHealth) anlayışını genişleterek, yalnızca sağlık profesyonellerini değil, dijital araçları aktif olarak kullanan bireyleri de içine alır. Günümüzde akıllı cihazlar, sensörler ve birbirine bağlı sistemler, dijital sağlık ekosisteminin temel bileşenleri arasında yer almaktadır (World Health Organization, n.d.).

Dijital sağlık, yapay zekâ, büyük veri analitiği, blok zinciri, sağlık verilerinin yönetimi, sağlık bilgi sistemleri, bilgi salgını (infodemi), nesnelerin interneti (IoT), sistemler arası birlikte çalışabilirlik ve uzaktan sağlık hizmetleri (teletıp) gibi birçok teknolojik alanla yakından ilişkilidir (World Health Organization, n.d.).

E-Sağlık

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na göre e-sağlık, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli sunulmasını sağlamak, vatandaşların bu hizmetlere hızlı erişimini kolaylaştırmak ve ilgili paydaşlar arasında güvenli veri paylaşımını mümkün kılmak için bilişim teknolojilerinin kullanıldığı bir sistem olarak tanımlanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Genel anlamda e-sağlık, sağlık hizmetlerinin elektronik araçlar ve bilgi teknolojileri aracılığıyla sunulması ve geliştirilmesi sürecini ifade eder. Bu sistem, hastaların kendi sağlık bilgilerine kolay erişim sağlamasına, sağlık profesyonellerinin veri paylaşımını hızlandırmasına ve sağlık hizmetlerinin genel verimliliğinin artırılmasına olanak tanır.

E-sağlık uygulamaları arasında elektronik sağlık kayıtları (EHR), tele-tıp, mobil sağlık (m-sağlık), hasta portalları ve sağlık bilgi sistemleri (HIS) bulunur. Bu teknolojiler, hastaların tıbbi geçmişi, laboratuvar sonuçları ve tedavi planlarını dijital ortamda yönetmelerine yardımcı olur. Ayrıca e-sağlık, teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırarak sağlık hizmetlerine erişimi artırır, maliyetleri düşürür ve genel olarak hasta bakımının kalitesini iyileştirmeyi amaçlar (Mevsim,2024)

Dijital Okuryazarlık

Teknolojinin hızla gelişmesi, bireylerin dijital ortamları etkin şekilde kullanabilmesini zorunlu hâle getirmiştir. Günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelen dijital dünya, bireylerin farkındalığı, değerlendirme becerisi ve teknolojiye uyumu ile şekillenmektedir (Sağiroğlu, Bülbül, Kılıç & Küçükali, 2020).

Dijital okuryazarlık kavramı, Paul Gilster tarafından 1997 yılında tanımlanmıştır. Gilster, dijital okuryazarlığı; internet ve dijital teknolojiler aracılığıyla elde edilen bilgileri anlama, yorumlama ve kullanabilme yeteneği olarak açıklamıştır (Arslan, 2023). Ribble ve Martin ise dijital okuryazarlığı, yalnızca teknoloji kullanımını değil, öğrenme ve öğretme süreçlerinde teknolojiyle etkileşimi içeren bir süreç olarak değerlendirmiştir (Aksoy, Karabay & Aksoy, 2021). Bu çerçevede, dijital okuryazarlık; bireylerin teknolojiyi bilinçli, güvenli ve verimli kullanabilmesi, elde ettikleri bilgileri anlamlandırması ve sorunlara yenilikçi çözümler üretebilmesi olarak özetlenebilir.

Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisi ve hizmetlerine dijital ortamlar aracılığıyla erişebilmesi, bu bilgileri anlayıp değerlendirebilmesi ve sağlık kararlarında etkin bir şekilde kullanabilmesi olarak tanımlanır. Bu kavram, yalnızca internet üzerinde arama yapmayı değil; güvenilir kaynakları tanıma, arama motorlarını etkili kullanma, tıbbi terimleri anlama, sağlık verilerini yorumlama ve bilgilerin doğruluğunu sorgulama gibi yetkinlikleri de içerir (Çetin & Gümüş, 2023).

Son yıllarda dijital sağlık okuryazarlığı ve internet erişimi, “süper sosyal sağlık belirleyicileri” olarak görülmektedir; çünkü bu faktörler, geniş sosyal sağlık belirleyicileri üzerinde doğrudan etki yaratmaktadır (van Kessel ve ark., 2022). 2021 Dünya Sağlık Zirvesi’nde Dünya Bankası, dijital sağlık hizmetlerinin talebinin artırılması gerektiğini ve bunların birinci sınıf sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (World Health Summit, 2021).

Hastanelerdeki dijital yenilikler ve evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, bireylerin cihazları kullanabilmesini, bilgiye erişmesini ve e-konsültasyon sırasında sağlık profesyonellerine sorular yöneltebilmesini gerekli kılmaktadır (Dijkman ve ark., 2023). Ancak hâlen geleneksel sağlık hizmetlerine başvurma eğilimi ve dijital hizmetlere yönelik güven kaygıları, dijital sağlık okuryazarlığının önemini artırmaktadır (Kickbusch ve ark., 2021).

COVID-19 pandemisi, dijital sağlık okuryazarlığının önemini daha görünür hâle getirmiştir. Pandemi sürecinde dijital platformlar ve uygulamalar, bireylerin sağlık bilgisine erişmesini sağlamış, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde kritik rol oynamıştır (World Health Organization, n.d.; Çetin, 2025). Aynı zamanda infodemi nedeniyle yanlış bilgi hızla yayılmış ve toplumsal kaygıları artırmıştır (Ban ve ark., 2024).

Araştırmalar, yüksek dijital sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin tıbbi karar alma süreçlerine katılım, öz-yönetim, psikolojik iyi olma ve yaşam kalitesi açısından daha olumlu sonuçlar elde ettiğini göstermektedir. Düşük okuryazarlığı artırmak için eğitim programları ve sosyal destek uygulamaları etkili yöntemler olarak öne çıkmaktadır (Arias Lopez ve ark., 2023).

Uluslararası müdahaleler de dijital sağlık okuryazarlığını geliştirmede başarı göstermiştir. Örneğin, Marbach-Breitrück ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, e-öğrenme müdahalesinin dijital sağlık okuryazarlığını artırdığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde Pradhan ve arkadaşları (2023), diyabet hastaları için geliştirdikleri kültürel uyumlu dijital eğitimlerin klinik sonuçları iyileştirdiğini göstermiştir.

Türkiye’de yapılan araştırmalar da benzer sonuçlar sunmaktadır. Şahin ve Seçer (2024), Tire Devlet Hastanesi çalışanlarının dijital okuryazarlık düzeylerini incelemiş ve okuryazarlığın artırılmasının sağlık hizmetlerinin kalitesini olumlu etkilediğini göstermiştir. İlgar ve Bilgili (2023) ise yaşlı bireylerin dijital sağlık hizmetlerini kullanırken yaşadığı zorlukları ortaya koymuş ve odaklanmış destek programlarının gerekliliğini vurgulamıştır.

Sonuç

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişimini, doğru değerlendirme ve etkin kullanımını kolaylaştırarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır. Eğitim programları ve dijital uygulamalar okuryazarlığı geliştirmede etkilidir. Özellikle yaşlılar ve dijital araçlara erişimi sınırlı gruplara yönelik odaklanmış destek programları, sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık sistemlerini daha kapsayıcı hâle getirmek açısından kritik öneme sahiptir.

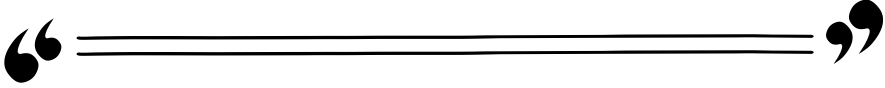
KAYNAKÇA

- Aksoy, N. C., Karabay, E., & Aksoy, E. (2021). Sınıf Öğretmenlerinin Dijital Okuryazarlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk İletişim*, 14(2), 859-894. <https://doi.org/10.18094/josc.871290> Erişim Tarihi (30/3/2025)
- Arias López, M. D. P., Ong, B. A., Borrat Frigola, X., Fernández, A. L., Hicklent, R. S., Obeles, A. J. T., Rocimo, A. M., & Celi, L. A. (2023). Digital literacy as a new determinant of health: A scoping review. *PLOS Digital Health*, 2(10), e0000279. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000279>
- Çetin, M. (2025). *Dijital sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi: (Yüksek Lisans Tezi)*. Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Çetin, M., & Gümüş Ç, R. (2023). Research into the relationship between digital health literacy and healthy lifestyle behaviors: an intergenerational comparison. *Frontiers in Public Health*, 11, 1259412. <https://doi.org/10.3389/fpuh.2023.1259412>
- Dijkman, E. M., ter Brake, W. W. M., Drossaert, C. H. C., & Doggen, C. J. M. (2023). Assessment tools for measuring health literacy and digital health literacy in a hospital setting: A scoping review. *Healthcare*, 12(1), 11. <https://doi.org/10.3390/healthcare12010011>
- Hacılar, N. (2023). Hastaların Kişilik Özelliklerinin Dijital Sağlık Teknolojileri Algılarına Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- İlgar, Y., & Bilgili, N. (2023). Yaşlı bireylerde e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve dijital sağlık hizmetlerinin kullanımı. *EuroAsia Journal of Social Sciences & Humanities*, 10(32), 126-135. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8078854>
- Kickbusch, I., Piselli, D., Agrawal, A., Balicer, R., Banner, O., Adelhardt, M., Capobianco, E., Fabian, C., Singh Gill, A., Lupton, D., Medhora, R. P., Ndili, N., Ryš, A., Sambuli, N., Settle, D., Swaminathan, S., Morales, J. V., Wolpert, M., Wyckoff, A. W., Xue, L., Bytyqi, A., Franz, C., Gray, W., Holly, L., Neumann, M., Panda, L., Smith, R. D., Georges Stevens, E. A., & Wong, B. L. H. (2021). *The Lancet and Financial Times Commission on Governing Health Futures 2030: Growing up in a digital world. The Lancet*, 398(10312), 1727–1776. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01824-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01824-9)
- Mevsim, V. (2024). *E-Sağlık temel kavramları ve tanımları*. In V. Mevsim (Ed.), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde e-Sağlık Uygulamaları ve Geleceği* (1. baskı, ss. 1–7). Türkiye Klinikleri. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-e-saglik-temel-kavramlari-ve-tanimlari-109010.html> (Erişim Tarihi : 11/10/2025)
- Pradhan, S., Upadhyaya, T., Smith, L., Sharma, T., Tuladhar, S., Adhikari, B., ... & ark. (2023). Individual patient-centered target-driven intervention to improve clinical outcomes of diabetes, health literacy, and self-care practices in Nepal: A randomized controlled trial. *Frontiers in Endocrinology*, 14, 1076253. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1076253>

- Sağiroğlu, Ş., Bülbül, H. İ., Kılıç, A. & Küçükali, M. (2020). Dijital Okuryazarlık: Araçlar, Metodolojiler, Uygulamalar ve Öneriler. Nobel Yayınevi. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, T. C. (tarih). *E-Sağlık: Elektronik sağlık*. <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR%2C4894/e-saglik-elektronik-saglik.html> (Erişim Tarihi : 11/10/2025)
- Şahin, G., & Seçer, Ş. (2024). Sağlık Çalışanlarının Dijital Okuryazarlık Düzeyleri Hakkında Bir Analiz: İzmir Örneği. Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(2), 93-126. <https://doi.org/10.53306/klujeas.1484107>
- van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts. *Internet Interventions*, 27, 100500. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100500>
- World Health Organization. (n.d.). *Digital health*. WHO Regional Office for Europe. Retrieved October 9, 2025, from <https://www.who.int/europe/health-topics/digital-health>
- World Health Summit . 2021. PD 13 - Launch of the Report - The Lancet & Financial Times Commission [Internet]<https://www.youtube.com/watch?v=Bm9kHdo-i3q4> [cited 2025 Oct 11].



KÜRESEL EŞİTSİZLİKLER, BESLENME VE ÇEVRE BAĞLAMINDA ÇOCUK



Belkıs CAN¹

Buşra ARIK ŞEN²

Filiz ADANA³

1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-6587-3078

2 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tele Sağlık Teknikerliği Programı, Kütahya, Türkiye, ORCID: 0000-0003-2131-2751

3 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7677-0170

GİRİŞ

Küresel ölçekte çocuk sağlığı, sağlık sistemlerinin etkinliği, toplumsal eşitlik ve sürdürülebilir kalkınma hedefleriyle yakından ilişkilidir. Son on yılda elde edilen ilerlemelere rağmen, düşük ve orta gelirli ülkelerde önlenebilir çocuk ölümleri küresel halk sağlığı açısından önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Mathers, 2020; Dowou ve ark, 2023). Bu ölümler çoğunlukla solunum yolu enfeksiyonları, ishal, sıtma, malnütrisyon ve yenidoğan komplikasyonları gibi önlenebilir nedenlerden kaynaklanmakta; bu durum sağlık sistemlerindeki eşitsizliklerin derinliğini yansıtmaktadır (Guthold ve ark, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) kapsamında 2030 yılına kadar beş yaş altı önlenebilir ölümleri sona erdirmeyi amaçlamaktadır (Zhang ve ark, 2025).

Çocuk sağlığındaki eşitsizliklerin azaltılmasında erken çocukluk dönemi bakımı ve yaşam döngüsü yaklaşımı ön plana çıkmaktadır (Kalra ve Shah, 2023). Bu yaklaşımlar; sağlık, beslenme, duyarlı bakım ve güvenli çevre koşullarını bütünleştirerek çocukların fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimini desteklemektedir. Ancak, sosyoekonomik faktörler, cinsiyet eşitsizliği ve sağlık sigortasına erişimdeki sınırlılıklar bu politikaların etkisini kısıtlamaktadır (Seidu ve ark, 2022). Ayrıca çevresel risklerin (hava ve su kirliliği, iklim değişikliği ve kimyasal maruziyet) artması, özellikle savunmasız çocuk gruplarında ölüm oranlarını yükseltmektedir (Sly, 2020; Veras ve Saldiva, 2025).

Bu bağlamda, çocuk sağlığındaki küresel eşitsizliklerin azaltılması yalnızca tıbbi müdahalelerle değil, sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi, çevresel adaletin güçlendirilmesi ve disiplinlerarası iş birliklerinin artırılması ile mümkündür. DSÖ'nün liderliğinde yürütülen eşitlik temelli politikalar, çocukların sağlıklı bir yaşam sürdürmesi ve küresel düzeyde adil sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması açısından belirleyici bir role sahiptir (Hall ve ark, 2022; Purssell ve ark, 2025).

Küresel Eşitsizlikler ve Önlenebilir Ölüm Nedenleri

Çocuk sağlığı eşitsizliklerinin izlenmesi, küresel politika geliştirme süreçlerinde hayati öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin takibinde lider rol üstlenmekte ve Küresel Hastalık Yüklü çalışmaları kapsamında ayrıntılı ölüm verileri yayınlamaktadır (Mathers, 2020). Bu veriler, ülkelerin sağlık sistemlerini iyileştirmeleri ve çocuk sağlığında eşitliği sağlamaları için temel referans kaynağı oluşturmaktadır (Mathers, 2020).

Erken çocukluk döneminde sürekli bakım ve yaşam döngüsü yaklaşımı, eşitsizliklerle mücadelede öne çıkan stratejilerdendir (Kalra ve Shah, 2023). “Erken Çocukluk Gelişimi İçin Bakım” yaklaşımı, ilk 1000 günde optimal bakım sağlamak üzere küresel olarak benimsenmiştir (Kalra ve Shah, 2023).

Bu kapsamlı model; sağlık, beslenme, duyarlı bakım, güvenlik ve erken öğrenme fırsatlarını birleştirerek çocukların bütüncül gelişimini desteklemektedir (Kalra ve Shah, 2023). Ayrıca hem çocukların hem de bakım verenlerin ruh sağlığının korunması, optimal bakımın sağlanmasında temel unsur olarak vurgulanmaktadır (Kalra ve Shah, 2023).

Çocuk sağlığındaki küresel eşitsizliklerin anlaşılması ve önlenebilir ölümlerin azaltılması için disiplinlerarası iş birliği gerekmektedir. DSÖ öncülüğündeki küresel girişimler, bu alanda rehberlik etmekte ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada kilit rol oynamaktadır (Dowou ve ark, 2023; Guthold ve ark, 2021; Mathers, 2020). Müdahale programlarının etkinliği; sağlık sistemi kapasitesi, kaynak dağılımı ve toplumsal cinsiyet eşitliği gibi unsurlardan etkilenmektedir (Dowou ve ark, 2023). Sahra Altı Afrika'da evrensel sağlık kapsamına yönelik yetersiz yatırım ve kaynak dağılımındaki adaletsizlikler, çocuk sağlığı eşitsizliklerinin temel nedenleri arasındadır (Dowou ve ark, 2023). Bölgede anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı bakım hizmetlerinin tamamlama oranı oldukça düşüktür (%3,4) ve bu durum; sağlık sigortası erişimi, kadın özerkliği ve medya etkisi gibi faktörlerle ilişkilidir (Seidu ve ark, 2022). Sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi ve ücretsiz anne-çocuk hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hizmet kullanımını artırarak ölüm oranlarını düşürmektedir (Dowou ve ark, 2023).

Araştırmalar, çocuk ölümlerini azaltmada aşılama, temel sağlık hizmetlerine ulaşım, anne sütüyle beslenme ve yeterli beslenme gibi müdahalelerin hayati önem taşıdığını ortaya koymaktadır (Dowou ve ark, 2023). Evrensel sağlık kapsamının genişletilmesi ve aşılama programları, çocuk sağ kalımında eşitliği sağlamak için temel yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır. Sahra Altı Afrika'da evrensel sağlık kapsamına yönelik yatırımlar, anne ve çocuk sağlığına ilişkin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada kilit rol oynamaktadır (Dowou ve ark, 2023). Ücretsiz anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve ulusal sağlık sigortası programları, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi ve çocuk ölümlerinin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır (Dowou ve ark, 2023).

Eşitsizlikler yalnızca sağlık sistemleriyle sınırlı değildir; su, sanitasyon, eğitim ve gelir gibi sosyal belirleyiciler de çocuk sağlığını doğrudan etkilemektedir (Hall ve ark, 2022). Düşük gelirli ülkelerde kamu hizmetlerinin finansmanı ve sürdürülebilirliği çoğu zaman uluslararası politikalarla şekillenmekte, bu da eşitliği zorlaştırmaktadır (Hall ve ark, 2022). Bu nedenle, çocuk sağlığında adaletin sağlanması için sosyal ve ekonomik politikalarla birlikte bütüncül yaklaşımlar gereklidir.

Li ve arkadaşları, 65 düşük ve orta gelirli ülkede yaptıkları analizde zengin ve yoksul gruplar arasında çocuk sağlığı göstergelerinde ciddi farklar olduğunu ortaya koymuştur (Li ve ark, 2021). Özellikle ev ortamı ve anneye il-

gili faktörlerde eşitsizliklerin daha belirgin olduğu, sanitasyon erişiminde ise gelir grupları arasında 55 puanı aşan fark bulunduğu bildirilmiştir (Li ve ark, 2021). Araştırmaya göre, hizmetlerin başlangıçta eşitsizlikleri artırabileceği, ancak kapsama oranı büyüdükçe bu farkların azaldığı görülmektedir (Li ve ark, 2021). Bu nedenle, çocuk sağlığı politikalarında ekonomik eşitsizliklerin sürekli izlenmesi gerekmektedir.

Toplumsal ve etnik farklılıklar da çocuk ölümlerinde önemli rol oynamaktadır. Hindistan’da yapılan bir çalışmada, “Scheduled Caste” ve “Scheduled Tribe” gibi dezavantajlı gruplardaki çocukların ölüm riskinin diğerlerine göre belirgin şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Bango ve Ghosh, 2023). Bu durum, annenin eğitimi, ekonomik koşullar ve yaşanan yer gibi faktörlerle ilişkilidir; ancak etnik köken, bağımsız bir risk etmeni olarak öne çıkmaktadır (Bango ve Ghosh, 2023). Dolayısıyla, çocuk sağlığı politikalarının sosyal içerilik perspektifiyle yeniden düzenlenmesi gereklidir.

DSÖ, 2030 yılına kadar önlenabilir yenidoğan ve beş yaş altı ölümleri sona erdirmeyi amaçlayan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi doğrultusunda küresel girişimleri koordine etmektedir (Zhang ve ark, 2025). Bu hedefin gerçekleşmesiyle 11 milyon çocuğun hayatının kurtulabileceği, bunların yarısından fazlasının Sahra Altı Afrika’da olduğu tahmin edilmektedir (Zhang ve ark, 2025). Stratejiler arasında evrensel sağlık kapsayıcılığının yaygınlaştırılması, aşılamanın artırılması ve anne sütüyle beslenmenin teşviki yer almaktadır (Zhang ve ark, 2025). Ayrıca, çocuk sağlığı yaşam döngüsü boyunca bütüncül biçimde ele alınmakta, erken dönem bakım ve kronik hastalıkların önlenmesi hedeflenmektedir (Zhang ve ark, 2025).

Çocuk gelişimi yalnızca hayatta kalmakla sınırlı değildir; sağlıklı büyüme, bilişsel ve psikososyal gelişim de bu sürecin parçasıdır (Kalra ve Shah, 2023). Erken dönemde yaşanan olumsuzluklar, bireylerin yaşam boyu gelişiminde kalıcı etkiler bırakabilmektedir (Kalra ve Shah, 2023). Bu nedenle DSÖ, Nurturing Care for Early Childhood Development (NC-ECD) çerçevesinde, sağlık, beslenme, duyarlı bakım, güvenlik ve erken öğrenme olanaklarını bütünleştiren politikalar geliştirmektedir (Kalra ve Shah, 2023).

Her ne kadar ilerleme sağlansa da, çocuk sağlığındaki eşitsizlikler devam etmektedir. UNICEF verileriyle yapılan analizlerde, ülkelerin sağlık erişimi, aşılama oranı ve su-sanitasyon göstergeleri bakımından farklı kümeler ayrıldığı gösterilmiştir (Purssell ve ark, 2025). Bu durum, her ülkenin kendi bağlamına uygun stratejiler geliştirmesinin önemini vurgulamaktadır (Purssell ve ark, 2025).

Çocuklarda Beslenme Sorunları ve Büyümenin İzlenmesi

Çocuklarda beslenme sorunları ile büyümenin düzenli izlenmesi, dünya genelinde kritik bir halk sağlığı önceliğidir. Erken çocuklukta büyümenin ta-

kibi, genel sağlık ve beslenme yeterliliğinin en pratik göstergelerinden biridir. Özellikle düşük ve orta gelirli bağlamlarda erken dönem yetersiz beslenme, ilerleyen yıllarda yüksek enerjili beslenme ile birleştiğinde “çift yük”ü doğurur; metabolik adaptasyonlar obezite riskini artırabilir (Lee ve ark, 2015). Bu nedenle erken tanı ve zamanında müdahale yaşamsaldır.

Bazı ülkelerde DSÖ standartlarının nüfusu olduğundan farklı yansıttığı bildirilmiştir: İsrail’de çocuklar DSÖ’ye göre daha kısa/düşük kilolu görünürken 2. yaşta obezite beklenenden yüksektir (Hauzer ve ark, 2020); Doğu İspanya’da yerel eğriler DSÖ 2007’ye göre daha gerçekçi bulunmuştur (Pérez-Bermejo ve ark, 2021). Endonezya’da DSÖ, bodurluk prevalansını yerel diyagramlara kıyasla daha yüksek tahmin etmiş; ülkeye özgü referansların duyarlılık/özgüllüğü daha iyi sonuç vermiştir (Wicaksono ve ark, 2020; Octavius ve ark, 2021). Bu bulgular, standartların yerelle uyarlanmasının önemini destekler.

Güncel küresel veriler çift yükün yaygınlığını yinelemekte; izlemde antropometriye ek olarak bağlamsal etkenlerin dikkate alınmasını gerektirmektedir (Macdonald ve Binia, 2023). Saha çalışmaları malnütrisyonun birçok ülkede yüksek olduğunu ve izleme-temelli politika üretiminin gerekliliğini göstermiştir (Prabhu ve ark, 2020). Ülkeye özgü standartlar bazı koşullarda daha uygun olabilir (John, 2017; Juliansen ve ark, 2022).

Klinikte yapılandırılmış algoritmalar erken risk saptamasını ve bireyselleştirilmiş bakım planlarını kolaylaştırır (Murray ve ark, 2024). Kriz ve salgın dönemlerinde ise toplumsal farkındalık ve beslenme desteklerinin artırılması büyüme üzerindeki olumsuz etkileri azaltabilir (Harphoush ve ark, 2023).

Çocuk Sağlığında Çevresel Faktörlerin Rolü

Çocuk sağlığını etkileyen başlıca çevresel riskler arasında hava ve su kirliliği, yetersiz sanitasyon, kimyasal maruziyet ve iklim değişikliği yer almaktadır (Sly, 2020). Hava kirliliği özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki çocuklarda solunum yolu hastalıklarını artırmakta; astım, bronşit ve enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır (Sly, 2020). Hava kirliliği ve iklim değişikliğinin etkileri yalnızca solunum sistemiyle sınırlı değildir. Gebelik döneminde bu faktörlere maruz kalmak, hipertansif gebelik bozuklukları, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve nörogelişimsel bozukluklar gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (Veras ve Saldiva, 2025). Bu etkiler prenatal dönemde başlayıp yaşam boyu sürebilmektedir. Küresel ölçekte nüfusun %90’ından fazlası yüksek hava kirliliğine maruz kalmakta; bu durum akut solunum irritasyonundan kronik hastalıklara kadar pek çok olumsuz sonuç doğurmaktadır (Wallbanks ve ark, 2024). Çocuklarda bağışıklık ve solunum sistemleri henüz gelişmekte olduğu için bu etkiler daha kalıcıdır (Wallbanks ve ark, 2024).

Sosyoekonomik dezavantajlar da çevresel risklere duyarlılığı artırmaktadır. Düşük gelirli ailelerin çocukları biyokütle yakıtı, tütün dumanı ve partikül maddeye daha fazla maruz kalmakta; bu da astım ve solunum yolu hastalıklarını artırmaktadır (Cortes-Ramirez ve ark, 2021). Ailedeki eğitim düzeyi ve gelir yetersizliği, bu savunmasızlığı derinleştirmektedir (Cortes-Ramirez ve ark, 2021).

Çevresel maruziyetler yalnızca fiziksel değil, psikolojik sağlık üzerinde etkilidir. İklim değişikliğiyle bağlantılı afetler çocuklarda anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunların artmasına neden olmaktadır (Fuller ve ark, 2021). Ayrıca sosyal eşitsizlik ve yoksulluk da bu olumsuz etkileri güçlendirmektedir (Fuller ve ark, 2021). Rojas-Rueda ve arkadaşlarının derlemesi, hava kirliliği, tütün dumanı, ağır metaller ve kimyasalların 83 hastalıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Rojas-Rueda ve ark, 2021). Bu faktörler arasında hava kirliliği, çocuklarda en güçlü risk etmeni olarak öne çıkmaktadır.

Afrika’da yapılan araştırmalarda, çevresel bozulmanın çocuk ölümlerini artırdığı; buna karşın temiz su ve sanitasyon hizmetlerinin ölüm oranlarını düşürdüğü saptanmıştır (Zakari ve ark, 2022). Kültürel normların da çocuk sağlığını olumlu yönde etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Zakari ve ark, 2022). Prenatal dönemde toksik maddelere maruz kalmak, enerji ve hormon metabolizmasında bozulmalara yol açarak fetal hastalık riskini artırmaktadır (Dai ve ark, 2020). Bu etkiler, doğum sonrası dönemde de devam edebilmektedir. Çocukların çevresel risklerden korunması için sağlık profesyonellerinin çevre ve iklim sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir. Çevresel sağlık okuryazarlığı, bireylerin kirleticilerin etkilerini anlamasına ve önlem almasına katkı sağlamaktadır (Nayir, 2022). Jagals ve Ebi, sağlık çalışanlarının çevre değişikliklerine yönelik yetkinlik kazanmasının halk sağlığı risklerini azaltmada kritik öneme sahip olduğunu belirtmiş ve altı alandan oluşan bir eğitim çerçevesi önermiştir (Jagals ve Ebi, 2021).

Çocukların çevresel tehlikelere duyarlılığı; hızlı metabolizma, gelişimi süren organ sistemleri ve yoğun çevre etkileşimi gibi biyolojik-davranışsal özelliklerden kaynaklanır (Fuller ve ark, 2021). İklim değişikliği, bu etkileri hem bedensel hem zihinsel sağlık açısından şiddetlendirir (Fuller ve ark, 2021). Prenatal dönemde hava-su kirliliği ve toksik kimyasallara maruziyet; anne-fetüs metabolizmasında değişiklikler yaparak enerji/hormon dengesi, oksidatif stres ve inflamasyonu etkiler; bu değişimler doğumdan sonra da kalıcı sağlık sonuçlarına zemin hazırlayabilir (Dai ve ark, 2020). Sosyal eşitsizlikler çevresel adaletsizliği büyütür: Düşük sosyoekonomik statüdeki çocuklar daha fazla kirleticiye maruz kalır ve sağlık hizmetlerine erişimde engeller yaşar (Mathiarasan ve Hüls, 2021).

Hava kirliliği en belirgin risklerden biridir; düşük-orta gelirli ülkelerde solunum yolu hastalıklarını, astım ve bronşiti artırır (Sly, 2020). İklim değişikliğine bağlı orman yangınları ve toz fırtınaları gibi aşırı olaylar bu yükü daha da yükseltir (Urrutia-Pereira ve Solé, 2025). Su kirliliği ve yetersiz sanitasyon, özellikle iklim kaynaklı aşırı yağış/kuraklık dönemlerinde çocuklarda ishal sıklığını artırır; hijyen, güvenli su ve dezenfeksiyon gibi sosyal önlemler riski düşürür (Dimitrova ve ark, 2023). Gürültü ve hava kirliliği, oksidatif stres ve inflamasyon gibi mekanizmalarla çocuklarda depresyon ve anksiyete riskini de yükseltir; kentsel ekolojik bozulma toplum ruh sağlığıyla yakından ilişkilidir (Hahad ve ark, 2020; Kokolakis ve ark, 2024). İklim değişikliği; hava kirliliği, aşırı sıcak, kum fırtınası ve yangınlar üzerinden özellikle çocuklar, yaşlılar ve yoksullar için kronik solunum hastalığı riskini artırır; sosyal dışlanmış gruplarda bu etki daha belirgindir ve çevresel adalet politikaları temel bir gerekliliktir (Xu ve ark, 2025; Croft ve ark, 2025).

Bebekler ve küçük çocuklar küresel çevresel değişimlere karşı özellikle hassastır; risklerin izlenmesi-yönetilmesi ve anne-çocuk sağlık hizmetlerine erişimin güçlendirilmesiyle olumsuz sonuçlar azaltılabilir (Souëf ve ark, 2021; Kumari ve ark, 2023). DSÖ; sağlık çalışanlarının eğitimini, farkındalık programlarını ve küresel iş birliklerini koordine eder. Sağlık profesyonellerinin iklim-çevre etkilerine dair bilgi ve iletişim rolü, uyum ve azaltım stratejilerinin hayata geçmesi için şarttır (Ozmert ve Gozderesi, 2022).

Sonuç

Sonuç olarak, önlenebilir nedenlerle gerçekleşen milyonlarca çocuk ölümü, küresel sağlık eşitsizliklerinin hâlâ derin olduğunu göstermektedir. Bu ölümler, temel sağlık hizmetleri, aşılama, anne sütüyle beslenme ve uygun bakım uygulamalarıyla büyük ölçüde önlenebilir. Ancak, dezavantajlı grupların bu hizmetlere erişimi hâlâ sınırlıdır. Bu nedenle DSÖ öncülüğündeki eşitlik odaklı politikalar, çocukların yaşam döngüsü boyunca korunması ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi açısından kritik önem taşır.

Ayrıca, küresel karşılaştırmalarda DSÖ standartları temel referans niteliğindedir; fakat bu standartlar, yerel ölçütlerle birlikte aile temelli yaklaşımlar ve sosyoekonomik farkları azaltan politikalarla desteklendiğinde en etkili sonuçları verir.

Son olarak, çocuk sağlığını etkileyen çevresel riskler çok boyutludur; bu risklerle mücadele ancak eğitimli sağlık personeli, toplumsal farkındalık, çevresel adalet ve bilim temelli politikalarla mümkündür.

KAYNAKLAR:

- Bango, M., & Ghosh, S. (2023). Reducing infant and child mortality: Assessing the social inclusiveness of child health care policies and programmes in three states of India. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15812-7>
- Cortes-Ramirez, J., Wilches-Vega, J. D., Paris-Pineda, O. M., Rod, J. E., Ayurzana, L., & Sly, P. D. (2021). Environmental risk factors associated with respiratory diseases in children with socioeconomic disadvantage. *Heliyon*, 7(4). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06820>
- Croft, D. P., Lee, A., Nordgren, T. M., Jackson, C. L., Bayram, H., Balmes, J. R., ... Thakur, N. (2025). Climate change and respiratory health: Opportunities to contribute to environmental justice. *Annals of the American Thoracic Society*. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202502-219ST>
- Dai, Y., Huo, X., Cheng, Z., Faas, M. M., & Xu, X. (2020). Early-life exposure to widespread environmental toxicants and maternal-fetal health risk: A focus on metabolomic biomarkers. *Science of the Total Environment*, 739. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139626>
- Dimitrova, A., Gershunov, A., Levy, M. C., & Benmarhnia, T. (2023). Uncovering social and environmental factors that increase the burden of climate-sensitive diarrheal infections on children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 120(3). <https://doi.org/10.1073/pnas.2119409120>
- Dowou, R. K., Amu, H., Saah, F. I., Adeagbo, O., & Bain, L. E. (2023). Increased investment in universal health coverage in Sub-Saharan Africa is crucial to attain the Sustainable Development Goal 3 targets on maternal and child health. *Archives of Public Health*, 81(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01052-z>
- Fuller, M. G., Cavanaugh, N., Green, S., & Duderstadt, K. (2022). Climate change and state of the science for children's health and environmental health equity. *Journal of Pediatric Health Care*, 36(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2021.08.003>
- Gozderesi, Y., & Ozmert, E. H. (2022). Understanding the links between the climate crisis and child health. *Çocuk Dergisi*, 21(3), 281–287. <https://doi.org/10.26650/jchild.2021.990189>
- Guthold, R., Baltag, V., Katwan, E., Lopez, G., Diaz, T., & Ross, D. A. (2021). Easy access to the latest global, regional, and national adolescent health data: The WHO maternal, newborn, child, and adolescent health and ageing data portal. *Journal of Adolescent Health*, 68(2). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.012>
- Hahad, O., Beutel, M. E., Gilan, D. A., Michal, M., Daiber, A., & Münzel, T. (2020). Impact of environmental risk factors such as noise and air pollution on mental health: What do we know? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 145(23). <https://doi.org/10.1055/a-1201-2155>

- Harpoush, S., Shahood, B., Harpoush, I., Awudi, D. A., Ahmad, S., Zaitoun, M., ... Li, Z. (2023). The impact of crisis and COVID-19 on Syrian children's growth, health awareness, and nutritional practices: A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04115-w>
- Hauzer, M., Rubin, L., Grotto, I., & Calderon-Margalit, R. (2020). Are the World Health Organization growth standards universal? The Israeli children validity study. *Journal of Public Health*, 30(2). <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01289-w>
- Jagals, P., & Ebi, K. (2021). Core competencies for health workers to deal with climate and environmental change. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>
- John, J. (2017). Comparison of World Health Organization growth standards with Indian Academy of Pediatrics growth charts of under-five children in a rural area of Puducherry. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University*, 10(1). <https://doi.org/10.4103/0975-2870.197896>
- Juliansen, A., Fisca, C. L., Octavius, G. S., Pardede, C., & Thandy, C. (2022). Comparison of Indonesian growth reference chart and WHO child growth standard in detecting stunting: A systematic review and meta-analysis of 15,874 children. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. <https://search.trdizin.gov.tr/yayin/detay/516018>
- Junior, C. A. S. A., Martins, P. C., Aznar, L. A. M., & Silva, D. A. S. (2023). Reference growth curves to identify weight status (underweight, overweight or obesity) in children and adolescents: Systematic review. *British Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1017/S0007114522003786>
- Kalra, S., & Shah, D. (2023). Care beyond newborn survival including child health and early childhood development: Mental and psychological health. *Indian Journal of Pediatrics*, 90(S1). <https://doi.org/10.1007/s12098-023-04701-x>
- Kokolakis, S., Kokinou, E., Chronaki, C., Moen, A., & Datta, G. (2024). Earth observation and geoinformatics for monitoring the environmental status of urban streams inextricably linked to people's mental health. *Studies in Health Technology and Informatics*. <https://doi.org/10.3233/SHTI240716>
- Kumari, U., Sharma, R. K., Keshari, J. R., & Sinha, A. (2023). Environmental exposure: Effect on maternal morbidity and mortality and neonatal health. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.38548>
- Lee, S., Nam, S., & Hoffman, D. J. (2015). Growth retardation at early life and metabolic adaptation among North Korean children. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. <https://doi.org/10.1017/S204017441500118X>
- Li, Z., Kim, R., & Subramanian, S. V. (2021). Economic-related inequalities in child health interventions: An analysis of 65 low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113816>
- Mathers, C. D. (2020). History of global burden of disease assessment at the World Health Organization. *Archives of Public Health*, 78(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00458-3>

- Murray, R. D., Shaaban, S. Y., Amrani, M. A., Aldekhail, W., Alhaffaf, F. A., ... Sukkar, G. (2024). Protecting optimal childhood growth: Systematic nutritional screening, assessment, and intervention for children at risk of malnutrition in the Kingdom of Saudi Arabia. *Frontiers in Nutrition*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1483234>
- Nayir, T. (2022). Health literacy on environmental health and climate change. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*. <https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=article&ID=sKLH64oBQzmg-9NMfzpV>
- Octavius, G. S., Pardede, C. S. B., Thandy, C. C., Fisca, C. A. L., & Juliansen, A. (2021). Comparison of Indonesian growth reference chart and World Health Organization child growth standard in detecting stunting: A systematic review and meta-analysis of 15,874 children. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 14(1). <https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2021.2021-8-12>
- Pérez-Bermejo, M., Alcalá-Dávalos, L., Pérez-Murillo, J., Legidos-García, M. E., & Murillo-Llorente, M. T. (2021). Are the growth standards of the World Health Organization valid for Spanish children? The SONEV study. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.700748>
- Prabhu, S. A., Shukla, N. K., & Mandala, S. R. (2020). Assessment of nutritional status of rural children (0–18 years) in central India using World Health Organization (WHO) child growth standards 2007. *Indian Journal of Community Medicine*. https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_348_19
- Purssell, E., Frood, S., & Sagoo, R. (2025). Beyond the labels: Classifying countries by child health outcomes – A cluster analysis of child mortality and child-health data. *Global Health Action*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2526315>
- Rojas-Rueda, D., Morales-Zamora, E., Alsufyani, W. A., Herbst, C. H., AlBalawi, S. M., Alsukait, R., & Alomran, M. (2021). Environmental risk factors and health: An umbrella review of meta-analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020704>
- Seidu, A., Ahinkorah, B. O., Aboagye, R. G., Okyere, J., Budu, E., & Yaya, S. (2022). Continuum of care for maternal, newborn, and child health in 17 Sub-Saharan African countries. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08693-w>
- Sly, P. D. (2020). Adverse environmental exposure and respiratory health in children. *Pediatric Clinics of North America*, 68(1). <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.09.018>
- Souëf, P. N. L., Saraswati, C. M., Judge, M., & Bradshaw, C. J. (2021). Spatially explicit analyses of environmental and health data to determine past, emerging and future threats to child health. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(11). <https://doi.org/10.1111/jpc.15822>
- Urrutia-Pereira, M., & Solé, D. (2025). Impact of climate change and air pollution on childhood respiratory health. *Jornal de Pediatria*. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.11.007>

- Veras, M. M., & Saldiva, P. H. N. (2025). Impact of air pollution and climate change on maternal, fetal and postnatal health. *Jornal de Pediatria*. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2024.10.006>
- Wallbanks, S., Griffiths, B., Thomas, M., Price, O. J., & Sylvester, K. P. (2024). Impact of environmental air pollution on respiratory health and function. *Physiological Reports*, 12(16). <https://doi.org/10.14814/phy2.70006>
- Wicaksono, R. A., Arto, K. S., Saragih, R. A. K., Deliana, M., Lubis, M., & Batubara, J. R. (2020). Comparison of growth diagrams of Indonesian children to 2006 World Health Organization growth standards in diagnosing stunting. *Paediatrica Indonesiana*, 60(2). <https://doi.org/10.14238/pi60.2.2020.97-101>
- World Health Organization. (n.d.). Child health. Retrieved July 10, 2024, from https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1
- Xu, J., Su, Z., Liu, C., Nie, Y., & Cui, L. (2025). Climate change, air pollution and chronic respiratory diseases: Understanding risk factors and the need for adaptive strategies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 30(0). <https://doi.org/10.1265/ehpm.24-00243>
- Zakari, A., Taghizadeh-Hesary, F., Tawiah, V., Alvarado, R., Li, G., & Guo, L. (2022). The impact of environmental cleanliness and cultural factors on child health in Africa. *Environmental Science and Pollution Research International*, 29(39). <https://doi.org/10.1007/s11356-022-20016-4>
- Zhang, Y., Wang, S., & Hei, M. (2025). Challenges and inequity in neonatal and child health: Tip of the iceberg from global burden of disease indicators. *Pediatric Investigation*, 9(1). <https://doi.org/10.1002/ped4.12461>



SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TOPLUM AÇISINDAN ÖNEMİ

“
Necati BÜKECİK’

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık, yalnızca hastalıkların tedavisine odaklanan dar bir kavram olmaktan çıkmış; bireylerin yaşam boyu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme ve bu bilgiyi kullanarak bilinçli kararlar alma becerilerini kapsayan çok boyutlu bir sürece dönüşmüştür. Bu dönüşümün merkezinde yer alan sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin sağlık davranışlarını yönlendirme gücü kadar toplumların sağlık düzeyini ve sosyal refahını da belirleyen temel bir unsurdur (WHO, 2023).

WHO'ya (2023) göre sağlık okuryazarlığı, “bireylerin yaşamları boyunca sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere erişme, bunları anlama, değerlendirme ve karar süreçlerinde etkin biçimde kullanma kapasitesidir.” Düşük sağlık okuryazarlığı; gecikmiş sağlık başvuruları, tedaviye uyumsuzluk, koruyucu hizmetlerden az yararlanma ve artan sağlık harcamaları gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern ve Crott, 2011). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması II (HLS19), yetişkinlerin yaklaşık %46'sının sağlık bilgilerini anlamakta zorlandığını göstermiştir (Sørensen, Pelikan, Röthlin, Ganahl, Slonska ve Okan, 2021).

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı konusu son on yılda halk sağlığı gündeminde önem kazanmıştır. Tanrıöver, Yıldırım, Ready ve Çakır (2014) çalışmasında yetişkinlerin %64,6'sının yetersiz veya sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Güncel bulgular da benzer yöndedir: Koca ve Deniz (2024), yüksek SOY düzeyinin sağlık hizmeti arama davranışlarını iyileştirdiğini; Hamurcu ve Öztürk Haney (2024), SOY’un sosyoekonomik durum, eğitim ve dijital erişim gibi belirleyicilerden etkilendiğini göstermiştir.

Dijitalleşme, pandemi, göç ve iklim değişikliği gibi dinamikler sağlık okuryazarlığını bireysel bir beceriden toplumsal bir kapasiteye dönüştürmüştür (Okan, Bauer, Levin-Zamir, Pinheiro ve Sørensen, 2019). COVID-19 döneminde yanlış bilgilere maruz kalma ve sağlık otoritelerine güvensizlik, düşük SOY düzeyine sahip toplumlarda daha yaygın gözlenmiştir (Paakkari & Okan, 2020). Bu durum, sağlık okuryazarlığının halk sağlığı direncinin önemli bir bileşeni olduğunu ortaya koymuştur.

Toplum düzeyinde sağlık okuryazarlığı, bireylerin yalnızca kendi sağlıklarını değil, ailelerinin ve çevrelerinin sağlık davranışlarını da etkiler. Yeterli sağlık okuryazarlığı; bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, akılcı ilaç kullanımı ve koruyucu hizmetlere katılım gibi alanlarda olumlu sonuçlar doğurur (Salwa ve ark., 2024). Türkiye’de yapılan araştırmalar da SOY’un eğitim, gelir, dijital erişim ve sağlık davranışlarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı, yalnızca bilgiye erişim ve karar alma süreçlerini değil; sağlık politikalarının benimsenmesini, eşitsizliklerle mücadele kapasitesini ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmayı da etkileyen stratejik bir halk sağlığı göstergesidir. Bu bağlamda SOY, toplumların sağlıklı ve dirençli bir geleceğe hazırlanmasında temel bir toplumsal sermaye olarak görülmelidir.

2. KAVRAMSAL TEMELLER VE KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

2.1. Kavramın Gelişimi ve Tarihsel Arka Plan

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ilk kez 1974 yılında Simonds tarafından “bireylerin sağlık bilgisini anlaması ve sağlık sisteminde etkin biçimde yer alabilmesi” bağlamında kullanılmıştır. Ancak kavramın akademik olarak sistematik biçimde ele alınması 1990’ların sonunda gerçekleşmiştir (Simonds, 1974; Nutbeam, 2000). Bu dönemden itibaren SOY, yalnızca okuma-yazma becerisiyle sınırlı bir kavram olmaktan çıkarak bilgiyi edinme, değerlendirme ve davranışa dönüştürme kapasitesini tanımlamaya başlamıştır (Nutbeam, 2008).

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını üç düzeyde açıklamıştır:

- İşlevsel sağlık okuryazarlığı: Sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve uygulama becerisi,
- Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı: Sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurma ve aktif katılım yeteneği,
- Eleştirel sağlık okuryazarlığı: Bilgiyi analiz etme, medya mesajlarını sorgulama ve sağlık politikalarına katılım kapasitesi.

Bu üçlü yapı, bireysel yetkinlikten toplumsal katılıma uzanan bir gelişim modeli sunarak modern halk sağlığı uygulamalarının teorik temelini oluşturmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalar da bu modelin uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Örneğin, Bükecik ve Adana (2021), etkileşimsel sağlık okuryazarlığı düzeyinin eğitim durumu ve kurum içi iletişimle yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir.

2.2. Entegre Modeller ve Avrupa Yaklaşımları

2000’li yıllarda sağlık okuryazarlığı, daha kapsamlı modellerle ele alınmaya başlanmıştır. Zarcadoolas, Pleasant ve Greer (2005), kavramı dört boyutta tanımlamıştır: temel, bilimsel, yurttaşlık ve kültürel okuryazarlık. Bu model özellikle kültürel çeşitliliği yüksek toplumlarda sağlık bilgisinin nasıl yorumlandığını açıklamada etkilidir.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu (HLS-EU) ise sağlık okuryazarlığını bilgiye erişim, anlama, değerlendirme ve uygulama olmak üzere dört süreçte tanımlayan “entegratif sağlık okuryazarlığı modeli”ni geliştir-

miştir (Sørensen ve ark., 2012). HLS19 sonuçları, sağlık okuryazarlığının sosyal eşitsizlik, dijitalleşme ve sağlık sistemine güven gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Sørensen ve ark., 2021). Pandemi sonrası dönemde bu değişkenlerin etkisi daha da güçlenmiştir.

2.3. Güncel Yaklaşımlar ve Pandemi Sonrası Dönem

Son yıllarda sağlık okuryazarlığı; dijitalleşme, medya ve kriz iletişimi boyutlarıyla genişlemiştir. Paakkari ve Okan (2020), COVID- 19 sürecinde yanlış bilgilere maruz kalmanın halk sağlığı açısından ciddi risk yarattığını vurgulamış ve SOY’u “sosyal aşı” olarak tanımlamıştır.

Türkiye’de yapılan çalışmalar bu dönüşümü desteklemektedir. Çakır ve ark., (2024), sağlık hizmetleri öğrenci lerinin dijital ortamlarda edindikleri bilgileri doğrulama konusun da zorlandıklarını bildirmiştir. Bu durum, sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgiye erişim değil, aynı zamanda bilginin doğruluğunu sorgulama becerisini de içerdiğini göstermektedir.

2.4. Kavramın Toplumsal Boyutu ve Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı

M-POHL (2023) tarafından hazırlanan rehber, sağlık okuryazarlığı politikalarında kurumların rolünü vurgulamaktadır. Sağlık kurumlarının sade dil, açık yönlendirme ve görsel materyallerle bilgiyi erişilebilir kılması, “kurumsal sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmaktadır.

Bükecik ve Adana (2021) çalışması, sade dil kullanımının sağlık çalışanı-hasta iletişimini güçlendirdiğini göstermiştir. Böylece bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı arasındaki etkileşim, toplumların sağlık düzeyinin sürdürülebilirliği açısından stratejik önem taşımaktadır.

Son yıllarda Türkiye’de sağlık okuryazarlığı araştırmaları belirgin biçimde artmış, 2020 sonrası dönemde halk sağlığı, hemşirelik ve eğitim alanlarının ortak bir kesişim alanı hâline gelmiştir (Ünlü, 2025; Okan ve ark., 2022; Hamurcu ve Öztürk Haney, 2024).

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

3.1. Ulusal Eğilimler ve Sosyodemografik Belirleyiciler

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı, son beş yılda halk sağlığı ve hemşirelik literatüründe hızla öne çıkmıştır. Tanrıöver ve ark. (2014) tarafından yapılan ilk ulusal çalışmada, yetişkinlerin

%64,6’sının yetersiz veya sınırlı düzeyde SOY’a sahip olduğu belirlenmiştir. Bu oran, Avrupa ortalamasının (%47) üzerindedir (Sørensen ve ark., 2021).

Ünlü’nün (2025) meta-analizi, Türkiye’de genel SOY düzeyinin “orta” seviyede olduğunu; eğitim, gelir ve yaşın belirleyici faktörler olduğunu göstermiştir. Koca ve Deniz (2024), sağlık çalışanlarında yüksek SOY düzeyi-

nin hizmet arama davranışlarını olumlu etkilediğini, Hamurcu ve Öztürk Haney (2024) ise işçi grubunda SOY'un sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırdığını belirtmiştir.

Cinsiyet temelli farklara bakıldığında, Uğurlu ve Yapıcı (2025) kadınların sağlık bilgisine erişimde daha aktif, ancak dijital doğrulamada daha zorlandığını göstermiştir. Bu durum, toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık davranışlarını dolaylı biçimde etkilediğini göstermektedir.

3.2. Çalışan Gruplarda Sağlık Okuryazarlığı

Çalışan gruplarda sağlık okuryazarlığı, iş ortamı ve kurumsal iletişim düzeyiyle yakından ilişkilidir. Bükecik ve Adana (2021), hastane çalışanlarında SOY düzeyini “orta” olarak saptamış; kurum içi bilgilendirme faaliyetlerinin ve eğitim düzeyinin belirleyici olduğunu vurgulamıştır. Benzer biçimde Hamurcu ve Öztürk Haney (2024), sanayi çalışanlarında SOY'un sağlık davranışlarıyla pozitif ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bükecik ve Adana'nın (2025) termal turizm çalışanlarında yürüttüğü çalışmada ise SOY ile akılcı ilaç kullanımı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, kurum içi eğitimlerin SOY gelişiminde etkili olduğunu göstermektedir.

3.3. Öğrenci Gruplarında Sağlık Okuryazarlığı

Üniversite öğrencileri, Türkiye’de en sık incelenen hedef gruplardandır. Çakır ve ark., (2024), sağlık hizmetleri öğrencileri nin dijital bilgileri doğrulamakta zorlandıklarını belirtmiştir. Özman (2023), sağlık bilimleri öğrencilerinde SOY düzeyini “orta” bulmuş ve dijital doğrulama becerilerinin geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Sarı ve Yılmaz (2025), hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme modülleriyle desteklenen derslerin SOY düzeyini anlamlı biçimde yükselttiğini göstermiştir. Bu bulgular, genç nüfusun bilgiye erişim konusunda avantajlı olsa da doğruluk ve değerlendirme becerilerinde desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

3.4. Kırılgan Gruplar ve Kronik Hastalığı Olanlar

Kırılgan gruplar (yaşlılar, göçmenler, düşük gelirli bireyler, kronik hastalığı olanlar) sağlık okuryazarlığı açısından en riskli kesimlerdir. Dirik, Gürdoğan ve Kahraman (2025), kronik hastalarda SOY düzeyi ile COVID-19 bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Sentell, Vamos ve Okan (2020) da yaşlılar ve göçmenlerde eleştirel sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın (2021) Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Rehberi, bu gruplara yönelik sade ve çok dilli materyallerin önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, eşitlik temelli halk sağlığı politikalarının temel bileşeni hâline gelmiştir.

3.5. Dijital Sağlık Okuryazarlığı ve Yeni Eğilimler

Pandemiyle birlikte dijital sağlık okuryazarlığı (DSOY) ön plana çıkmıştır. Uğurlu ve Yapıcı (2025), kadın katılımcıların çevrimiçi bilgileri doğrulamakta zorlandıklarını; Öztaş, Aksüt Akçay, Erdi ve Avcıbay (2024) ise gebelerde çevrimiçi sağlık bilgisinin güvenilirliğini değerlendirme becerisinin sınırlı olduğunu bildirmiştir. Ünlü (2025), dijital erişimin yüksek olduğu bölgelerde SOY puanlarının da yüksek seyrettiğini göstermiştir. Bu durum, dijital uçurumun yalnızca teknik değil, aynı zamanda sosyal bir eşitsizlik göstergesi olduğunu ortaya koymaktadır.

3.6. Genel Değerlendirme

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı araştırmaları hem kuramsal hem de uygulamalı boyutta önemli ilerleme kaydetmiştir. Ancak eleştirel ve dijital bileşenlerde gelişim ihtiyacı sürmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın (2021) rehberi ve 12. Kalkınma Planı’nda yer alan hedefler, konunun artık ulusal bir politika önceliğine dönüştüğünü göstermektedir. Gelecekte yürütülecek araştırmaların kırılgan gruplar, kurum temelli uygulamalar ve dijital doğrulama becerilerine odaklanması, Türkiye’nin halk sağlığı politikaları açısından kritik önemdedir.

4. SAĞLIK OKURYAZARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE EŞİTSİZLİKLER

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireysel bilgi ve becerilerin yanı sıra sosyal, ekonomik, kültürel ve kurumsal koşulların etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir olgudur (Sørensen et al., 2021; WHO, 2023). SOY düzeyini etkileyen faktörler genellikle beş ana başlık altında ele alınmaktadır: bireysel-demografik özellikler, sosyoekonomik eşitsizlikler, dijital farklar, kültürel-dilsel engeller ve kurumsal faktörler.

4.1. Bireysel ve Demografik Faktörler

Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığının en temel belirleyicileridir. Tanrıöver ve ark. (2014) yaş ilerledikçe SOY’un azaldığını, eğitim arttıkça yükseldiğini göstermiştir. Ünlü’nün (2025) geniş kapsamlı meta-analizi de aynı ilişkiyi doğrulamaktadır. Sarı ve Yılmaz (2025), yaşın negatif, sınıf düzeyinin pozitif etkili olduğunu; Uğurlu ve Yapıcı (2025) ise kadınların bilgiye erişimde daha aktif ancak dijital doğrulamada daha zayıf olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının yaşam döngüsü boyunca değişebilen dinamik bir kapasite olduğunu göstermektedir.

4.2. Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Gelir, eğitim ve sosyal güvence düzeyi, SOY’un en güçlü sosyal belirleyicilerindendir. Hamurcu ve Öztürk Haney (2024) gelir ve eğitim düzeyinin yükselmesiyle sağlık okuryazarlığının arttığını; Üstünbaş (2023) ise düşük

SOY düzeyinin sağlık kurumlarına güvensizliği artırdığını bildirmiştir. WHO (2023) raporu, dezavantajlı topluluklarda yürütülecek sağlık okuryazarlığı girişimlerinin “eşitsizlik azaltıcı politika” çerçevesinde ele alınmasını önermektedir.

4.3. Dijital Eşitsizlikler ve Bilgi Kirliliği

Dijitalleşme, bilgiye erişimi kolaylaştırmakla birlikte yeni tür eşitsizlikler de yaratmaktadır. İnternet erişimi, dijital beceri düzeyi ve bilgi doğrulama alışkanlıkları, sağlık davranışlarını doğrudan etkilemektedir. Bükecik ve Adana (2025), termal turizm çalışanlarında dijital bilgiye güvensizliğin akılcı ilaç kullanımını olumsuz etkilediğini; Paakkari ve Okan (2020) ise düşük SOY’un infodemi ve aşı tereddüdüyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle dijital sağlık okuryazarlığı, çağdaş halk sağlığı politikalarının merkezinde yer almalıdır.

4.4. Kültürel ve Dilsel Faktörler

Dil ve kültür farklılıkları, sağlık bilgisinin doğru anlaşılmasını zorlaştırmaktadır. Üstünbaş (2023), dil engellerinin sistem güvenliğini azalttığını; Dirik ve ark., (2025) ise geleneksel tedaviye yönelimin SOY düzeyini düşürdüğünü belirtmiştir. Sağlık Bakanlığının (2021) *Sağlık Okuryazarlığı Geliştirme Rehberi*, sade dil kullanımı, kültürel uyum ve çok dilli iletişim materyalleri hazırlanmasının önemini vurgulamaktadır.

4.5. Hizmet Sunumu ve Kurumsal Faktörler

WHO (2023), sağlık hizmeti sunan kurumların sade dil, açık yönlendirme ve görsel destekli materyallerle bilgi aktarımını standartlaştırmasını önermektedir. Bu yaklaşım, “kurumsal sağlık okuryazarlığı” olarak tanımlanmaktadır. Bükecik ve Adana (2021), bilgilendirme formlarının çoğunun karmaşık yapıda olduğunu; Hamurcu ve Öztürk Haney (2024) sadeleştirilmiş materyallerin bilgi kalıcılığını artırdığını göstermiştir. Kurumsal sağlık okuryazarlığı, sağlık sisteminin hem erişilebilirliğini hem de etkinliğini güçlendiren temel bir boyuttur.

4.6. Genel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı, toplumsal eşitsizliklerin yansıdığı bir halk sağlığı göstergesidir. Türkiye’de yürütülen güncel araştırmalar, düşük SOY düzeyinin yalnızca bilgi eksikliğinden değil; güven, erişim ve kurumsal iletişim yetersizliklerinden de kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle SOY politikaları; eğitim, dijital erişim, kültürel uyum ve sosyal destek stratejileriyle bütüncül biçimde ele alınmalıdır.

5. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ TOPLUM SAĞLIĞI VE KALKINMA ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Sağlık okuryazarlığı (SOY), yalnızca bireysel bilgi edinme becerisi değil; toplumun sağlık düzeyi, ekonomik verimliliği ve sosyal refahı üzerinde belirleyici bir etkidir. Nutbeam (2008), SOY’u “halk sağlığı kapasitesinin yapı taşı” olarak tanımlamaktadır. Yüksek sağlık okuryazarlığı, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesinde, erken tanı oranlarının artmasında ve sağlık harcamalarının azalmasında önemli rol oynar. OECD (2024) verilerine göre, SOY düzeyi yüksek toplumlarda koruyucu sağlık hizmeti kullanım oranı %25 daha fazladır. Ünlü (2025), düşük SOY’un aşırı ilaç kullanımı ve yanlış tedavi davranışlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

5.1. Halk Sağlığı Perspektifinden SOY

Sağlık okuryazarlığı, toplumun hastalık yükünü azaltan temel bir halk sağlığı göstergesidir. Hamurcu ve Öztürk Haney (2024), SOY puanı yüksek bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerine daha fazla uyum sağladığını belirtmiştir. Benzer biçimde, Bükecik ve Adana (2025) termal turizm çalışanlarında yürüttükleri çalışmada, SOY eğitimlerinin akılcı ilaç kullanımı ve gereksiz antibiyotik tüketimini azalttığını bildirmiştir. Bu sonuçlar, SOY’un hem bireysel hem de çevresel düzeyde sürdürülebilir sağlık davranışlarını güçlendirdiğini göstermektedir.

5.2. Sosyal Eşitlik ve Katılım Boyutu

SOY, sağlık demokrasisinin ve toplumsal katılımın anahtarıdır. Sørensen ve ark., (2021), sağlık okuryazarlığını “bilgiye dayalı sağlık adaleti” olarak tanımlamıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalar (Ünlü, 2025; Dirik ve ark., 2025), kadınlar, göçmenler ve düşük gelirli gruplar arasında sağlık bilgisine erişim eşitsizliklerinin sürdüğünü göstermektedir. WHO (2023) raporuna göre, toplum temelli sağlık okuryazarlığı programları yalnızca bilgi aktarımını değil, aynı zamanda güven inşasını ve sosyal dayanışmayı da güçlendirmektedir.

5.3. Ekonomik ve Kalkınma Boyutu

Yüksek SOY düzeyi, sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasını sağlar. WHO (2023) ve OECD (2024) raporları, düşük SOY düzeyinin kişi başı sağlık harcamalarını %15–20 artırdığını bildirmektedir. Bükecik ve Adana (2021) sağlık çalışanlarının bilgi düzeyinin kurum hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetine katkı sağladığını; Üstünbaş (2023) kırsal bölgelerde SOY yükseldikçe koruyucu hizmet kullanım oranlarının arttığını göstermiştir. Bu sonuçlar, SOY’un yalnızca halk sağlığı değil, ekonomik kalkınma açısından da stratejik bir yatırım olduğunu kanıtlamaktadır.

5.4.

Dijitalleşme, Güven ve Dayanıklılık

Pandemi sonrası dijital sağlık platformları, bilgiye erişimin ana kanalı hâline gelmiştir. Ancak bu durum güven eksikliği ve bilgi kirliliği gibi riskleri de beraberinde getirmiştir. Paakkari ve Okan (2020), dijital sağlık okuryazarlığını “21. yüzyılın koruyucu aşısı” olarak tanımlamıştır. Ünlü (2025) çalışmasında, dijital bilgiye güveni yüksek bireylerin tedaviye uyum oranlarının da yüksek olduğunu göstermiştir. Bu nedenle dijital sağlık okuryazarlığı, yalnızca bilgiye erişimi değil, krizlere karşı psikososyal dayanıklılığı da artıran bir toplumsal güçtür.

5.5. Genel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı; halk sağlığı, sosyal eşitlik ve ekonomik kalkınma arasında köprü kuran stratejik bir kavramdır. Türkiye’de farkındalık düzeyi artmış, Sağlık Bakanlığı’nın (2021) rehberleri ve akademik araştırmalar bu konuda önemli ilerlemeler sağlamıştır. Ancak bölgesel eşitsizlikler ve dijital güven eksikliği hâlen önemli sınırlılıklardır. SOY’un geliştirilmesi, bireysel yaşam kalitesini artırmanın ötesinde, toplumun genel refahı ve sürdürülebilir kalkınması için vazgeçilmezdir.

6. KIRILGAN GRUPLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

6.1. Genel Çerçeve

Kırılgan gruplar-yaşlılar, göçmenler, düşük gelirli bireyler, kronik hastalar ve gençler- sağlık okuryazarlığı (SOY) açısından en riskli topluluklardır. Yetersiz SOY, sağlık sistemine güveni azaltmakta, hizmet kullanımını ve bilgiye erişimi sınırlamaktadır (Sentell ve ark., 2020; Sørensen ve ark., 2021). Türkiye’de yapılan meta-analizler (Ünlü, 2025), düşük eğitim ve gelir düzeyinin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediğini, kırılgan gruplarda SOY düşüklüğünün yaygın olduğunu göstermektedir.

6.2. Yaşlı Bireyler

Yaşlı bireyler, sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan ancak sağlık bilgisine erişimi en sınırlı olan gruptur. Bilişsel azalma, dijital okuryazarlık eksikliği ve tıbbi terminoloji karmaşıklığı bu durumu derinleştirir. Ünlü (2025), 60 yaş üzerindekiilerin %70’inde yetersiz SOY bulunduğunu; Kınıcı Dirik ve ark., (2025) ise kronik hastalığı olan yaşlılarda COVID-19 bilgi düzeyinin düşük olduğunu belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı (2021) rehberi, yaşlılara yönelik sadeleştirilmiş, görsel destekli materyallerin kullanılmasını önermektedir.

6.3. Göçmen ve Mülteci Topluluklar

Dil engeli, kültürel farklılıklar ve sistem bilgisi eksikliği göçmenleri SOY açısından dezavantajlı kılar. WHO (2023) raporu, göçmenlerin %60’ının sağlık sistemi hakkında temel bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Üstünbaş (2023) araştırmasında, dil bariyerlerinin doğum öncesi bakım ve ilaç uyumu-

nu olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Göçmen Sağlığı Merkezleri ve çok dilli bilgilendirme materyalleri önemli adımlar olsa da toplum temelli etkileşim (örneğin akran eğitimi) hâlen sınırlıdır.

6.4. Öğrenciler ve Genç Nüfus

Gençler dijital bilgiye en hızlı erişen, ancak doğruluk değerlendirmesinde en fazla zorlanan gruptur. Uğurlu ve Yapıcı (2025), kadın öğrencilerin bilgiyi aramada aktif, fakat doğrulamada zayıf olduklarını; Çakır ve ark., (2024) öğrencilerin dijital doğrulama becerilerinin düşük olduğunu bildirmiştir. Sarı ve Yılmaz (2025), müfredatta eleştirel düşünme modülleriyle desteklenen derslerin SOY düzeyini artırdığını belirtmiştir. Bu bulgular, üniversitelerde dijital ve interaktif sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin zorunlu hâle getirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

6.5. Kronik Hastalığı Olanlar

Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı, tedavi uyumu ve öz- yönetim becerileriyle doğrudan ilişkilidir. Dirik ve ark. (2025), düşük SOY'un ilaç uyumunu ve kontrol sıklığını azalttığını; Ünlü (2025) yetersiz SOY'un hastane yatışlarını artırdığını bildirmiştir. Bükecik ve Adana (2025), termal turizm çalışanlarında sadeleştirilmiş eğitimlerin gereksiz antibiyotik kullanımını azalttığını göstermiştir.

6.6. Düşük Gelirli ve Kırsal Bölgeler

Sosyoekonomik dezavantaj, SOY'u sınırlayan en güçlü faktörlerden biridir. Hamurcu ve Öztürk Haney (2024), kırsal bölgelerde SOY puanlarının düşük olduğunu; Üstünbaş (2023) ise düşük gelirli bireylerin gayri resmî kaynaklara yöneldiğini saptamıştır. Bu nedenle yerel yönetimler, sade dil ve mobil uygulamalarla farkındalık kampanyaları yürütmelidir.

6.7. Çoklu Kırılabilirlik ve Toplumsal Risk

Bazı bireyler birden fazla kırılabilirlik faktörünü aynı anda taşır (örneğin yaşlı, göçmen ve kronik hastalığı olan kadınlar). WHO (2023) ve Ünlü (2025), bu gruplarda SOY'un toplum ortalamasının %30 altında olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle müdahalelerin, halk sağlığı, eğitim ve sosyal hizmet kurumları arasında koordineli biçimde yürütülmesi gerekmektedir.

6.8. Genel Değerlendirme

Kırılabilir gruplarda sağlık okuryazarlığı, sağlık sisteminin kapsayıcılığını gösteren bir göstergedir. Türkiye'de bilgiye erişimde dil, kültür ve güven temelli engeller sürmektedir (Ünlü, 2025; Dirik ve ark., 2025). Bu gruplara yönelik sade dil, kültürel uyum ve dijital erişim temelli eğitimlerin yaygınlaştırılması hem sağlık adaletini hem de toplumsal dayanışmayı güçlendirecektir.

SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GELİŞTİRİL MESİNE YÖNELİK STRATEJİLER VE MÜDAHALELER

7.1. Genel Çerçeve

Sağlık okuryazarlığını (SOY) güçlendirmek, yalnızca bireylerin bilgi düzeyini artırmakla değil; sağlık sistemlerinin erişilebilirliğini ve iletişim kanallarının etkinliğini geliştirmekle mümkündür. Bu süreç; bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde çok katmanlı müdahaleleri gerektirir (Nutbeam & Lloyd, 2021; WHO, 2023). Etkili stratejiler, bilgi aktarımının ötesinde davranış değişimi, karar verme yetkinliği ve güven inşasını hedeflemelidir.

7.2. Bireysel Düzeyde Müdahaleler

Bireylerin sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini geliştirmeye yönelik sade, örnek temelli eğitim materyalleri ve etkileşimli atölyeler etkili yöntemlerdir. Sarı ve Yılmaz (2025), hemşirelik öğrencilerinde eleştirel düşünme modüllerinin SOY’u kalıcı biçimde artırdığını; Sezer Balcı ve Öğüt Düzen (2023) ise çevrim içi bilgi güvenilirliği konusunda eksiklikler bulunduğunu belirtmiştir. Nutbeam (2021), bireysel düzeydeki müdahalelerin öz-yeterlilik ve sağlık sorumluluğu duygusunu güçlendirdiğini vurgulamaktadır.

7.3. Eğitim ve Okul Tabanlı Programlar

Eğitim, SOY’un gelişiminde en önemli araçtır. Avrupa’da birçok ülkede “yaşam becerileri” dersi kapsamında sağlık okuryazarlığı müfredata alınmıştır (WHO, 2023). Türkiye’de YÖK, 2022’den itibaren sağlık bilimleri fakültelerinde *Sağlık Okuryazarlığı* dersinin açılmasına izin vermiştir. Çakır ve ark., (2024), bu dersi alan öğrencilerin bilgi doğrulama becerilerinin yükseldiğini; Hamurcu ve Öztürk Haney (2024) ise dijital farkındalık kampanyalarının gençlerde doğru bilgi paylaşımını artırdığını göstermiştir.

7.4. Toplum Tabanlı ve Yerel Müdahaleler

Toplum temelli yaklaşımlar, güvenilir bilginin yayılımını ve toplumsal katılımı sağlar. Bükecik ve Adana (2025), termal turizm çalışanlarında uygulamalı eğitimlerin sağlık davranışlarını geliştirdiğini; Üstünbaş (2023) kırsal programların farkındalığı artırdığını bildirmiştir. WHO (2023), yerel liderlerin, öğretmenlerin ve dini temsilcilerin sürece dâhil edilmesini önermektedir. Etkili uygulamalar: sağlık elçileri yetiştirme, halk eğitim seminerleri, mobil uygulamalar ve mahalle temelli kampanyalardır.

7.5. Kurumsal ve Sistem Düzeyinde Müdahaleler

Sağlık sisteminin karmaşıklığı, bilgilere erişimi zorlaştırır. Bu nedenle kurumların “kurumsal sağlık okuryazarlığı” yaklaşımını benimsemesi önemlidir. Sağlık Bakanlığı (2021) Rehberi sade dil, çok dilli içerik ve görsel anlatımı standartlaştırmayı önermektedir. Hamurcu ve Öztürk Haney

(2024), sadeleştirilmiş broşürlerin bilgi kalıcılığını artırdığını; OECD (2024), kurum içi iletişim düzenlemelerinin hasta memnuniyetini %20 oranında yükselttiğini bildirmiştir.

7.6. Dijital Platformlar ve Yenilikçi Uygulamalar

Dijital dönüşüm, sağlık okuryazarlığı açısından hem fırsatlar hem de riskler sunar. Paakkari ve Okan (2020), dijital SOY’u “modern toplumların bağımsızlık sistemi” olarak tanımlamıştır. Türkiye’de e- Nabız ve Sağlık Net gibi platformlar bilgiye erişimi kolaylaştırmaktadır. Ünlü (2025), dijital SOY düzeyi yüksek bireylerin tedaviye uyumunun da yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu durum, dijitalleşmenin güven temelli bir halk sağlığı alanı olduğunu göstermektedir.

7.7. Politika ve Stratejik Planlama Düzeyinde Müdahaleler

SOY artık bir politika önceliğidir. WHO (2023), sağlık okuryazarlığını “21.yüzyıl halk sağlığı hedefi” olarak tanımlamış; OECD (2024), ekonomik verimlilikle ilişkilendirmiştir. Türkiye’nin 2023–2028 Stratejik Planı, SOY’u “eşitsizliklerin azaltılması” hedefiyle ele almaktadır. Bükecik ve Adana (2021), sağlık kurumlarında farkındalığın artmasının sistem genelinde olumlu etkiler yarattığını vurgulamıştır.

7.8. Genel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik girişimler, bilgi temelli bir toplumun inşasında stratejik öneme sahiptir. Eğitim, sadeleştirilmiş kurumsal iletişim, toplum temelli uygulamalar ve dijital erişim birbiriyle bütünleşik olarak yürütülmelidir. Türkiye’de farkındalık yükselmiş olsa da uygulamaların çoğu proje düzeyinde kalmaktadır (Ünlü, 2025). SOY’un ulusal politika önceliğine dönüşmesi, yalnızca sağlık göstergelerini değil; güven, refah ve dayanıklılığı da güçlendirecektir.

8. SONUÇ VE GELECEĞE YÖNELİK ÖNERİLER

8.1. Genel Değerlendirme

Sağlık okuryazarlığı (SOY), modern toplumlarda yalnızca bireysel bilgi düzeyi değil; sosyal adalet, halk sağlığı ve sürdürülebilir kalkınmanın da temel belirleyicisidir. WHO (2023) ve OECD (2024) raporları, düşük SOY’un sağlık maliyetlerini artırdığını, koruyucu hizmetlerden yararlanmayı azalttığını göstermektedir.

Türkiye’de yürütülen güncel araştırmalar (Koca ve Deniz, 2024; Hamurcu ve Öztürk Haney, 2024; Ünlü, 2025), sağlık okuryazarlığının eğitim, gelir, dijital erişim ve cinsiyet gibi sosyal belirleyicilerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla SOY, bireysel sorumluluk alanından çıkarak, toplum temelli ve çok paydaşlı bir halk sağlığı politikası olarak ele alınmalıdır.

8.2. Sağlık Okuryazarlığını Artırmaya Yönelik Temel Öncelikler

Eğitim Düzeyinde: Sağlık okuryazarlığı kazanımları, ilköğretim den üniversiteye kadar tüm müfredatlara dâhil edilmelidir. Sağlık bilimleri programlarında dijital sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve eleştirel düşünme modülleri zorunlu hâle getirilmelidir (Okan ve ark., 2019; Sarı ve Yılmaz, 2025). Yetişkin eğitimlerinde sade, görsel ve örnek temelli materyaller kullanılmalıdır.

Kurumsal Düzeyde: Sağlık kurumları sade dil, çok dilli materyal ve açık yönlendirme ilkelerini benimsemelidir. Sağlık çalışanlarının iletişim ve dayanışmanlık becerilerini güçlendirecek sürekli eğitim programları uygulanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2021; OECD, 2024).

Toplum Düzeyinde: Yerel yönetimler, halk eğitim merkezleri ve STK'lar aracılığıyla toplum temelli sağlık okuryazarlığı kampanyaları yürütülmelidir. Yaşlılar, göçmenler, düşük gelirli bireyler ve kronik hastalar için kültürel açıdan uyumlu eğitim modelleri geliştirilmelidir (Ünlü, 2025; Sentell ve ark., 2020).

Dijital Düzeyde: e-Nabız ve benzeri dijital platformlar sadeleştirilerek herkes için erişilebilir hale getirilmelidir. Sosyal medyada yanlış bilgiyle mücadele için doğrulama mekanizmaları ve dijital sağlık elçileri sistemi yaygınlaştırılmalıdır (Paakkari ve Okan, 2020).

8.3. Politika ve Araştırma Perspektifleri

Gelecekte sağlık okuryazarlığı çalışmaları; dijitalleşme, yapay zekâ, afet hazırlığı ve iklim değişikliği gibi yeni temalar etrafında şekillenecektir. WHO'nun (2023) *Health Promotion Strategy 2023– 2030* belgesi, sağlık okuryazarlığını dijital sağlık ve sürdürülebilir kalkınma politikalarının merkezine yerleştirmiştir. **Ulusal düzeyde:** “Ulusal Sağlık Okuryazarlığı Göstergeleri” oluşturulmalı, bölgesel eşitsizlikler haritalandırılmalıdır. Üniversiteler, yerel yönetimler ve kamu kurumlarının projeleri etki değerlendirmesiyle izlenmeli, başarılı uygulamalar ulusal düzeyde yaygınlaştırılmalıdır. SOY, bireysel olduğu kadar kurumsal performans ölçütlerine de entegre edilmelidir.

8.4. Sonuç

Sağlık okuryazarlığı, toplumların sağlık düzeyinin aynasıdır. Yüksek SOY düzeyine sahip toplumlarda bireyler sağlık sistemi ne etkin biçimde katılır kaynakları verimli kullanır ve bilgi kirliliğine karşı direnç kazanır. Türkiye’de farkındalık önemli ölçüde artmış olsa da kalıcı ilerleme için SOY’un ulusal düzeyde stratejik politika olarak ele alınması gerekmektedir. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı yalnızca “bilgi edinme” süreci değil; sağlıklı, dirençli ve sürdürülebilir toplumlar inşa etmenin en güçlü aracıdır.

KAYNAKÇA

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bükecik, N., & Adana, F. (2021). Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 1–13.
- Bükecik, N., & Adana, F. (2025). Termal turizm çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin geliştirilmesi. *Bilecik Şeyh Edebali University Faculty of Health Sciences Journal*, 3(2), 104–119. <https://doi.org/10.61535/bseusbfd.1528285>
- Çakır, O., Bükecik, N., Öztürk Günay, S., & Yeşilyaprak, T. (2024). Health literacy levels of vocational school of health services students and related factors. *Family Practice and Palliative Care*, 9(3), 71–79. <https://doi.org/10.22391/fppc.1469550>
- Çalık, M., & Kolaç, N. (2025). Yetişkin hastaların sağlık okuryazarlık düzeyine göre acil servisi kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 38–49. <https://doi.org/10.54061/jphn.1623692>
- Dirik, E. K., Gürdoğan, E. P., & Kahraman, B. A. (2025). Kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık ve COVID-19'a yönelik bilgi düzeyleri arasındaki ilişkisi. *Hemşirelikte Akademik Araştırma Dergisi*.
- Hamurcu, Ö., & Öztürk Haney, M. (2024). Fabrika çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 10(3), 180–187. <https://doi.org/10.55646/jaren.2024.30922>
- Koca, E., & Deniz, Ü. (2024). Hastane çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 119–130. <https://doi.org/10.52369/togusagbilderg.1208431>
- M-Pohl. (2023). *Health literacy policies – How can they be developed and implemented? A guide for policy and decision makers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2024-03/guide_health-literacy-policies.pdf
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Eds.). (2019). *International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol, UK: Policy Press.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Health literacy and health system performance: OECD policy brief*. OECD Publishing.
- Özman, E. G. (2023). *Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı bilgi ve deneyim düzeyinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No. 834802)
- Öztaş, H. G., Aksüt Akçay, E., Erdi, G., & Avcıbay, B. (2024). Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit etme davranışı üzerine etkisi. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 95–102. <https://doi.org/10.17517/ksutfd.1354456>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249– e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Salwa, M., Islam, S., Tasnim, A., Al Mamun, M. A., Bhuiyan, M. R., Choudhury, S. R., Amin, M. R., & Haque, M. A. (2024). Health literacy among non-communicable disease service seekers: A nationwide finding from primary health care settings of Bangladesh. *Health Literacy Research and Practice*, 8(1), e12– e20. <https://doi.org/10.3928/24748307-20240119-01>
- Sarı, B., & Yılmaz, N. (2025). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 15(1), 339–348.
- Sentell, T., Vamos, S., & Okan, O. (2020). Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the world: More important than ever in a time of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3010.
- Sezer Balcı, A., & Ögüt Düzen, K. (2023). Üniversite öğrencilerinde COVID-19 okuryazarlığı ve etkileyen faktörler: Bir devlet üniversitesi örneği. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 51–62. <https://doi.org/10.47115/jshs.1287709>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., & Okan, O. (2021). Health literacy in Europe: Comparative results of the HLS19 survey. *European Journal of Public Health*, 31(Suppl. 3), ckab164.186.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J. M., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık okuryazarlığı geliştirme rehberi*. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, N. D., & Çakır, B. (2014). *Türkiye sağlık okur-*

yazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

- Uğurlu, D., & Yapıcı, H. (2025). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin hastalık durumunda dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve doğrulama davranışlarının incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(2), 169–177. <https://doi.org/10.24938/kutfd.1678512>
- Ünlü, G. (2025). *Türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi: Bir meta-analiz çalışması* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- World Health Organization. (2023). *Health promotion strategy 2023– 2030: Promoting health, driving sustainable development*. Geneva: WHO.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>



PROSTAT KANSERİ TARAMA PROGRAMINDA KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİLERİ

“ ”

Büşra ŞAHİN¹
Gökhan ŞAHİN²

1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği ABD, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0003-0341-4076

2 Sağlık Bakanlığı, Aydın Devlet Hastanesi, Üroloji, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-
1955-2679

GİRİŞ

Halk sağlığı bakış açısından, prostat kanseri yalnızca bir klinik sorun değil, aynı zamanda epidemiyolojik izlem, erken tanı, kaynak yönetimi ve toplum temelli karar alma süreçlerini içeren çok boyutlu bir sağlık politikası konusudur. Prostat kanseri taramasının halk sağlığı açısından önemi, iki temel bileşene dayanır:

1. Erken tanı yoluyla mortaliteyi azaltma potansiyeli,
2. Tanı ve tedavi risklerinin toplum düzeyinde dengelenmesi gerekliliğidir.

Halk sağlığı düzeyinde yürütülen tarama programları, bireysel klinik kararların ötesine geçerek popülasyon temelli risk değerlendirmesi, maliyet etkinlik ve sağlık hizmetlerine erişim eşitliği gibi unsurları gözetmelidir. Bu nedenle, prostat kanseri taramasında halk sağlığı politikaları; yalnızca tanı koymayı değil, doğru kişiye, doğru zamanda, uygun yöntemle tarama yapmayı amaçlamalıdır.

Prostat kanseri, dünyada 1,4 milyon kişide görülen 375.000 ölümle sonuçlanan ikinci kanserdir (Culp vd., 2020; WHO., 2020-2021). Dünyadaki ülkelerin yarısından fazlasında erkeklerde en sık teşhis edilen kanserdir tüm ülkelerin dörtte birinde erkekler arasında önde gelen ölüm nedenidir (Bergengren vd., 2022). Prostat kanseri Avrupa’da erkeklerde en sık görülen kanser olmak üzere kanserle ilişkili üçüncü ölüm nedenidir (European Commission., 2021). Türkiye ise prostat kanseri yüz binde 40,3 oranında görülmekte olup erkeklerde ikinci ölüm nedeni olan bir halk sağlığı sorunudur (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.,2025).

Prostat kanseri tanısının insidansında farklı coğrafi alanlar, nüfusun yaşı, etnik köken ve diyet faktörleri yer almaktadır (Bergengren vd., 2022). Prostat kanseri mortalitesi kıtalara göre incelendiğinde Afrika ülkelerinin yüksek olduğu, Avrupa ve Asya ülkelerinde sırasıyla daha az görüldüğü bilgisi yer almaktadır (Culp vd., 2020)

Prostat kanseri risk faktörlerinden en temel risk faktörleri arasında etnik köken/aile öyküsü, birkaç aday gende nadir germ hattı mutasyonları ve yaygın genetik tek nükleotid polimorfizmi yer almaktadır. Prostat kanseri kalıtsal olmayan risk faktörleri arasında metabolik sendrom ve obezite gibi faktörler yer almaktadır (EAU Prostat kanseri rehberi.,2025).

Prostat kanseri tanılama sistemi, tanı doğruluğu ile birey ve sağlık hizmeti sağlayıcısı üzerindeki yükün dengelenmesini hedefler. Alt üriner sistem semptomları (AÜSS), aile öyküsü, yaş ve eşlik eden hastalıklar gibi hastaya özgü faktörler her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Erkekler, klinik semptomlar, bireysel veya tarama gibi farklı endikasyonlarla tanı yoluna gi-

rebillirler. Prostat kanseri prevalansı prostat kanseri endikasyona bağlı olarak farklılık gösterir ve bu da sonraki tanı yolunun farklı getirilerine yol açar. (EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Prostat Kanseri Tanılamasında Kullanılan Testler

Prostat kanseri tanısı için farklı tanı araçları mevcuttur. Tanı genellikle prostat biyopsisi kullanılarak histopatolojik olarak doğrulanır. Digital rektal muayene prostat muayene, Prostat Spesifik Antijen (PSA) ve PSA yoğunluğu prostat kanseri tanılamasında kullanılır(EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Prostat Spesifik Antijen(PSA) Testi

Prostat spesifik antijen (PSA), prostat epitel hücreleri tarafından salgılanan ve küçük bir kısmı kan dolaşımında bulunan bir glikoprotein enzimdir. Prostat kanseri tanılamasında kullanılan birincil testtir (Schroder vd., 2012). Prostat spesifik antijen organa özgüdür, ancak kansere özgü değildir; bu nedenle, Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), prostatit ve diğer malign olmayan durumlarda da yükselebilir. Anormal PSA eşiklerini tanımlamak için farklı bir standart yoktur. Bu, sürekli bir parametredir ve daha yüksek seviyeler prostat kanseri olasılığının daha fazla olduğunu gösterir. Bazı erkekler, düşük serum PSA seviyelerine rağmen prostat kanserine sahip olabilirler (Merriel vd.,2022.)

Tarama durumunda, PSA için en sık uygulanan eşik değeri $\geq 3,0$ ng/ml'dir ve bu durumda taramaya gelen erkeklerin %16,5'i pozitif test sonucu vermektedir (Schroder vd.,2012). Klinik bir kohortta belirli bir PSA eşik değerinde prostat kanseri bulma riski, kanser prevalansı, sevk protokolü ve tanı algoritmasındaki farklılıklar nedeniyle tarama durumundan farklı olabilir. Prostat spesifik antijen, semptomatik/sevk edilen hastalarda kanser tespiti için tanısal değerini korur. Klinik olarak sevk edilen erkeklerde prostat kanseri tespiti için PSA'nın ($\geq 4,0$ ng/ml) tanısal doğruluğu üzerine yapılan bir derleme ve meta-analiz, tahmini birleşik duyarlılığın 0,93 ve özgüllüğün 0,20 olduğu sonucunu elde etti(Merriel vd.,2022).

PSA düzeyinin orta derecede yüksek olması durumunda, PSA < 10 ng/ml olan erkeklerin üçte birinde ikinci ölçümde $\pm 1,0$ ng/ml'den fazla fark olduğu için, ileri tanı analizi endikasyonunu doğrulamak için birkaç hafta sonra tekrar test yapılması düşünülmelidir. 1-2 ay içinde PSA, erkeklerin yaklaşık beşte birinde 3 ng/mL'nin altına düşer. İlk PSA 3-10 ng/mL olan erkeklerde prostat biyopsisi öncesinde tekrarlanan PSA testi, endikasyonu azalttığı görüldü (Nordstorm.,2016).

Prostat Kanseri Klinik Belirtileri

Prostat kanserine ilişkin semptomlar genellikle hastalığın doğal seyrinin ileri dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle lokalize prostat kanseri

çoğunlukla asemptomatiktir ve erken evrede klinik belirti vermemektedir. Hastalığın lokal olarak ilerlemesi durumunda; alt üriner sistem semptomları (AÜSS), erektil disfonksiyon (ED), akut üriner retansiyon, pelvik veya perineal ağrı, hematospermi veya hematüri gibi klinik bulgular gelişebilir (Parry vd.,2020).

Kemik metastazlarının varlığında, iskelet ağrısı veya omurilik basısına bağlı nörolojik defisitler gözlenebilir. Bu tür sistemik semptomlar genellikle hastalığın metastatik evresini düşündürür (EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Dijital rektal muayene (PRM) ve prostat spesifik antijen (PSA) ölçümü, çoğu olguda ilk tanısal değerlendirme basamağını oluşturur. Bu bulguların anormal saptanması durumunda, ileri tanısal algoritmalar —özellikle prostat biyopsisi ve gerektiğinde görüntüleme yöntemleri— devreye alınır. Kesin tanı, prostat biyopsi örneklerinde histopatolojik malignite doğrulaması ile konur. Bununla birlikte, yüksek malignite şüphesi bulunan olgularda (örneğin, sert ve düzensiz prostat dokusu, PSA >100 ng/mL düzeyleri ve pozitif kemik sintigrafisi gibi bulgular varlığında), özellikle komorbiditeleri nedeniyle ileri tedavilerin uygulanamayacağı hastalarda biyopsi yapılmadan klinik olarak prostat kanseri tanısı konulması uygun kabul edilebilir (Lophatananon vd., 2022).

Prostat Kanseri Erken Tanılama

Prostat kanserinin erken tanısı, eşlik eden alt üriner sistem semptomları (AÜSS) varlığından bağımsız olarak bireysel düzeyde başlatılabilir. Ancak, yaşın ilerlemesi PCa için temel risk faktörlerinden biri olduğundan, tanısal değerlendirmenin çok erken yaşlarda başlatılmasının klinik yararı sınırlıdır. Ek risk faktörleri bulunmayan erkeklerde 50 yaşın altında klinik olarak anlamlı prostat kanseri gelişme olasılığı oldukça düşüktür. Bu nedenle, prostat spesifik antijen (PSA) düzeyine dayalı erken tanısal testlerin 50 yaşından itibaren başlatılması önerilmektedir.

Belirli yüksek risk gruplarında taramaya daha erken başlanması uygundur. Prostat kanseri aile öyküsü bulunan bireylerde ve Afrika kökenli erkeklerde önerilen başlangıç yaşı 45 olup BRCA2 gen mutasyonu taşıyıcılarında bu sınır 40 yaş olarak belirtilmiştir (Page vd.,2019; Kensler vd.,2023)

50 yaşından itibaren yapılan sistematik taramaların hasta izleminde önemli bir yeri vardır. 60 yaşına kadar olan erkeklerin büyük çoğunluğuna 8–10 yıllık izlem aralıkları önerilebilir. Erkeklerin yaklaşık %50'si için ise 60 yaş sonrasında ek tarama gereksinimi bulunmadığı belirlenebilir. Başlangıçta daha yüksek risk taşıdığı belirlenen bireylerde (40 yaşında PSA >1 ng/mL veya 60 yaşında PSA >1–2 ng/mL) iki yıllık takip aralıkları uygun kabul edilmektedir(Bjerner vd.,2023; Vickers vd.,2023).

Prostat Kanseri Nüfus Tabanlı Tarama

Nüfus tabanlı tarama, belirli bir hastalığa yönelik yüksek risk altındaki bireyleri erken dönemde tanımlamak amacıyla asemptomatik kişilerin sistematik olarak değerlendirilmesi sürecidir. Bu yaklaşım, genellikle ulusal sağlık otoriteleri tarafından planlanır ve uygulanır. Prostat kanseri özelinde nüfus tabanlı taramanın temel amacı, hastalığa bağlı mortaliteyi azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve sağlık hizmetlerinde erken tanı temelli bir yönelim sağlamaktır.

Bu kapsamda taramanın iki temel hedefi bulunmaktadır:

1. Prostat kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltmak,
2. Yaşam kalitesiyle uyumlu yaşam yılı kazancını (Quality Adjusted Life Years – QALY) artırmak.

Ancak, prostat kanseri taramasında hedef yalnızca mortaliteyi azaltmak değildir; gereksiz müdahaleleri, aşırı tanı ve aşırı tedaviyi önlemek de halk sağlığı açısından aynı derecede önemlidir.

IMPACT çalışması, germ hattı BRCA1/2 mutasyonları olan 40-69 yaşlarındaki erkeklerde PSA kullanılarak hedeflenen prostat kanseri taramasını değerlendirir (her yıl, PSA>3,0 ng/mL ise biyopsi önerilir). Üç yıllık tarama sonrasında, BRCA2 mutasyon taşıyıcıları, taşıyıcı olmayanlara kıyasla daha yüksek PCa insidansı, daha genç tanı yaşı ve daha klinik olarak anlamlı tümörlerle ilişkilendirildi (Page vd., 2019). BRCA1 mutasyonlarının PCa üzerindeki etkisi belirsizliğini korumuştur. BRCA1 taşıyıcıları ile BRCA1 taşıyıcı olmayanlar arasında yaş veya tümör özelliklerinde herhangi bir fark tespit edilmedi (EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Tablo 1. BRCA Mutasyonlu Hastalarda European Association of Urology (EAU, 2025) Rehber Önerileri -Tarama

Öneriler	Kanıt Derecesi
Erkeklere olası riskler ve faydalar hakkında bilgi vermeden prostat spesifik antijen (PSA) testi yaptırılmamalıdır.	Güçlü
En az on beş yıllık yaşam beklentisi olan, iyi bilgilendirilmiş bir adama erken teşhis için bireyselleştirilmiş, riske uyarlanmış bir strateji sunulmalıdır.	Zayıf
Prostat kanseri riski yüksek olan bilgili erkeklere erken PSA testi önerilmelidir: · 50 yaş ve üzeri erkekler; · 45 yaş ve üzeri erkekler ve ailesinde PCa öyküsü olanlar; · 45 yaş ve üzeri Afrika kökenli erkekler; · 40 yaşından itibaren <i>meme kanseri geni 2 (BRCA2)</i> mutasyonu taşıyan erkekler	Güçlü
Başlangıçta risk altında olanlar için iki yıllık takip aralıklarıyla riske uyarlanmış bir strateji (başlangıç PSA düzeyine göre) sunulmalıdır: · 40 yaşında PSA düzeyi > 1 ng/mL olan erkekler; · 60 yaşında PSA düzeyi > 2 ng/mL olan erkekler; Risk altında olmayanların takibi sekiz yıla kadar ertelenmelidir.	Zayıf
Yaşam beklentisi ve performans durumuna göre prostat kanserinin erken teşhisini durdurulmalıdır; yaşam beklentisi on beş yıldan az olan erkeklerin fayda görmesi pek olası değildir.	Güçlü

Kalıtsal Prostat Kanseri İçin Genetik Test

Kanıt dayalı uygulamalar, erken teşhis ve prostat kanseri yönetiminde genetik danışmanlık ve germ hattı testinin uygulanmasını desteklemektedir (Mark vd., 2021). Germ hattı BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları genel nüfusun yaklaşık %0,2 ile %0,3'ünde görülür. Tümör üzerinde gerçekleştirilen somatik test ile kan veya tükürük üzerinde gerçekleştirilen ve kalıtsal mutasyonları belirleyen germ hattı testi arasındaki farkı anlamak önemlidir. Germ hattı testinden önce ve sonra genetik danışmanlık gereklidir (EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Germ hattı mutasyonları agresif prostat kanseri gelişimini tetikleyebilir. Bu nedenle, kişisel veya ailesel prostat kanseri veya DNA onarım gen mutasyonlarından kaynaklanan diğer kanser türleri öyküsü olan aşağıdaki erkeklerin germ hattı testi için değerlendirilmesi gereklidir.

- Hedefli tedaviye aday olan metastatik prostat kanseri olan erkekler;
- Somatik testlerde *BRCA* mutasyonu olan erkekler ;
- 60 yaşın altında prostat kanseri tanısı konmuş birden fazla aile üyesi olan veya prostat kanserinden ölen bir aile üyesi olan erkekler;
- Ailesinde yüksek riskli germ hattı mutasyonları öyküsü olan veya aynı aile tarafında birden fazla kanser öyküsü olan erkekler.

Mutasyon taşıyıcıları ve aile üyeleri için tarama, erken teşhis ve tedavi paradigmalarının geliştirilmesi amacıyla bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. (EAU Prostat Kanseri Rehberi.,2025).

Tablo 2. Germ Hattı Testine İlişkin European Association of Urology (EAU.,2025) Rehber Önerileri

Öneriler	Kanıt Derecesi
60 yaşın altında PCa tanısı konmuş birden fazla aile üyesi olan veya PCa nedeniyle ölen bir aile üyesi olan erkeklerde germ hattı testi düşünülmelidir.	Zayıf
Ailesinde yüksek riskli germ hattı mutasyonları olan veya aynı aile tarafında birden fazla kanser öyküsü olan erkeklere germ hattı testi önerilmelidir.	Güçlü
Somatik testlerde <i>BRCA</i> mutasyonu olan hastalara germ hattı testi önerilmelidir.	Güçlü

*Germ hattı testinden önce genetik danışmanlık alınması gerekmektedir.

Sonuç olarak, mevcut kanıtlar prostat kanseri taramasının toplum genelinde mortalite üzerinde sınırlı fakat anlamlı bir etki yaratabildiğini göstermektedir. Ancak, bu yararın ağır tanı ve tedavi oranlarındaki artışla dengelenmesi gerektiğini açıklamaktadır (USPSTF.,2018).Dolayısıyla, prostat kanseri taraması için ya  a, genetik yatkınlığa ve bireysel tercihlere dayalı risk temelli bir strateji geliştirilmesi, halk sağlığı açısından en rasyonel yaklaşımı temsil etmektedir. Gelecekteki çalışmaların, biyobelirteç tabanlı tanı yöntemleri, yapay zekâ destekli risk modellemeleri ve maliyet-etkinlik analizleri üzerine yoğunlaşması, kanıta dayalı tarama politikalarının optimizasyonuna katkı sağlayacaktır (Agrawal. ve Vagha.,2024).

KAYNAKÇA

- Agrawal, S., & Vagha, S. (2024). A Comprehensive Review of Artificial Intelligence in Prostate Cancer Care: State-of-the-Art Diagnostic Tools and Future Outlook. *Cureus*, 16(8), e66225. <https://doi.org/10.7759/cureus.66225>
- Bell, K. J., Del Mar, C., Wright, G., Dickinson, J., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *International journal of cancer*, 137(7), 1749–1757. <https://doi.org/10.1002/ijc.29538>
- Culp, M. B., Soerjomataram, I., Efsthathiou, J. A., Bray, F., & Jemal, A. (2020). Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. *European urology*, 77(1), 38–52. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.08.005>
- European Association of Urology. (2025). *EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on Prostate Cancer: Limited Update March 2025*. Erişim Tarihi: 30.10.2025.
- European Commission. Prostate cancer burden in EU-27. 2021. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/15-eyl%C3%BCl-prostat-kanseri-fark%C4%B1ndal%C4%B1k-g%C3%BCn%C3%BC.html>. Erişim Tarihi: 30.10.2025).
- Kensler, K.H., *et al.* Prostate Cancer Screening in African American Men: A Review of the Evidence. *J Natl Cancer Inst*, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37713266>
- Lophatananon, A., *et al.* Assessing the impact of MRI based diagnostics on pre-treatment disease classification and prognostic model performance in men diagnosed with new prostate cancer from an unscreened population. *BMC Cancer*, 2022. 22: 878. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35953766>
- Mark, J.R., *et al.* Genetic Testing Guidelines and Education of Health Care Providers Involved in Prostate Cancer Care. *Urol Clin North Am*, 2021. 48: 311. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34210487>
- Merriel, S.W.D., *et al.* Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of prostate-specific antigen (PSA) for the detection of prostate cancer in symptomatic patients. *BMC Med*, 2022. 20: 54.
- Nordstrom, T., *et al.* Repeat Prostate-Specific Antigen Tests Before Prostate Biopsy Decisions. *J Natl Cancer Inst*, 2016. 108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27418620>
- Page, E.C., *et al.* Interim Results from the IMPACT Study: Evidence for Prostate-specific Antigen Screening in BRCA2 Mutation Carriers. *Eur Urol*, 2019. 76: 831.
- Parry, M.G., *et al.* Risk stratification for prostate cancer management: value of the Cambridge Prognostic Group classification for assessing treatment allocation. *BMC Med*, 2020. 18: 114. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32460859>
- Schroder, F.H., *et al.* Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med*,

2012. 366: 981. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22417251>

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). *Screening for Prostate Cancer: Recommendation Statement*. JAMA. 2018;319(18):1901–1913.

Vickers, A.J., *et al.* Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. BMJ, 2010. 341: c4521. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20843935>

W.H.O. Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2020. 2020. 2021. <https://gco.iarc.fr/today/home>



SAĞLIK, KÜLTÜR, HEMŞİRELİK

“ ”

Dilek Hassoy¹
Safiye Özvurmaz²

1 Uzman Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı Torbalı Devlet Hastanesi, İzmir.
<https://orcid.org/0000-0001-9447-9048>.

2 Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Aydın.
<https://orcid.org/0000-0002-1842-3058>.

1. Giriş

Sağlık bilimi ve teknolojisi neredeyse her gün yeni gelişmelerle insan sağlığını daha iyi bir seviyeye taşımak için çalışmaktadır. Günümüzde birçok hastalık tedavi edilebilmesinin yanı sıra önlenebilir hale gelmiştir. Toplum sağlığının güçlenmesi için; teşhis, tedavi, rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerinin yapısı kadar önemli bir diğer unsur da kültürdür. Kültür; dini inançların etkilediği, bilgi, ahlak gelenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütündür. Nesiller arası aktarılma özelliği, ortak dil ve iletişim kanalı olması, davranış ve olaylar için nedensel bir açıklama olarak kullanılması, dinamik yapısı ile sağlık davranışları üzerinde rolü olduğu bilinmektedir. Bireyin, topluluğun veya tüm toplumun sağlık davranışlarının şekillenmesinde bir yazılım programı gibi bireyler arasında aktarılan, zaman içinde değişim gösterebilen, sağlıkla ilgili risk algılarının yanında sağlık hizmetlerinin kullanımını da etkileyen çok boyutlu bir kavramdır.

Yeni küresel dünya, büyük göç hareketlerinin yanı sıra ülkeler içinde yaşanan daha hızlı ya da yavaş yer değiştirmeler ile kültürel olarak çeşitlenen bir düzendedir. Ülkeler içinde farklı etnik ve dini gruplar, göçmen ve mülteci nüfuslar, kentsel ve kırsal topluluklar arasında sayısız farklı kültürel kalıp bulunabilmektedir. Bireyler aynı anda çeşitli kültürlere dahil olabilmekte, kesişen kültürel yapılar içinde aynı zamanda bulunabilmektedir. Bireyin ya da toplumun sağlık ve refahını derin ve karmaşık yollarla etkileyen kültürel yapı yeni kırılğanlıklar yaratabilmesi ve hastalık etkilerini arttırabilmesinin yanında sağlığı teşvik edici fırsatlarda sunabilmektedir. Bu sebeple; kültürel bağlamlar bireye, topluluğa veya topluma sağlık hizmeti sunarken önemli bir değişken olarak kabul edilmeli, kültür duyarlı sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için farkındalık çalışmaları yürütülmelidir.

2. Önemi

Kültür ve sağlık davranışları arasında güçlü bağlar olduğu bilinmektedir. Sağlık halini geliştirmek, kişisel ya da toplumsal olarak daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmak için gerekli olan sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kültürün rolü büyüktür. Fiziksel, zihinsel veya sosyal refahı etkileyen eylemler olarak tanımladığımız sağlık davranışları şekillenirken kültürel yapıdan olumlu ya da olumsuz olarak derinden etkilenir (Snijders vd., 2025).

Kültürün kişinin sağlık davranışlarına etkisine dair pek çok bilimsel çalışma bulunmaktadır. Yapılan geniş çaplı araştırmalar kültürel açıdan hassas sağlık hizmetlerinin hayata geçirilmesinin özellikle aşılama gibi toplum sağlığı için kritik öneme sahip uygulamalardaki önemini vurgulamaktadır. Kültürel, dini ve sosyal normların özellikle kişisel sağlığın ötesinde toplumsal sağlığı da bağlayıcı etkiye sahip aşı uygulamalarının önünde engelleyici unsur olabileceğinin yanı sıra olumlu sosyal normların destekleyici etki gösterebileceği bildirilmiştir. Kültürel açıdan yetkin ve duyarlı bakım, kişiye

veya gruba özel yaklaşımlar iyi sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Örneğin dini açıdan hassasiyeti olan gruplarda HPV aşı uygulaması cinsel yolla bulaşan hastalıklar vurgusundan uzaklaşılarak rahim ağzı kanserini önlemesi faydasına odaklanarak işlenebileceği bildirilmiştir (Crawshaw vd., 2022; Iwami vd., 2025; Razai vd., 2021)

Özellikle covid pandemisi döneminde hızla gelişen izolasyon ve aşılama ihtiyacı, enfeksiyon yayılımının hızlı olduğu, aşılama oranlarının az olduğu topluluklarda bu davranışların nedenlerine dair araştırma ihtiyacına sebep olmuştur. Salgın, el yıkama, maske takma ve aşı yaptırma gibi sağlık davranışlarının önemini vurgularken, araştırmacılar birleştirilmiş geniş araştırma sonuçlarına dayanarak; sosyal alışkanlıklar, dini gelenekler, sağlık sistemine yönelik tutumlar ve güven, topluluk duygusu ve toplumsal görev algısının kişilerin sağlık davranışlarını etkileyen kültürel faktörler olduğunu bildirmiştir (Hayward vd., 2021; Vederhus vd., 2024).

Kadınlar için önemli bir sağlık sorunu olan meme kanserinin de teşhis ve tedavi aşamalarında sosyo-kültürel inançlardan yoğun şekilde etkilendiği bilinmektedir. Gana’da yapılan ulusal çalışmaların sistematik bir incelemesini yapan araştırmacılar ülkenin bölgeleri arasında farklı kültürel inançların bulunduğunu ve kültürel inançların meme kanserinin zamanında teşhis ve tedavisini etkilediğini bildirmişlerdir. Özellikle Gana’lı topluluklarda meme kanseri teşhisi konan kadınların sağlık arama davranışlarını etkilediği ve kadınların bilgi düzeylerine bağlı olarak tedaviye yönelik karar alma sürecinde kilit rol oynadığı tespit edilmiştir (Afaya vd., 2024). Benzer araştırmalar Vietnamlı kadınlar arasında da meme kanseri kültürel inançların nesilden nesile farklılık gösterdiği, daha genç ve daha düşük gelirli kadınların meme kanseri ile ilgili hatalı kültürel inançlara sahip olduğunu bildirmişlerdir (Kim vd., 2019).

Kültür çoğu zaman ulusal kimlikle eş tutulsa da, ülkeler ve toplumlar içindeki kültürel çeşitliliğin farkında olmak önemlidir çünkü bireyler aynı anda çeşitli kültürlerle özdeşleşebileceğini unutmamak gerekir. Farklı göçmen ve mülteci nüfusların yaşadığı ülkelerde sağlık hizmetleri sayısız farklı kültürel kalıp arasında kalmakta çoğunluk nüfusu için iyi görünen bir politika, diğer alt kültürler için işe yaramayabilmektedir (Bennouna vd., 2022). Örneğin, kentsel, Sloven toplulukları için iyi işleyen su, sanitasyon ve hijyen politikaları, farklı kültürel deneyimlere ve yaşam gerçekliklerine sahip Roman nüfus grupları üzerinde aynı etkiyi yaratmadığı tespit edilmiştir (Anthonj vd., 2020). Ülkemizde çok çeşitli kültürlerin etkisinde olan bir yapıya sahiptir. Serviks ve meme kanseri ile ilgili göçmenlerin katılımcı olduğu araştırma sonuçları, kanser tarama programlarını uygularken kültürel ve dilsel engellerin dikkatlice yönetilmesi gerektiğini bildirmiştir (Altaş ve Sezerol, 2025).

3. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak sağlık hizmeti sunulan ortamlar giderek kültürel olarak çeşitlenmektedir. Bu durumu yönetebilmek için teknolojilerden ve tıbbi keşiflerden daha fazlasına ihtiyaç olduğu açıktır. Toplumun ya da bireyin kültürel bağlamlarını ve bu bağların şekillendirdiği sağlık davranışlarını sağlık hizmetlerinin önemli bir unsuru olarak sürece dahil etmek gerekmektedir. Kültürel kodlar hastalığın nasıl algılandığı, sağlık arama davranışını, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını, beslenme ve hijyen alışkanlıkları gibi pek çok sağlık davranışını olumlu yönde etkileyebildiği gibi olumsuz yönde de etkileyebilir.

Dünya Sağlık Örgütü de kültür ve sağlık arasındaki önemli ilişkiye dair artan farkındalığa yanıt olarak; sağlık hizmetlerinde kültürün sistematik olarak ihmal edilmesinin, dünya çapında ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına ulaşmanın önündeki en büyük engel olduğunu belirtmiştir. DSÖ 2015 yılında konuyla ilgili ilk uzman danışma kurulunu oluşturarak beslenme, göç ve çevre olmak üzere üç temel halk sağlığı alanını inceleyen bir politika özeti yayınlamıştır. Kültürel farkındalığın sağlık ve refahı anlamada, daha etkili ve eşitlikçi sağlık politikaları geliştirmede önemli olduğunu bildirmiştir (DSÖ, 2017).

Sağlık politikaları kadar önemli bir diğer konu da sağlık hizmetinin sunumu hastaya dokunan en uç noktası olan hemşirelik uygulamalarıdır. Günümüzde kültürlerarası duyarlılık ve kültürel yeterlilik hemşirelik mesleğinin vazgeçilmez bileşeni haline gelmiştir. Hemşirelik hizmetlerinde, aile dinamikleri, inançlar, ritüeller ve mahremiyet anlayışı bakım sürecinin ayrılmaz parçaları haline gelmişken, hemşirelerin bireysel düzeyde kendilerini geliştirmeleri, bakım modellerini kültürel çeşitliliği dikkate alacak şekilde yeniden yapılandırmaları gerekmektedir. Geleceğe yönelik olarak, hemşirelik hizmetlerinde kültürel farklılıklardan kaynaklanan bakım ihtiyaçlarını sistematik olarak değerlendiren araştırmalar yapmalı ve bulgular doğrultusunda uygulama modelleri geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Afaya, A., Anaba, E. A., Bam, V., Afaya, R. A., Yahaya, A. R., Seidu, A. A., & Ahinkorah, B. O. (2024). Socio-cultural beliefs and perceptions influencing diagnosis and treatment of breast cancer among women in Ghana: a systematic review. *BMC women's health*, 24(1), 288. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03106-y>
- Altaş, Z. M., & Sezerol, M. A. (2025). Migrant women's perception toward cervical and breast cancer screening in Türkiye: a qualitative analysis. *BMC public health*, 25(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21425-z>
- Anthonj, C., Setty, K. E., Ezbakhe, F., Manga, M., & Hoeser, C. (2020). A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement. *International journal of hygiene and environmental health*, 226, 113506. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2020.113506>
- Bennouna, C., Gillespie, A., Stark, L., & Seff, I. (2022). Norms, Repertoires, & Intersections: Towards an integrated theory of culture for health research and practice. *Social science & medicine* (1982), 311, 115351. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115351>
- Crawshaw, A. F., Farah, Y., Deal, A., Rustage, K., Hayward, S. E., Carter, J., Knights, F., Goldsmith, L. P., Campos Matos, I., Wurie, F., Majeed, A., Bedford, H., Forster, A. S., & Hargreaves, S. (2022). Defining the determinants of vaccine uptake and undervaccination in migrant populations in Europe to improve routine and COVID-19 vaccine uptake: a systematic review. *The Lancet. Infectious diseases*, 22(9), e254–e266. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00066-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00066-4)
- DSÖ. Napier, A. David, Depledge, Michael, Knipper, Michael, Lovell, Rebecca, Ponarín, Eduard et al. (2017). Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy making. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/344101>
- Hayward, S. E., Deal, A., Cheng, C., Crawshaw, A., Orcutt, M., Vandrevale, T. F., Norredam, M., Carballo, M., Ciftci, Y., Requena-Méndez, A., Greenaway, C., Carter, J., Knights, F., Mehrotra, A., Seedat, F., Bozorgmehr, K., Veizis, A., Campos-Matos, I., Wurie, F., McKee, M., ... ESCMID Study Group for Infections in Travellers and Migrants (ESGITM) (2021). Clinical outcomes and risk factors for COVID-19 among migrant populations in high-income countries: A systematic review. *Journal of migration and health*, 3, 100041. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100041>
- Iwami, M., Bouaddi, O., Razai, M. S., Mansour, R., Morais, B., Ali, N. M., Crawshaw, A. F., Bojang, S., Seedat, F., Deal, A., Webb, S., Carter, J., Aspray, N., Clemente, N. S., Arroyo-Laguna, J., Krishna, S., Augustin, Y., Staines, H. M., & Hargreaves, S. (2025). Drivers of human papillomavirus vaccine uptake in migrant populations and interventions to improve coverage: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 10(8), e693–e711. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(25\)00148-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00148-3)

- Kim, J. G., Hong, H. C., Lee, H., Ferrans, C. E., & Kim, E.-M. (2019). Cultural beliefs about breast cancer in Vietnamese women. *BMC Women's Health*, 19(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0777-3>
- Razai, M. S., Tasnime Osama, Osama, T., Douglas G J McKechnie, McKechnie, D. G. J., Azeem Majeed, & Majeed, A. (2021). Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n513>
- Snijders, V., Bach Habersaat, K., Böhm, R., Fischer, E., Thomas, F., Leask, J., Scherzer, M., Mazhnaia, A., & Fietje, N. (2025). An approach to capturing the cultural contexts of health behaviours. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 68(9), 978-985. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04105-6>
- Vederhus, S., Myhre, E., Diaz, E., & Kvalvik, L. G. (2024). Cultural factors influencing COVID-19-related perceptions and behavior, seen from immigrants' own perspective - a qualitative study in Norway. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 82(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01327-z>